83. évfolyam. 35. szám. Budapest, 1939 szeptember 2.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:
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:

E. B. Verney: A vese által okozott magas vérnyomás kísérletes vizsgálata. (849—855. oldal.)
Kulcsár István: Camphoreuthymia és pharmakokatharsis. (855—857. oldal.)
Molnár Vilmos: Gümőkóros elváltozások egyetemi hallgatókon. (858—861. oldal.)
Pap Károly: Merev öregujj. (861—862. oldal.)
Fórizs Lóránt: A climax virile hormonkezelése. (863—865. o.)
Lehoczky Tibor: Ostitis deformans (Paget) a koponyacsontokon ideggyógyászati tünetekkel. (865—866. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (141—144. oldal.)
Irodalmi szemle. Könyvismertetés. (866—869. oldal.)
Korbuly György: Heti krónika. (869—871. oldal.)
Lapszemle. Vegyes hírek: (871—872. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A vese által okozott magas vérnyomás kísérletes vizsgálata.*

Irta: *E. B. Verney,* a londoni Royal Society tagja, a cambridgei egyetemen a gyógyszertan tanára.

Klinikai megfigyelés ismerte fel, emlősökön végzett állatkisérletek bizonyították be, hogy a vese bizonyos működéselváltozásainak hatása van a vérkeringésre.

A vesemegbetegedések és a vérkeringési szervek közötti összefüggést *Bright Richard* fedezte fel 1836-ban, tehát több mint 100 éve. Ezt az összefüggést, amelyet 100 fehérjevizeléssel járó vesebetegség klinikai és kórbonctani elemzésére alapított, így foglalta szavakba: „Nagyon figyelemreméltóak a szív beteges elváltozásai, ezek olyan gyakran lépnek fel, hogy fontos és bensőséges kapcsolatban kell lenniök azzal a betegséggel, amelyről szó lesz."

Bright munkája óta sokféleképen kisérelték meg, hogy a betegségnek a vérkeringésre gyakorolt hatását a vesén végzett műtéttel befolyásolják. Ezeket a kísérleteket a következő csoportokba lehet osztani:

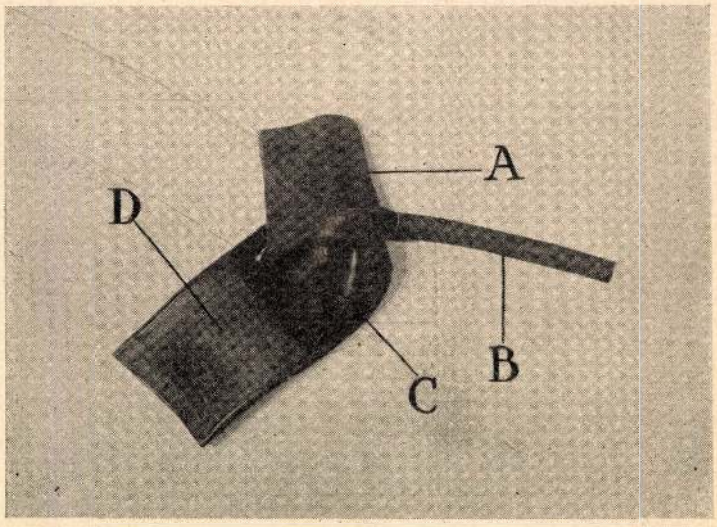
1. A veseállomány kiirtása,

2. A különböző veseállomány-részletek vérkeringésének váltakozó felfüggesztése. E kisérletek során az asphyxiás területek egymással hol összefolytak, hol pedig szigetszerűen egymástól elkülönültek.

3. A vesearteria leszorítása, amely az egész vese ischaemiáját okozza.

Az első két eljárásra ugyan bekövetkezett vérnyomásemelkedés, ez azonban egyrészt nem kivételnélküli, másrészt sem nem tartós, sem nem nagyfokú. Olyan magas vérnyomást, amely mind nagyságával, mind tartósságával az ember betegségeiben előfordulóhoz hasonló *Goldblattnak* és munkatársainak sikerült 1934-ben kisérletesen létrehozniok.

Goldblatt normális nőstény kutyák vesearteriáira szabályozható szorítókat szerelt és ezekkel az arteriák ürtartalmát különböző fokban szűkítette. Olyan nagyfokú és olyan tartós vérnyomásemelkedések következtek be, amilyeneket eddig még sebészi beavatkozással nem sikerült létrehozni. Ezek a kisérletek tehát mintegy elvileg bebizonyították, hogy a vese ischaemiája képes tartós vérnyomásemelkedés okozására, de nem tisztázták a pontos mechanizmust. A következőkben tehát azokról a kisérletekről számolok be, amelyeket M. *Vogt*tal épen a mechanizmus felderítésére végeztünk.

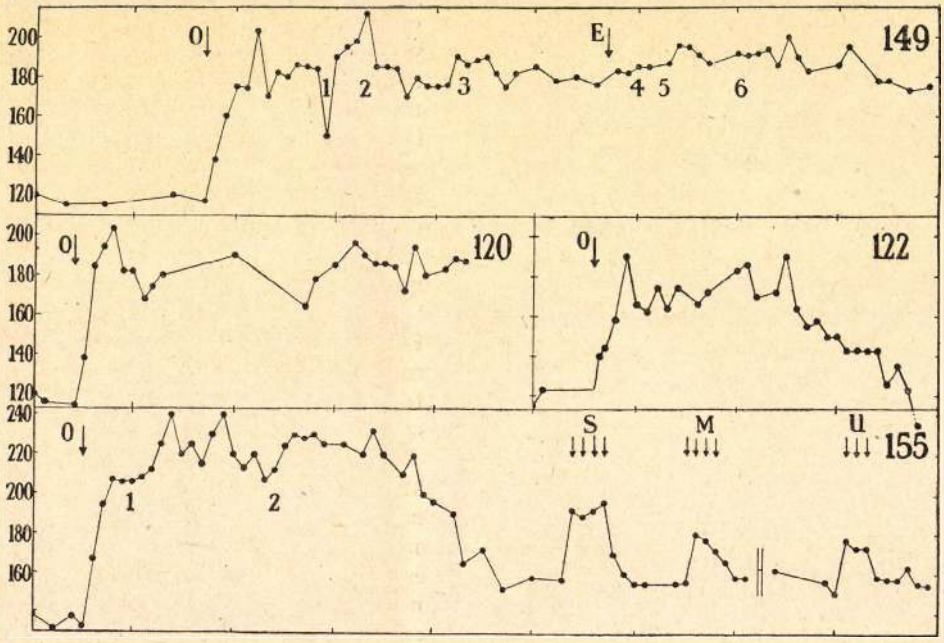


1. ábra. Carotis manzsetta. Hossza 2 cm. A és D erős gumi szalagok széleiken úgy ragasztva össze, hogy közöttük kb. 1 mm ür maradjon. C vékony gumihártya, amely D-ből kivágott nyílást fedi. B gumicső, amely a nyakból kilépve a T elágazáshoz visz.

Mindenekelőtt olyan módszert kellett kidolgaznunk, amellyel heteken keresztül többször fájdalmatlanul mérhettük ugyanabban a nem elaltatott és nem érzéstelenített kutyában a carotis vérnyomást. Az idegeitől megtisztított carotisra asepticus műtétben az 1. ábrában látható kis gumimanzsettát erősítettük. Ez azután az egész kisérleti idő alatt a carotison maradt. A manzsetta üregéből kivezető gummicsövet a mérés ideje alatt T cső segítségével higanymanometerrel és ellenállásedénnyel kötöttük össze. A mérés folyamán pumpa

*) Előadta a Budapesti Királyi Orvosegyesület 1939. május 5-én tartott ülésén.

segítségével addig emeltük a nyomást a manzsettában, míg a felette fekvő carotis szeletben a pulzuslökés épen megszünt. Az így mért nyomás a systolés nyomás volt. Számos kontroll kisérletben meghatároztuk ennek a nyomásnak a viszonyát az arteria femoralisban véres úton mérthez. Ilyenkor azt találtuk, hogy a carotisban a leírt módon mért nyomás szabályszerűen 10 Hg mm-rel magasabb a femoralisban mért középnyomásnál. Hogy a minimális vérnyomásértékeket kapjuk és hogy megismételésekkor az eredmények ne ingadozzanak, a kutyákat a mérésekhez szoktatni kellett. A mérés alatt a kutya kényelmesen, kedvére feküdt a melegített asztalon úgy, hogy a legkisebb zavaró körülményt is távol tartottuk tőle. Igy pl. elég volt a vérnyomás emeléséhez az, hogy egy idegen ember a szobába lépjen. Az így kidolgozott módszerrel tehát bármilyen hosszú időn keresztül ugyanabban a kutyában akárhányszor lehetett teljesen normális körülmények között úgy mérni a vérnyomást, hogy maga a mérési eljárás a kapott eredményt ne módosítsa. Általában normálisan 100—120 Hg mm systolés nyomást mértünk, 130 Hg mm-nél magasabb értéket sohasem találtunk. Ugyanabban a kutyában a napról napra mért nyomás alig ingadozott.



2. ábra. A vese ischaemia hatása a kutya arteriás vérnyomására. Abscissa: egy beosztás távolsága 10 nap. Ordináta: 149 kutya. 0 = mindkét vesearteria megszűkítése. 1 = a kutya bágyadt; 2 = látóhártyaleválás; 3 = a látás javul, húskoszt ismét elkezdődik. E = a jobb vese eltávolítása. 12 napon át húst nem kap. 4 = súlyos ataxia. 5 = az ataxia elmúlik. 6 = húskoszt ismét elkezdődik. *Verney* és *Vogt*, 1938.)

120. kutya : 0 : mindkét vesearteria megszűkítése.
122. kutya : 0 : mindkét vesearteria megszűkítése.
155. kutya : 0 : mindkét vesearteria megszűkítése.
1 = Ataxia és tremor. 2 = Ataxia és tremor megszünőben. S = 10—10 g konyhasó a nyilakkal jelölt napokon. N = kizárólagos hústáplálék a nyilakkal jelölt napokon. U = 10—10 g hugyany a nyilakkal megjelölt napokon. A megszakításnál 40 napi szünet. (*Verney* és *Vogt* Quart J. exp. Physiol. 1939.)

A vese arteriás vérellátását tartósan úgy csökkentettük, hogy az arteriára kis, ezüst szorítót tettünk. A szorító kis, hosszában elvágott ezüst cső. Ezt aseptikus műtétben helyeztük a vese arteriára, szorosan az aortából való kilépésénél. A veséket a medián vonalban vezetett hasmetszésen keresztül kerestük fel. Az ezüst cső kellő fokú összeszorítása egy rendes érszorítóval történt, amelybe hossztengelyére merőlegesen különböző méretű lyukat fúrtunk. A kutyák a műtét után gyorsan és tökéletesen felépültek, hacsak a vesearteriák összeszorítása nem volt túl nagy.

A 2. ábra mutatja mindkét vesearteria összeszorításának hatását az arteriás vérnyomásra. A hatás kétféleképen nyilvánulhat. Mindkettőre van példa a 2. ábrában. A 120. és 149. sz. kutyák a hatás egyik, a 122. és 155. számúak pedig a másik típusát mutatják. A kettő között a különbség az, hogy az 1. tipusban (120. és 149.) a vérnyomás 40 napon keresztül marad magasan, míg a 2-ikban (122. és 155.) 20 nap múlva spontán a normális értékre csökken vissza, noha a létrejött emelkedés mindkét tipusban a normalis vérnyomásnak kb. 50%-a volt. A vérnyomás viselkedésében mutatkozó ezen különbség akkor vált érthetővé, amikor a veséket makroszkoposan megvizsgáltuk. A tartósan magas vérnyomású kutyák veséi ugyanis zsugorodtak, míg azoké, amelyekben a vérnyomás a normálisra csökkent, vagy nem zsugorodtak, vagy ha zsugorodtak is, az alatt, míg a vérnyomás magas volt, ez a zsugorodás ismét elmúlt. Az állandóan magas vérnyomású kutyákban a vese hossztengelye a normális értéknek kb. 10—20%-ával is megkisebbedett. Ezzel szemben pl. a 122. kutyában, amelyben a vérnyomás a normálisra csökkent vissza, a vese méretében a 36-ik napon mérhető változás nem volt. A 155. számú kutyában pedig a 115-ik napon a bal vese 2 mm-rel rövidebb, a jobb pedig 5 mm-rel hosszabb lett, mint volt az arteriája leszorítása előtt. A vérnyomásemelkedés megszűnése tehát nyílvánvalóan attól függ, hogy következett-e be vesezsugorodás, illetve, ha ez bekövetkezett, történik-e ennek restitutiója. A hypertonia tartós fennmaradásának pedig nyílván az az oka, hogy a vese zsugorodott, illetve, hogy a kezdetben bekövetkezett zsugorodást nem követi restitutio. Ezt a restitutiót újonnan képződött collateralisok végzik. Ezek a peri- és retrorenalis szövetből nőnek ki a vesébe, a tokon és a hiluson keresztül lépnek be és gyakran feltünően nagyok. Az egyik kutya esetében pl., amelyet két évvel a vesearteria leszorítása után öltünk meg és a műtét után nyolc hónappal vérnyomása a normális érték felé kezdett visszaesni, a collateralisok átmérője 2 mm volt. A mikroszkopikus vizsgálat pedig a media

hypertrophiáját mutatta, azaz egy olyan sajátságot, amelyet collateralisok újonnan keletkezésekor láthatni.

Ha pedig átvágjuk azokat a vesetok és hilus collateralisokat, amelyek a vérnyomás visszaesése alatt keletkeztek, akkor a vérnyomás ismét a magas értékére emelkedik vissza. Egyik ilyen esetünkben 135 mm-ről 185-re emelkedett vissza. Egy másikban pedig, amelynek már csak egy veséje volt, hasonló kezelésre nagy hypertonia fejlődött ki, amelyet halálos „uraemia" követett.

Azokból a kisérletes eredményekből, amelyekre mindkét vese vérellátásának csökkenése vezetett, az alábbiak következtethetők: *A hypertonia fennmaradásával együtt jár — legalább is a kezdeti állapotban — a vesék fokozatos megkisebbedése. Ezzel szemben elmúlik a vérnyomásemelkedés, vagy egyáltalán be sem következik, ha a vese eredeti nagyságát megtartja, illetve azt ismét visszanyeri. Ezek akkor következhetnek be, ha a vesetok felől a vérellátás kompenzációs megnövekedése kielégitően nagyfokú.* Akkor sem fejlődik ki hypertonia, ha a vese ártalma olyan nagy, hogy kiterjed elhalások, illetve nagyfokú fibrosus atrophia következik be.

A tartós hypertoniában szenvedő kutyák veséje a szövettani vizsgálatkor semmi olyan elváltozást sem mutatott, amelyet a magas vérnyomással összefüggésbe lehetett volna hozni. Az esetek egy részében a vesekéreg keskenyebbnek, a glomerulusok pedig kisebb területre sűrűbben bepréselve látszottak, mint normalisan. De mivel sem sejtszámolást, sem pedig sejtmérést nem végeztünk, válaszolatlanul áll a kérdés, hogy vajjon a vesecsatornácskák sejtjeinek száma, vagy mérete csökkent-e meg. Szembeötlő veseelváltozásoknak ez a hiánya tökéletesen összhangban van a teljes hypertoniát mutató kutyák többségének klinikai állapotával. Ezek az állatok teljesen egészséges, életvidám képet adnak, jó étvággyal esznek és nem fogynak. A maradék nitrogen normális minden olyan esetben, amelyben a görcsuraemiának semmi tünete sincs. Noha a vizeletben néha fehérjét nyomokban és cylindereket lehet kimutatni, mégis a vizelet fajsúlya magas és a vízterhelés normális görbét ad.

Ezek után az egyoldali vesearteriamegszűkítés hatását vizsgáltuk. *Goldblatt* és munkatársai (1934) ilyenkor úgy találták, hogy a hypertonia kisfokú és a nyomásemelkedés hajlamos a normális szintre való visszatérésre. Később *Goldblatt* egy olyan kutyát írt le, amelyben noha a vesearteriaszűkítés csak egyoldali volt, a hypertonia mégis 7 hónapig állott fenn. Mivel igen nagy a teoretikus érdekessége a hypertonia bekövetkezésének akkor, ha az egyik vese normális; 9 kutyában elvégeztük az egyik oldalon a vese arteria megszűkítését. Mind a kilenc állatban felemelkedett a vérnyomás, mégpedig 20—70 Hg mm-rel. Az átlag 45 Hg mm volt, azaz a normális érték 40%-a. A hypertonia tehát ilyenkor kisebb, viszont a mi kisérletünkben nem lehet következtetni időtartamára, mert 8 kutyában a műtét utáni 10—46-ik napon az állapotukat más beavatkozással megváltoztattuk. A 9-ik állatban az egyik beavatkozást a műtét utáni 164-ik napig toltuk ki, ebben az egy állatban a nyomás egész idő alatt az 50%- os emelkedés szintjén maradt. Az egészségi állapota ennek a kutyának kitűnő volt és sem a vizelet, sem a szemfenék vizsgálata kóros eredményre nem vezetett. A vese szövettani képe sem mutatott semmi kóros elváltozást, igaz ugyan, hogy a mérsékelt atrophia szövettani lefolyása még ismeretlen.

Ezek az eredmények erős bizonyítékai annak a következtetésnek, hogy a normális anyagcseretermékek visszatartása nem lehet a hypertonia oka, amint ez abból is folyik, hogy egyoldali vesekiirtás hypertoniát nem okoz. Ugyanez a következtetés már abból is sejthető volt, hogy kétoldali vese ischaemia hypertoniát okozott a veseműködéscsökkenés minden tünete nélkül.

De nemcsak az egyoldali vesekiirtás hagyja a vérnyomást befolyásolatlanul, hanem a veseállomány még nagyobbfokú kiirtása is, sőt a teljesen nephrektomizált kutya rövid élete alatt sem emelkedik a vérnyomás. Mivel az olyan kutyákban, amelyeknek egyik veséje normalis és csak a másik ischaemiás, elég normalis veseállomány van minden bomlástermék kiválasztására, a vérnyomásemelkedés okát csakis magában az ischaemizált vese anyagcseréjében kell keresnünk. Ennek anyagcseréjében módosul valami folyamat, amelyet a ischaemia vagy maga indít meg, vagy legalább is gyorsít. Ha ez a feltevés helyes, akkor az ischaemiás vese eltávolítására a vérnyomásnak nagyot kell esnie. Ezt a kísérletet 6 kutyában elvégeztük. Amikor az ischaemizált vesét eltávolítottuk, a műtét utáni napra a vérnyomás a normálisra esett vissza. *Goldblatt* (1937) újabb kísérletei hasonló eredményre vezettek.

Hogy a veseszövet ischaemiája mennyire alapvető a hypertonia kifejlesztésében, azt élesen látjuk akkor, ha egyéb műtéti beavatkozással hasonlítjuk össze pl. nagyobb mennyiségű veseszövet kiirtásával.

Ebben a kérdésben az irodalmi adatok annyira ellentmondóak, hogy belőlük semmit sem lehet következtetni. Mi erre vonatkozó kisérleteink során arra a kérdésre akartunk feleletet kapni, hogy van-e egyáltalán a vese eltávolítási fokának olyan kritikus szintje, amelyen a magas vérnyomás szükségképen kifejlődik.

Egy olyan kutyának, amelyből négy hónappal előbb az egyik vesét kiirtottuk, a másik veséjéből egy akkora éket vágtunk ki, amely a bentmaradó vese $\frac{1}{3}$-át tette ki. Eltekintve egy kis postoperativ hypertoniától a vérnyomás nem változott. Egy másik kutyából ékalakban kiirtottuk az egyik vese $\frac{2}{5}$-ét, majd 69 nap mulva az egész másik vesét, hypertonia nem fejlődött.

Még kevesebb veseszövet is normálisan marad meg, ha az ember az egész arteriás vérellátást, az egyik veséhez haladó kis terület ereit kivéve, leköti. Ezt 3 kutyában végeztük el. Az egyik kutyában a bal oldalon a vesetok valamennyi erét átvágtuk és a főarteria egyik primaer és egyik secundaer ágát lekötöttük úgy, hogy csak az alsó vesevég hasi felének volt vérellátása. A jó vérellátású darabot élesen meg lehetett a rossztól különböztetni, mert ez utóbbi cyanotikus lesz. Nyolc napig tartó vérnyomásemelkedés következett csak be, viszont mikor e műtétre három héttel a másik normális vesét kiirtottuk, a vérnyomás semmit sem emelkedett. Azonos eredményt adott a második kutyán hasonlóan végrehajtott műtét. Ebben a kutyában csak a vese $\frac{1}{5}$-ének hagytuk meg a vérellátását, mégis amikor 16 nap mulva a másik normális vesét kiirtottuk, a vérnyomás semmit sem változott. A benmaradt $\frac{1}{5}$ vese úgylátszik a minimum volt, mert ha a kutya táplálékában a fehérje és konyhasó mennyiségét emeltük, étvágytalanság és a maradéknitrogén emelkedése következett be, de a vérnyomás mégsem emelkedett.

Ha ellenben a műtéti eljárást kissé módosítottuk, mint pl. a harmadik kutyában, akkor már egész más eredményt kaptunk. Az első műtétben a bal vesearteria egyik hátsó főágát lekötöttük, de egyébként mind a hilus, mind a tok ereit érintetlenül hagytuk. Amidőn 35 nap mulva a hasüreget megnyitottuk, hogy a másik normális vesét eltávolítsuk, az operált vesén sem zsugorodásnak, sem infarctusnak nyomát nem láttuk, nyilvánvalóan a collateralis keringés elég volt arra, hogy

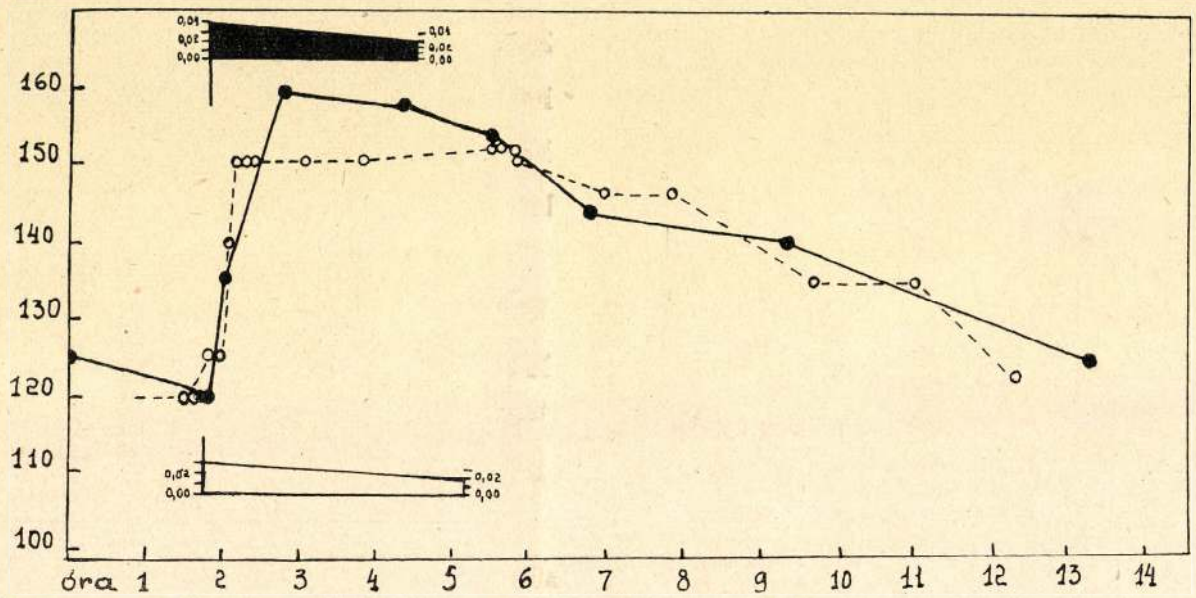
az egész vesét életben tartsa. Abban a reményben, hogy sikerülni fog a vese nagyobb részét infarktálni és kisebb részének a normális vérellátását meghagyni, valamennyi collateralissal együtt a főarteriának még több ágát lekötöttük. De a vesében mégsem képződött körülírt asphyxias terület, hanem az egész vesének egyenletes, mérsékelt cyanozisa. Erre a műtétre azután tartós vérnyomásemelkedés következett be. Amikor pedig 4 hét mulva a másik vesét kiirtottuk, a vérnyomás még magasabbra emelkedett. Világosan következik ezekből, hogy *a veseállomány olyan megkisebbítése, amelyet a megmaradó veseszövet ischaemiája kísér, hypertoniát okoz, ezzel szemben a veseállomány megkisebbítése, bármilyen nagyfokú is legyen az, nem okoz vérnyomásemelkedést, ha a bentmaradó veseállomány nem válik ischaemiássá.*

Ezek után áttérek azokra a kísérleteinkre, amelyek arra a kérdésre felelnek, hogy az ischaemiás vese miként okozza a magas vérnyomást.

Ezt a szorítóberendezést a kutyák hetekig minden hatás nélkül jól tűrik. A 3-ik ábra két kísérletet mutat egy nőstény kutyán, amelyik az összenyomó készüléket néhány hétig már szünet nélkül viselte. E kísérletek során a vesearteriát három órára szűkítettük meg. Az egyik kísérletben az arteriás vérnyomás már 20 percen belül 120 mm-ről 135-re emelkedett, 60 perc múlva pedig 150 mm állandó szintre ért a vérnyomás. A visszatérés a normalis szintre ezzel szemben sokkal lassúbb lejáratú folyamat. Eltart 7—8 órát is, míg a normalis értékre száll le a nyomás. Ebből következik, hogy *a vese ischaemia következtében a vérnyomást emelő anyag igen gyorsan képződik.*

Szeretnék most azokra a kísérletekre áttérni, amelyek a pressor anyag hatásmódjára, természetére és legkedvezőbb keletkezési feltételeire vonatkoznak.

Először is azt akartuk eldönteni, hogy ez az anyag a sympathicus idegrendszeren keresztül fejti-e ki hatását. Ennek eldöntésére 6 kutyából teljesen kiirtottuk a



3. ábra. A vesearteriák beültetett berendezéssel történő megszűkítésének hatása a vérnyomásra. A fekete mező mutatja a megszorítás idejét és fokát a kisérlet alatt. A fekete mező szélei melletti számok a készülékbe fecskendezett folyadék mennyiségét (ezzel párhuzamosan nő a megszorítás foka) mutatják — carotis vérnyomás. Az ábra alján berajzolt szintelen mező egy másik kisérletben mutatja a vesearteria megszűkítésének időtartamát és fokát. Az ennek megfelelő carotis vérnyomás: — *(Verney* és *Vogt* még nem közölt eredményei.)

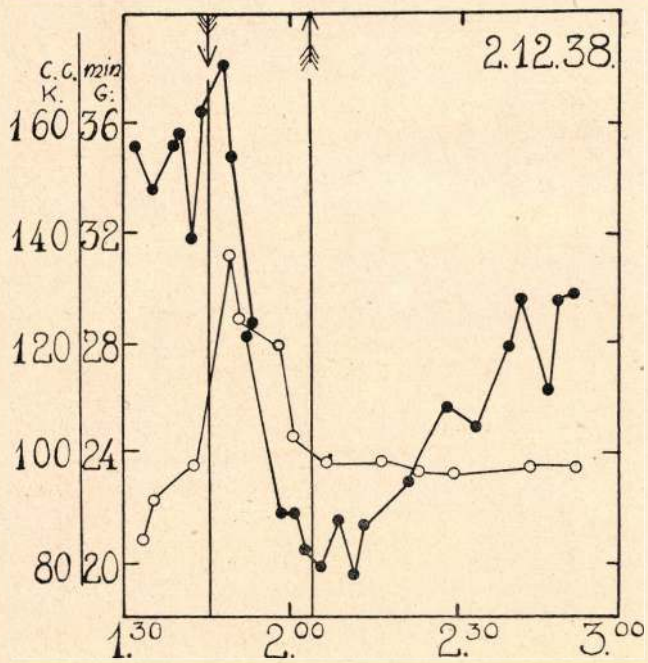
Először is azt kellett eldönteni, hogy a veseidegeknek van-e valamilyen szerepük? Fel lehetett ugyanis tenni, hogy ezekből ingerek futnak vagy közvetlenül a vasomotorközpontba, vagy pedig valamilyen más központba, amely a vérnyomásra való szerveket befolyásolja. Ezért a vesearteria lekötése előtt a vesét denerváltuk. Eredményeink megerősítik *Page* (1935) és *Collins* (1936) következtetését. A magas vérnyomás ilyenkor is változatlanul kifejlődik. Mivel a veseidegeknek az ischaemiás magas vérnyomás kifejlődésében szerepük nincs, ez csak úgy jöhet létre, hogy az ischaemiás vese valamilyen „pressor anyagot" ad le. Viszont előítélet lenne az eddigi kísérletek alapján azt állítani, hogy ez az anyag hatását közvetlenül az erekre fejti ki.

Amint láttuk a vese vérellátásának megszűkítése 24 óra mulva már emeli a vérnyomást, 48 óra mulva pedig az emelkedés eléri maximumát. Hanem ezekből a kisérletekből még nem lehet semmit sem megtudni a pressor anyagot készítő vesebeli folyamatok sebességéről. Erre csak a vérellátás nem altatott állatban végzett megszűkítéséből lehet következtetni. Hogy ezt elérjük *dr. Vogt* és én a következőképen jártunk el. Alkalmas szerkezetet altatott állatban a veseartériára helyeztünk. mellkasi és hasi sympathicust beleértve a sympathicus gyököket is. Ezt a műtétet megelőzően feltettük a carotismanzsettát. A műtétet három ülésben végeztük. Ezek között 2—3 hét telt el. A ggl. stellatumtól a sacralis ganglionig, kivéve a ggl. coeliacumot és a ggl. mesentericakat, mindent kiirtottunk. Ezeken a kutyákon a következő jólismert tünetek fejlődtek ki: enphthalmus, a szemhéj pettyhüdsége, pupillaszűkület, borzongásra való hajlam. Ezek ellenére élénkek és erősek voltak és vérnyomásuk 100 Hg mm volt, azaz a normálisan található legalacsonyabb érték.

A vese vérellátásmegszűkítésének az ilyen kutyákban a vérnyomásra ugyanolyan hatása volt, mint a normálisakban. 24—28 órán belül a nyomás 100-ról 180 Hg mm-re emelkedett. Ezekből következik, hogy a pressor anyagnak hatása kifejtéséhez sem a központi, sem a praeganglionaris sympathicus idegrendszerre, sem pedig azokra a postgaglionaris rostokra szüksége nincs, amelyeknek sejtjei a határkötegekben vannak. A végkövetkeztetést, hogy t. i. a veséből felszabaduló anyag magukra az erekre hat, csak akkor lehet biztosan levonni, ha a hatás a praevertebralis ganglionok eltávolí-

tása után is megmarad. A mi kísérleteinkben a praevertebralis ganglionok kiírtására bekövetkező nagyfokú peristaltikát felfüggeszteni semmivel sem tudtuk és így az minden további munkát lehetetlenné tett. Ehelyett tehát arra a kérdésre feleltünk, hogy van-e az izolált, túlélő vese pressor anyagának hatása a túlélő bél vérereire. Kettős szív-tüdő-vese kétszítményt állítottunk elő, azzal a különbséggel, hogy az egyik vese helyébe egy bélkacsot iktattunk. Megfelelő gumicsöves összeköttetés segítségével a két készítmény arteriás és vénás vérkeringését úgy köthettük össze, hogy a veséből a vér a bél arteriás keringésébe, ennek vénás vére pedig ismét a vesébe került vissza.

Ezekből a kísérletekből az tűnt ki, hogy a szív-tüdő-bél készítményben a bélen át a véráramlás 20-70%-kal csökken, amint a vesét is beiktatjuk (4. ábra.) Mivel ebben a berendezésben a hőmérséklet, az áramlási nyomás, stb. valamennyien állandóak, a véráramlás csökkenésének csak egy oka lehet, nevezetesen az, hogy a vese a vérbe valamilyen perifériásan ható pressor anyagot ad le. Az anyag nem histamin. Más szervben, mint a vesében nem keletkezik, mert a hátsó végtagok, vagy lép bekapcsolása a vér keringésében nem csökkenti a vérnyomást.

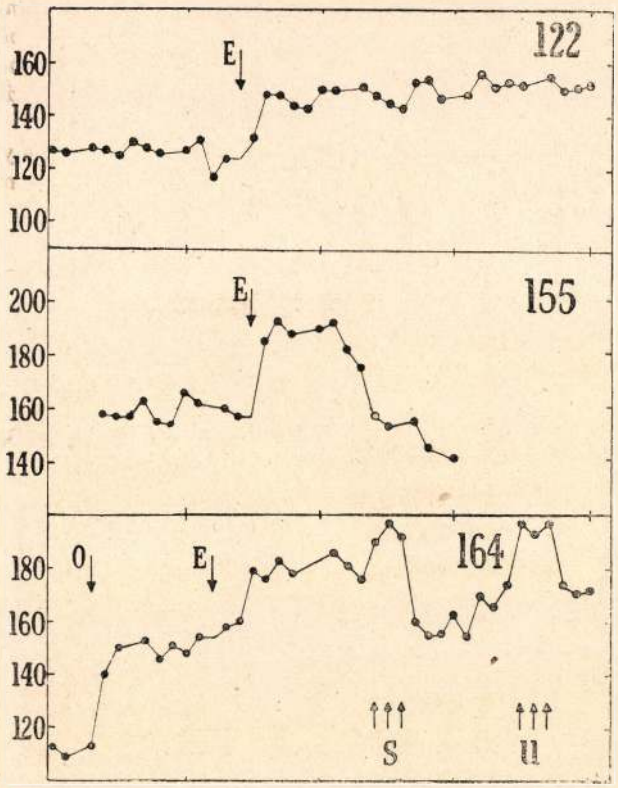


4. ábra. Vese bekapcsolásának hatása a túlélő bélkacs vérkeringésére. Abscissán: idő 2½ órákban. Ordináta: G = ●—● a vesén, K = ○—○ bélkacson percenként átfolyt vérmennyiség ccm-ekben. Az első függőlegesnél történt a vese be, a másodiknál kikapcsolása a béldarab arteriás vérkeringésébe.

Ezek után azokat a kísérleteinket írom le, amelyek bizonyos felvilágosítást adnak azokról a körülményekről, amelyek kedveznek a pressor anyag keletkezésének.

Eddigi kísérleteinkből azt láttuk, hogy a hypertonia oka a veseszövet ischaemiája és, hogy a nyomásemelkedés nagyobb két, mint egy ischaemiás vese esetében. Felmerül tehát a kérdés, hogy a pressor anyag keletkezési sebessége csak az ischaemiás vese tömegétől függ-e vagy pedig a vese munkájától is. Másszóval az a folyamat, amely a pressor anyagot termeli, a vese munkáját végző chemiai reakciólánc tagja-e, vagy pedig egy attól független mellékfolyamat?

Három csoportban végeztünk kísérleteket e kérdés eldöntésére. Az első csoportban, miután mindkét vese vérellátását megszűkítettük, az egyik ischaemiás vesét kiirtottuk. Ilyenkor az ischaemiás vese tömege a kutyában csökkent, viszont a bennmaradt vesére nagyobb munka hárult. Amint az 5. ábra mutatja, ilyenkor minden esetben még tovább emelkedett a vérnyomás. Az öt ilyen módon kezelt kutya közül 4 túlélte az eljárást, mégpedig 3 minden fenyegető tünet nélkül. A negyedik kutya a második műtét után a 3-ik napon kifejezetten ataxiás volt, ami az „uraemia" egyik jele. Ez a kutya kenyér-tej koszton meggyógyult. Az 5-ik kutya súlyos uraemiás görcsökben pusztult el a második operáció utáni 5-ik napon.



(Verney és Vogt még nem közölt eredménye.)

5. ábra. Abscissa: idő 10 napokban, Ordináta: carotis vérnyomás Hg mm-ben. 122 és 155 kutya, e = mindkét ischaemizált vese közül az egyiknek kiírtása. 164 kutya, 0 : mindkét vese vérellátásának megszűkítése, E = az egyik vese kiirtása. S-el jelölt nyílak napjain 10—10 g konyhasót és ½ kg húst, U-val jelölt nyílak napjain pedig 30—30 g hugyanyt kapott a kutya.

Kísérleteink második csoportjában csak az egyik vese arteriáit szűkítettük meg. Amint a műtétből a kutya felépült, kiírtottuk normalis veséjét. — Igy az ischaemiás vese terhelését hirtelen növeltük anélkül, hogy az ischaemiás szövet tömegét változtattuk volna. A normális vese eltávolítására azonnal nő a vérnyomás. Három közül két kutya túlélte ezt a kezelést, de a harmadik „uraemiás görcsök" között elpusztult.

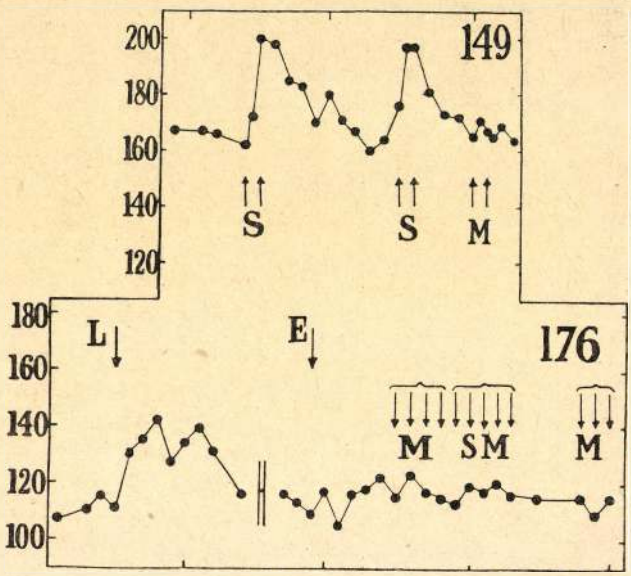
Mindkét kísérletsorozatból következik, hogy a vese megterhelésével párhuzamosan nő a vérnyomás, tekintet nélkül arra, hogy a megterhelés növelése az ischaemiás vese tömegének csökkentésével, vagy anélkül következik-e be. Ezeket a kísérleteket azonban úgyis lehet magyarázni, hogy az egyik vese eltávolítása következtében csökken a pressor anyag kiválasztása és nő a vérnyomás. Noha ez a magyarázat alig lehet érvényes az első kísérletsorozatban, amelyben az eltávolított vese a pressor anyag forrása is volt, mégis kívánatosnak láttuk, hogy a közvetlen veseterhelés hatását is megvizsgáljuk.

Ezeknek a kutyáknak a normális kosztja: kutyakétszersültből, kenyérből, tejből és napi ¼ kg húsból ál-

lott. A koszt hirtelen változtatását az alábbi módon végeztük:

1. konyhasót adtunk a normális koszthoz, 2. csak ¼ kg húst adtunk, 3. csak ½ kg húst és konyhasót adtunk, 4. csak kenyeret és tejet adtunk.

Azokban a kutyákban, amelyekben a vesearteriát is megszűkítettük és az egyik vesét is kiirtottuk, azonnal emelkedett a vérnyomás, amint a normális helyett csak hús-konyhasó kosztra fogtuk az állatot. Az ilyen koszt nemritkán a hypertoniás állatban „uraemiás görcsöket" is váltott ki. Igy pl. egy esetünkben a hús-só kosztra a vérnyomás 186-ról 211 mm-re emelkedett, ezenkívül a kutya hányni kezdett, véres székletet ürített, anuriát kapott és 55 óra mulva uraemiás görcsök között elpusztult.



6. ábra. Abscissa: idő 10 napokban. Ordináta: carotis vérnyomás Hg mm-ben. 149. kutya a 2. ábrán bemutatott kísérlet után 82 nappal, S-el jelölt napokon 10—10 g konyhasót kapott a kenyérből és tejből álló kosztjához, M-el jelölt napokon pedig ½ kg húst evett. 176. kutya, L: a bal vesetok ereinek és a vesearteria legtöbb ágának lekötése. E: az egészséges vese kiirtása. M-el jelölt napokon naponta ½ kg húst, S-el jelölteken ½ kg húst és 10 g konyhasót kapot. A megszakítás || 18 nap szünet. *(Verney* és *Vogt*, Quart. Journ. exp. Physiol. 1938.) *)

Hasonlóan emelkedett a vérnyomás, ha a vegyes kosztot kizárólag húsra változtattuk át, vagy ha a normális diétához 30 g ureumot adtunk. Ha a különböző terhelések hatásait összemérjük, az derül ki, hogy a konyhasó hat a legerősebben, a hús egyedül kevésbé hat vérnyomást emelően, az ureum pedig úgy hat, mint a hús. Ezért minden olyan esetben, amikor azt akartuk látni, hogy lehet-e diétás terheléssel a vérnyomást emelni, húst és konyhasót adtunk. Arra, hogy a vérnyomás a diétás terhelés alatti értékre térjen vissza, általában a terhelő táplálék elhagyása után 24 — csak kivételesen 48 — órára volt szükség. A vérnyomásemelkedés ezzel szemben hirtelen következett be és a hús, a konyhasó, vagy a húgyany adása után 1½ órán belül elérte a maximumot.

Természetesen normális kutyákban ezek a kosztváltozások a vérnyomásra teljesen hatástalanok. De fontos volt az a kérdés, hogy okoznak-e ezek vérnyomásemelkedést olyan állatban, amelyben a veseállomány tömegét erősen csökkentettük, de a bentmaradt vese nem ischaemiás. Ilyen példát a 6-ik ábra mutat. Ebben az állatban (L-nél) a bal vesearteriának annyi ágát kötöttük le, hogy csak az alsó ventralis vesedarab vérellátása maradt meg. A vesetok és hilus minden erét lekötöttük és átvágtuk. Egy hónappal később a másik normális vesét kiirtottuk úgy, hogy az állatban csak igen kis normális veseszövet maradt. Az áttérés a normálisról a terhelő-hús, vagy hús-konyhasó kosztra, a vérnyomáson semmit sem változtatott, annak ellenére, hogy a maradék-N emelkedése és a kutya beteges viselkedése mutatták, hogy a terhelés nagyobb volt annál, mint amivel a maradék vese meg tudott volna bírkózni. A vese ischaemiája tehát nemcsak a hypertonia fellépésének feltétele, hanem ettől függ a vérnyomásemelkedés is diétás terhelés esetében.

Szeretném végül azokat a főeredményeket röviden összefoglalni, amelyeket az utóbbi időben e téren általában ért el a kísérletes kutatás. Mindenek előtt az tűnt ki, hogy emelkedik a vérnyomás minden olyan befolyásra, amely vese ischaemiát okoz, ellenben nem emelkedik olyan befolyásokra, amelyek a vérellátást nem érintik. A vérnyomásemelkedés foka, ha van ischaemia, a vese munkájától függ, ha ischaemia nincs a veseállomány csökkentése nincs a vérnyomásra hatással. A mi kisérleteink megerősítik *Goldblatt* következtetését, hogy a hypertoniát a vesében keletkező pressor anyag felszaporodása okozza és hogy ennek az anyagnak a mennyisége a vese munkájától függ.

Az anyag támadáspontja és hatásmódja még részletesen ismeretlenek. Annyi mindenesetre bizonyos, hogy sem a veséből, sem a sinus caroticusból kiinduló reflexek szerepet nem játszanak. Abból pedig, hogy a hypertonia teljesen decentralizált sympathicusu állatban a praevertebralis határkötegek eltávolítása után is fellép, arra kell következtetni, hogy a valószínű támadáspont magában az erek falában van. Ezt a következtetést támogatják azok az eredmények is, amelyeket úgy kaptunk, hogy az izolált bél vérkeringésébe egy vesét iktattunk. Ha majd későbbi kisérletek igazolják, hogy ez a jelenség az egész állatban bekövetkező hypertoniával oki összefüggésben van, akkor mint külön érdekesség merül fel az a körülmény, hogy az izolált vesében a vér áramlási sebessége igen nagy.

Ma még keveset tudunk az ischaemiás vese pressor anyagának gyógyszerhatástani sajátságairól. Míg a mi kisérleteink ellene szólnak annak a lehetőségnek, hogy ez az anyag akár adrenalin, akár tyramin, azt mutatják, hogy az állat érzékenységét tyraminnal szemben fokozza. Az a körülmény pedig, hogy az egyik vese vérellátásának megszűkítése is létrehozza a hypertoniát, azt mutatja, hogy a pressor anyagot a vese nem egykönnyen választja ki.

Érdekes, hogy a normális vérellátású, de megcsökkent tömegű vesével szemben az ischaemiás vese különleges előnybe kerül. Amíg ugyanis a megcsökkentett tömegű vese, ha nem ischaemiás diétás megterhelésre vérnyomásemelkedést nem okoz, addig az ischaemiás vese emeli a vérnyomást. Kétségtelen, hogy az így bekövetkezett vérnyomásemelkedés az ischaemiás vesének megkönnyíti a diétás terhelésre bekövetkező kiválasztási munkatöbbletének elvégzését. Gyakran feltűnő volt a vese vérellátásának megszűkítésére az a javulás, ami az állatok állapotában a vérnyomásemelkedés szakasza alatt bekövetkezett és erre a hasznos reactióra a normális vérellátású vesemaradék képtelen. Helyes-e vajjon ezek után azt feltennünk, hogy az ilyen körülmények között bekövetkezett hypertonia a szervezet

*) Köszönöm a Quart. Journ. exp. Physiol kiadóinak az 1., 2., 5., 6. ábrák átengedését. *Beznák Aladár dr.*

egyik compenzáló berendezése? Természetesen ez a feltevés csak addig a fokig lehet helyes, amíg a hypertonia olyan fokot nem ér el, hogy maguknak a veseereknek is bekövetkezik a szűkülése, vagy pedig a szervezet egyéb ártalmát okozza. — E feltevés helyessége ellen szól mindenekelőtt az a körülmény, hogy a normális veséből úgylátszik hiányoznak azok a folyamatok, amelyek a ischaemiában a vérnyomás emelkedésre vezetnek. Viszont ezeknek a reakcióknak a normális veseszövetből való hiányát úgy is fel lehet fogni, mint a magas nyomásnak tökéletesebb alkalmazkodását a vese megbetegedésére bekövetkező mind nagyobb kiterjedésű és fokú vese ischaemiához. Ugy néz ki a dolog, hogy a vese vérellátásának csökkenésével egy új tényező lép fel — talán egy normálisan hiányzó anyagcseretermék alakjában, amelynek a mennyisége a vesemunka nagyságától függ. Igy tudja a vese — feltéve, hogy ischaemia áll elő — a vérnyomást éppen akkor emelni, amikor munkája elvégzéséhez erre a támogatásra éppen szüksége van.

Felmerül az a kérdés is, hogy a kutyán tett megfigyelésekből vont fenti következtetéseket mennyiben lehet az emberi vesemegbetegedésekre alkalmazni. Ezzel kapcsolatban különösen arra kell gondolnunk, hogy a kutyában a vese vérellátásának megszűkítésére kifejlődő állapot teljesen olyan „uraemiára" vezethet, amely az emberivel szinte azonos. Ezenkívül ugyanazok a diétás megterhelések, amelyek az emberi vesebetegségekben is súlyosbítják a tüneteket, a kutyában is hasonlóan súlyosbítják a vese ischaemia következményeit.

Bright Richard-tól vett idézettel szeretném befejezni is az előadásomat. Miután ő felhívta a figyelmet arra a körülményre, hogy a vese megbetegedésekkel milyen gyakran fordul elő egyidejűen a bal kamra hypertrophiája, így értekezik tovább: „Ez természetesen arra vezet bennünket, hogy azokat az okokat, amelyek a szívet ilyen nagy munkára kényszerítették, főként ne lokálisan keressük: a két legvalószínűbb megoldásnak az látszik, hogy a vér megváltozott összetétele hat közvetlenül, mint szabálytalan és szokatlan inger a szívre vagy pedig közvetve úgy, hogy ez a keringést a kis és legkisebb erekben úgy változtatja meg, hogy a szívnek nagyobb erőt kell kifejtenie ahhoz, hogy a vért ezeken az érterületeken áthajtsa."

Azok, akik ennek a problémának kísérletes megoldásával foglalkoznak, haladásnak tekintik, hogy azoknak a „vérösszetételbeli változásoknak" a létét, amelyeket *Bright* éles szeme feltett, be is tudták bizonyítani.

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

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

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvéttel történő rendeléskor a portóköltséget is felszámítjuk.

Budapest Székesfőváros Szt. János közkórháza elme- idegosztályának közleménye. (Főorvos: Kluge Endre egyetemi magántanár.)

Camphoreuthymia és pharmakokatharsis.

Adatok a görcskezelés elméletéhez.

Irta: *Kulcsár István dr.*

Schizophreniás betegek görcskezelése közben tett észleletek késztettek egy elmélet megalkotására, ami magyarázatául szolgálhat e kezelés kapcsán elért eredményeknek. Elméletalkotás az orvostudomány területén csak akkor jogosult, ha további gyakorlati felfedezésekre vezethet. Theoriánk — úgy hisszük — megfelel e feltételnek, mert ennek alapján dolgoztuk ki *Kluge* utmutatása mellett *Lajtavárival* a zárt intézeti betegek „lereagáltató", vagy „ingerlevezetéses" kezelését, amit más helyen fogunk ismertetni.

Megfigyeléseink két csoportba oszthatók:

1. Kezeléseink során feltünt, hogy a motorosan nyugtalan betegek izgatottsága a tetracor-előidézte görcsrohamra nagymértékben csökken, illetve megszűnik. Olyan esetekben, amelyekben semminemű vegyi nyugtatószerrel nem értünk el eredményt, amikor a beteg állandó tartós fürdők alkalmazása ellenére szüntelenül tombolt, 1—2 tetracorgörcs huzamos megnyugvást okozott. Ugyanebbe a csoportba sorolhatjuk későbbi magyarázatunk értelmében a stuporos állapotok sikeres áttörését is.

2. Másik megfigyelésünk a görcsöt egyes esetekben követő gyönyörérzésekre, extasisokra, pollutiókra vonatkozik. Ez esetek kórrajzát röviden közöljük.

1. P. E. 42 é. tanító. 1936 óta van intézetünkben. Schizophrenia, modoros, halluc. processus. Felvételkor erős negativismus, élénk érzékcsalódások. Később zárkózott, modoros viselkedés. Vallásos, szemérmes, sexuális tartalmú kérdések elől kitér. 1938. VII. 21.-én tetracor kezelést kezdünk. 5 ccm tetracor befecskendezése után typikus görcsös rohamot kapunk, ami közben a beteg penise megmeredevedik, majd magömlése keletkezik. A roham lezajlása után a beteg 5 perc mulva hanyattfekvésben lábait felhuzza, majd kirugja és ezt a mozgást rythmusosan folytatja. Majd egyik kezével csapkodni kezdi combját, miközben másik kezével penise körül foglalatoskodik. Eközben arca elragadtatott gyönyört tükröz, boldogan, extaticusan mosolyog. Kérdéseinkre eleinte nem felel, de mintegy 10 perccel a roham megszünte után kapcsolatba lehet vele lépni. Arra a kérdésre, hogy van? elragadtatottan válaszolja: „köszönöm, nagyszerűen". Később aztán már nem hajlandó ezirányú kérdésünkre válaszolni, kéjérzéséről vagy nem tud, vagy tagadja. Ez a folyamat — több-kevesebb különbséggel — minden egyes roham után megismétlődik.

2. F. I. 39. é. férfi Schizophrenia, periodicus halluc. zavartság, lues assanata. Több izben állott kezelés alatt intézetünkben. Bizarr, megalomániás téveseszmék, érzékcsalódásaival szemben belátó. 1938. II. 1-én tetracor görcskezelést kezdünk. 0.50—0.70 g adagokra nem kapott görcsrohamot. Ehelyett arcán boldogság, gyönyör, elragadtatás tükröződött, azt mondta, hogy a menybe száll. Amikor az adag emelésével sikerült rohamot kiváltani, az igy folyt le: Az inj. beadása után euthymia lépett fel, majd rángások, illetve roham. Azután ismét az elragadtatott, kéjes kifejezés. Pollutiót nem észleltünk. A beteg, aki a tetracort morphiumnak gondolta, többször mondta, ne adjunk néki morphiumot, mert fél, hogy hozzászokik.

3. Sch. J. 29. é. Schizophrenia, stuporba hajló, időnként socialis dementia. 1938. október óta van intézetünkben. Pályáján külső körülmények miatt nehézségei voltak, erre elakadt. Hypochondriás panaszai, téveseszméi vannak, kényszergondolatoktól, phobiáktól szenved. Hypersexuálisnak mondja magát, állítólag naponta többször cohabitált. Intézetünkben töltött 5 hónap alatt egyszer sem volt pollutiója. 1939. II. 15. insulinkezelést kezdünk nála. Az első 30 E.-nyi adagra nyugtalan, szapora pulsusa keletkezik, ide-oda forog ágyában. Majd elalszik és pollutiója keletkezik. Az ezt követő napon zárkózottsága egyszeriben megoldódik, ekkor árulja

el érzékcsalódásait, feltámadt gyógyulási kedve. Ez esetben a pollutiót a görcsroham aequivalensének kell tekintenünk.

A leírt eseteken kivül még számos beteg kezelése kapcsán észleltünk roham alatti pollutiót boldogságérzés, illetve extasis nélkül. Ezekről nem emlékezünk meg részletesen.

Mindkét csoportra az jellemző, hogy egy izgalmi, vagy gátolt állapot mozgásos roham, illetőleg azt kisérő orgasmus következtében oldódik.

Az epilepsia sokszínű és sokeredetű kórképeiben — beleszámítva a tüneti, a traumás kórképeket, a psychastheniás görcsöket *(Oppenheim)*, a Bratz-féle indulatepilepsiát, a franciák emotionális epilepsiáját stb., — végigvonul egy egységes párhuzam: Az idegrendszert inger éri és a felhalmozódott ingerület speciálisan organizált jellemző mozgásos rohamban sül ki. Ez egységes szemlélet szempontjából mindegy, hogy a mozgásos rohamot előidéző inger az agykérget érő mechanikus izgalom, érgörcs okozta vérellátáshiány, belső elválasztási zavar, belső eredetű méreg, mesterségesen a szervezetbe juttatott görcsokozó vegyszer, vagy lelki eredetű inger volt-e.

Maga az epilepsiás roham *Muskens* szerint az állatvilágban elterjedt reflexféleség, a *myoklonikus reflex* folyománya. Ez a reflex, ami vadállatokon általánosan, domesticáltakon csak elvétve, vagy bizonyos körülmények között észlelhető, abban áll, hogy az állat a váratlan mechanikus, vagy acusticus ingerre összerezzen. Szeliditett állat és az ember nagyrészt elvesztette ezt a reflexérzékenységét és náluk különösen az alvás és ébredés közti állapotban észlelhető. Ilyenkor szoktak az epilepsiások myoklonikus rángásai is jelentkezni. Az összerezzenés gyakran észlelhető epilepsiás gyerekeken is. Bizonyos vegyszerekkel, különösen camphorral a reflexérzékenység fokozható és a mérgezés erőssége szerint az állat az ingerekre összerándulással, myoklonikus rángásokkal, végül pedig epileptiform klónikus-tónikus görcsrohammal reagál. A camphor görcsokozó hatását a mult század végén sok kutató, elsősorban *Alexander* és *Wiedemann* vizsgálták, több szerző önkisérletet is végzett. *Muskens* a monobromcamphor hatását vizsgálta macskákon és más állatokon. A készítménnyel mérgezett állatokon izgalmi tünetek keletkeztek, pupillájuk kitágult, szőrük felborzolódott, myoklónikus rángások keletkeztek rajtuk, majd epileptiform görcsroham. A reactióra jellemző, hogy a görcsroham lezajlása után bizonyos ideig az állatok refractér állapotban vannak, újabb ingerrel újabb összerezzenést, vagy myklónikus rángást nem lehet rajtuk kiváltani. A reactio lefolyásából *Muskens* azt következteti, hogy a mérgezett állat szervezetében az ingerület summálódik és az epilepsiás roham alakjában „sül ki." Maga a roham szerinte reflexutóhatás *„after discharge" (Sherrington)*. A szervezet a roham alatt küszöböli ki a felhalmozódott mérgeket.

E leírt élletani folyamat önkéntelenül feltolakodó psychés analógiája az indulatfelhalmozódás és az indulatkisülés. Maga az indulat nem is tekinthető tisztára psychés folyamatnak, hisz épen a kisérő vegetativ jelenségek jellemzők rá. *Jaspers* szerint „Indulatnak nevezzük a nagy intensitású, összetett érzelemlefolyásokat, amelyeknek ennek következtében feltünő testi kisérőjelenségeik és következményeik vannak". Ingerélettani szempontból nem különíthetjük el a mechanikus vegyi és psychés ingerek hatásmódját és a kiváltott reactiók lefolyását, hiszen többnyire összetett folyamatról van szó, ahol ezek együtt szerepelnek és csak a hiányos észlelés tesz köztük különbséget. Épen ezért jogosnak találjuk, hogy ez esetben az empiriásan ismert lelki jelenségekből következtessünk vissza a testi analógiára.

A mélylélektani elemző vizsgálatok során meglehetősen tisztázódott az indulati folyamatok normás és zavart lefolyásának mechanizmusa. *Wundt* az érzelmi körben három ellentétpárt különböztet meg: gyönyör-kín, feszítő-feloldó és izgató-megnyugtató érzéseket. A szervezet törekvése, hogy a feszültséget a kiegyenlítődés állapotával oldja fel. Az indulatok lefolyása ilyen irányú. A kedélyéletet érő izgalmak, ha nagy feszültséget okoznak, indulatkitörés alakjában egyenlítődnek ki. A psychoneurosisokra épen az jellemző, hogy egyes associatiós pályák járhatatlansága következtében az indulatok nem képesek levezetődni, ezért complexusokat képeznek, kerülőuton, symbolumok, conversiók formájában igyekeznek megnyilatkozni. *Breuer* és *Freud*, valamint *Frank* eredeti eljárása, a *psychokatharsis* abban állott, hogy hypnosisban felidézték a beteg „elfojtott" élményeit és ezzel elősegítették azoknak lereagálását. A lélekelemzés később ehelyett a tudatos feldolgozást alkalmazta gyógymódul, ám egyes szerzők, mint pl. *Frank* ma is a kathartikus eljárást alkalmazzák.

A két legintenzivebb indulat: az *agressio* és a *sexuális kisülés*, a két eredendő össztönféleségnek, a lét- és fajfentartási ösztönnek származéka. Lereagálódásuk akadályozottsága esetén a szervezetben kétségtelenül vegetativ elváltozások keletkeznek, amint ezt a mindennapi tapasztalat is bizonyítja.

Az epilepsiás az az alkat, amelyre az ingerületek felhalmozó és kisütő képessége jellemző. Ez egyaránt áll a genuin, a symptomás epilepsiás betegekre és az epileptoid psychopathákra. Utóbbiak mintegy átmenetet képeznek a psychés és testi ingerületfelhalmozódás és kisütés analógiájában. Az indulati explosivitás, amely a genuin epilepsiánál nem is található meg mindig, az epileptoidok csoportjára speciálisan jellemző. Tulérzékenység, ingerlékenység, indokolatlan kitörések, bűnözési hajlam, dipsomania és alkoholintolerantia jellemző tüneteik közé tartoznak. A dühkitörés lezajlása után — amely néha epilepsiás rohamokig fokozódhatik — rövidebb-hosszabb ideig ismét békésebbek, kezelhetők. Ugyanez figyelhető meg a genuin epilepsiásoknál is. A roham előtti időben nyügösek, összeférhetetlenek, ingerlékenyek, impulsiv cselekményekre hajlamosak . A roham után azután átmenetileg megnyugszanak. Ennek a tapasztalatnak alapján *Baldauf* epilepsiások ködös állapotait mesterségesen előidézett rohammal szünteti meg, *amit tőle függetlenül mi is alkalmaztunk*. Tagadhatatlan ez esetekben az ingerületfelhalmozódás és kisülés ténye. Ilyen értelemben foghatók fel az aequivalensek is, amelyek többnyire erőszakos, vagy sexualis tartalmúak és lezajlásuk után a beteg épúgy megnyugszik, mint a roham után. *Muskens* kisérleti állatainál azt tapasztalta, hogy néha, enyhébb mérgezés esetében berzenkedés, dühkitörés is véget vetett az izgalmi állapotnak és az állatokat inger iránt refractér stádiumba hozta. Anélkül, hogy a genuin epilepsiát psychikusan akarnánk magyarázni, az epileptoidokkal való analógia kapcsán azt mondhatnók, hogy a görcsroham a tulajdonképeni aequivalense a psychés-vegetativ indulatkitörésnek. Gondolhatunk itt a Kretschmer-féle mozgásviharra, amely állatokon, hysteriásokon és psychopathiás gyermekeken észlelhető.

Az epilepsiások és epileptoidok reagáló képességével szöges ellentétben áll a schizophreniások és schizoidok érzelmi merevsége, gátoltsága, indulatbénulása, hasadtsága, „intrapsychés ataxiája" *(Stransky)*. A schizophreniás és a schizoid irdulatait nem képes levezetni „psychaesthesiás propoportiója" egyirányban eltolódott. A psychés értelmezés számára hozzáférhető esetekben azt

tapasztaljuk, hogy a zárlatokat, izgalmi állapotokat, a másodlagos symbolikus képződményeket (vegetativ tünetek, psychésen: téveseszmék, érzékcsalódások) a le nem reagált indulatok okozzák. A betegségre jellemző „hasadást" *Bleuler* szerint az okozza, hogy „az egyik complexustól más eszmékhez vezető associatiós pályák *indulatilag* feltételezett nem-használatuk következtében járhatóságukat elvesztik". Ha ez áll is a schizophreniák egy részére, nagyobb részük psychés értelmezéssel nem közelíthető meg — ha csak nem visszük ad absurdum az értelmezést. A lereagálási képtelenség, az indulatfelhalmozódás azonban a legtöbb esetben észlelhető. A fintor és alakoskodás — *Kretschmer* szerint — gyakran szorongásos és depressiv indulatokat takar, az eroticus és gyülöletérzések complexusszerűen kataton merevségbe rögzülnek. Maga a stupor, gyakran a személyiség védekezése (Totstellreflex) saját asociális ösztöneivel szemben, amit a stuport áttörő váratlan raptusok is bizonyítanak.

A psychoneurosisok rationalis psychotherapiája abban áll, hogy igyekezünk az indulat szabad lefolyásának lelki akadályait feloldani és ezzel a lefolyást, illetve feldolgozást lehetővé tenni. A megrekedt indulatokat tehát hosszadalmas és bonyolult uton végül is motoros levezetődéshez juttatjuk. Schizophreniában, ahol alkati kisebbértékűséggel és szervi (endokrin, endotoxikus stb.) elváltozásokkal állunk szemben, ugyanezt durvább eszközökkel érjük el. Ezért neveztem a hasadások és zárlatok következtében megrekedt psychés-vegetativ indulatfolyamat motoros levezetését a psychokatharsis analogiájára *pharmakokatharsisnak*.

Annak, hogy a tetracor-kezelés hatásmódja valóban a kiváltott görcsrohammal kapcsolatos, szolgáljon bizonyítékául a következő tapasztalatunk: Azokban az esetekben, amikor az alkalmazott adag kicsinysége miatt nem értünk el görcsrohamot és csak elsápadás, szorongás, remegés, öntudatzavar jelentkezett, nem csak hogy javulást nem tapasztaltunk, hanem ellenkezőleg súlyos stuporokat, hosszan tartó izgalmi állapotokat láttunk kifejlődni. Feltételezzük, hogy ilyenkor a szervezet ingerülettelitődését még fokoztuk, anélkül, hogy annak levezetésére alkalmat adtunk volna. (Insulin-kezeléssel kapcsolatban nem tapasztaltunk ilyesmit.) Ugyanebben az értelemben szólnak *Cook* és *Walter* electroencephalographiás vizsgálatai cardiazol görccsel kezelt betegeken. Ha az injectiót görcsroham követte, a roham ideje alatt a felső homloklebeny táján erős gócos kisüléseket észleltek, amelyek a roham után megszüntek. Ha ellenben roham nem következett be, órákig tartó diffus kisüléseket tapasztaltak.

A reactio lefolyásában és hatásmódjában nem számit különbségnek, hogy psychés, vegyi, vagy más, ismeretlen feszültségek kiegyenlítéséről van-e szó. A materia peccans chemiai kutatása egyelőre — sajnos — kevés kilátással kecsegtet, mert mind a schizophrenia, mind az epilepsia humorális kutatásában immár áttekinthetetlen mennyiségű, egymásnak ellentmondó adatot találunk. Nyilvánvaló, hogy sem egyik, sem másik betegségben nem egységes kórképpel, hanem *reactióformával* állunk szemben, amelyeknek okát különválasztani még jövendő kutatások feladata. A magunk elméletét sem igyekszünk „a„ schizophrenia keletkezési mechanismusaként tekinteni, mert a degenerativ processus-folyamatok endotoxicosisok stb., nyilván más-más mechanismus szerint történnek. Épenezért nem is lehet „a" schizophrenia gyógyításáról beszélni és a *pharmacokatharsis* is csak bizonyos esetekben alkalmazható eredményesen. Az ebből származó lereagáltató kezelésünk lényege szintén a mozgásos levezetés, amit azonban esetenként más módszerekkel, stimulantiákkal, játékkal, tornával, stb. érünk el, amint erről be fogunk számolni.

Megfigyeléseink alapján fel kell tételeznünk, hogy a mozgásos és orgasticus kisülés helyettesíthetik egymást. Eltekintve a mélylélektani kutatások sok helyt bizalmatlansággal fogadott eredményeitől, a mindennapi tapasztalat is ezt mutatja. Ismeretes, hogy a herélt állatok agressiója csökken. *Kretschmer* szerint a korán castráltak indulati élete megváltozik, intensitásában csökken. *H. Fischer* úgy találta, hogy az eunuchoidok együgyüek, csendesek, apathiásak. A ki nem elégített sexuális feszültség viszont fokozza az agressiót. Tudvalevő, hogy láncon tartott kankutyák harapósak. A mélylélektani kutatások azt mutatják, hogy a psychoneuroticusok nem képesek *adaequat* sexualis kielégülésüket megtalálni. Ismert a schizophreniások számtalan perversitása, ugyancsak az epilepsiásoké. A sexuális feszültség agressivvé válik és az epilepsiások esetében mozgásos rohamban sül ki. Jellemző erre következő észlelt esetünk:

4. P. M. 21 é. nő. Psychosis epileptica. Epilepsiás character és dementia, ködös állapotok. 1938. nov. 10. óta van intézetünkben. 5. é. óta eszméletvesztéssel járó görcsös rohamok. Jelleme megváltozott, makaccsá, kötekedővé vált, ingerlékeny, verekszik. Öt izben kisérelt meg öngyilkosságot. 12. é. kora óta menstruál szabálytalanul. Nemi életet folytat, de coitus közben semmi kéjt nem érez. *Rohama közeledtét onnan veszi észre, hogy ilyenkor úgy érzi, „mintha férfival volna".* Combjait ilyenkor összeszorítja, sőt kéjes érzése van az altestében. Ezt a kéjes érzést a rohamot megelőző állapoton kivül nem ismeri.

Mig a fentebb leírt esetek egy részénél a mozgásos és orgastikus kisülés együtt járt, egynél az orgasmus maga okozott javulást. ez utóbbi esetben a motoros roham süti ki a sexuális energiákat.

Ez a megfigyelésünk, az előbbiekkel egybevetve egy maga okozott javulást, ez utóbbi esetben a motoros roham — legalább is bizonyos esetekben — úgy tekinthető, mint a felhalmozott sexuális energiák kisülése, vagyis *coitus-aequivalens*. Másfelől útmutatást nyerünk a sexualis kielégülés visszafojtásával kapcsolatos vallási extasisok lélektani értelmezésére.

Összefoglalás: Schizophreniások görcskezelése során szerzett tapasztalataink alapján arra az elméleti következtetésre jutottunk, hogy az epilepsiás görcsroham a szervezetben felhalmozódott ingerületfölösleg kisütése révén gyógyít. A schizophreniások zárlataik, hasadtságuk következtében nem képesek ingerületfeleslegük levezetésére, ezért a művileg előidézett görcsroham: a *pharmacokatharsis* segítségével igyekszünk azt elérni. Felfogásunk értelmében ez a schizophreniások görcskezelésével elért eredmények hatásmódja. A mozgásos és orgasticus ingerületlevezetés kölcsönösen helyettesíthetik egymást. Elgondolásunk alapján dolgoztuk ki a zárt intézeti betegek u. n. „lereagáltató" kezelését.

Csecsemők mesterséges táplálásánál legjobbnak bizonyult a Krompecher-féle *Oriza szárított rizsnyákból* készített nyák, mely az ideális nyák követelményeinek mindenben megfelel. Az erre vonatkozó klinikai vizsgálatok ugyanis megállapították, hogy az Oriza-ból *5 perces főzéssel* colloidalisan jól oldott, tápanyagokban gazdagabb, tehát könnyebben emészthető, a szervezet által jobban kihasználható nyák készíthető, mint ugyanolyan mennyiségű egyéb nyákalapanyagokból, rizs-, búza- vagy zabőrleményekből több órás főzéssel. Ezen előnyös colloid-chemiai tulajdonságok folytán a csecsemőgyógyászatban tejhígításra és hasmenések kezelésére használatos nyákoldatokat legcélszerűbb és leggazdaságosabb Orizából készíteni.

A Pázmány Péter Tudományegyetem Közegészségtani Intézete Egészségvizsgáló Osztályának közleménye. (Igazgató: Darányi Gyula ny. r. tanár.)

Gümőkóros elváltozások egyetemi hallgatókon.

Irta: *Molnár Vilmos dr.*

A tuberculosis kérdés hazánkban minden vonatkozásban érdeklődésre tarthat számot, mert az utolsó évek kedvező eredményei ellenére is még mindig szomorú helyen áll gümőkóros megbetegedési és halálozási statisztikánk európai viszonylatban. Minden adat tehát, amely hozzájárul, hogy tisztább képet kapjunk hazai gümőkór viszonyainkról, értékes segítséget nyujt a gümőkór elleni küzdelemben. Az egyetemi hallgatók tuberculosisáról eddig pontos adataink nem voltak. Csupán *Neuber* számolt be 1936-ban a debreceni egyetem 265 elsőéves hallgatójáról. Pedig az egyetemi hallgatók egészségi állapotáról legfőbb érdeke gondoskodni az államnak, mert soraik közül kerülnek ki az ország vezető emberei, akik csak akkor tudnak éplélekkel vezetni és irányítani, ha szervezetük teljesen egészséges. Ezért felbecsülhetetlen értékű az a gondoskodás, amelyet a budapesti egyetem Közegészségtani Intézetében *Darányi professzor által megszervezett Egészségvizsgáló intézet* nyujt az egyetemi hallgatóknak, amelyben 1937 szeptember óta rendszeresen folyik az I. és VI. féléves férfi hallgatókra kötelező orvosi vizsgálat.

Ebben az Egészségvizsgáló intézetben *Darányi* vezetése alatt az 1937—38. tanévben 1707 tudományegyetemi hallgatót vizsgáltunk meg, még pedig 1698 férfi és 9 nőhallgatót. Életkor szerint a következőképpen oszlottak meg:

Éves:	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	38	39	40	43	Összes
I. f. é.	26	424	150	97	104	61	43	38	11	10	14	10	3	3	1	5	5	1	—	2	1	1	—	1010
II. f. é.	—	12	3	35	259	132	32	71	44	19	12	7	3	3	1	4	—	1	1	3	—	1	2	695
Összes:	26	436	153	132	363	193	125	109	55	29	26	17	6	6	2	9	5	2	1	5	1	2	2	1705

Amint a táblázatban látható, a hallgatók 75%-a 18—22 éves volt, de 17 éves kortól 43 éves korig csaknem minden évbeli akadt közöttük. A hallgatóság túlnyomórésze tehát abban a korban volt, amelyben a legnagyobb a gümőkór halandóság és a gümős betegségek is legsúlyosabb lefolyásúak.

A szülők általában a legjobb módúak, közöttük főtisztviselők és főrendűek is vannak. A hallgatóság ruházata is, főleg az orvostanhallgatóké kielégítő, tisztaságra is, minőségre is. A hallgatók szüleik foglalkozása szerint így oszlottak meg:

A szülők foglalkozása:	szám	százalek (%)
tisztviselő, magántisztviselő	1102	64.94
nagybirtokos	39	2.29
kisbirtokos	145	8.54
kereskedő	88	5.18
iparos	184	10.84
altiszt (rendőr, stb.)	121	7.14
munkás	18	1.06
Összesen:	1697	99.99%

Ha ezeket az arányszámokat összehasonlítjuk az országos átlaggal, azonnal szembetűnik, hogy a munkások, kereskedők és kisbirtokosok milyen kis százalékban szerepelnek, tehát éppen azok a foglalkozási ágak, amelyek közt több a rosszabb anyagi viszonyok közt élő. A szülők jobb anyagi helyzete a gümőkóros viszonyokat kedvezően befolyásolja.

A hallgatók szerint a kórelőzményben tüdőcsúcshurut, tüdő- és mellhártyagyulladás a következő számban fordult elő:

A kórelőzményben szerepel:	esetben	százalékban
tüdőcsúcshurut	112	6.6
tüdőcsúcshurut és tüdőgyulladás	18	1.0
tüdőgyulladás	140	8.2
tüdő- és mellhártyagyulladás	16	1.0
mellhártyagyulladás	29	1.7
mellhártyagyulladás és tüdőcsúcshurut	3	0.1
Összesen:	318	18.6%

A hallgatók 7.7%-ában szerepel az anamnesisben tüdőcsúcshurut, 10.2%-ban tüdőgyulladás és 2.8%-ban mellhártyagyulladás. Több esetben egymáshoz társulva is előfordulnak. Akik a kórelőzményben tüdőcsúcshurutot említettek, azokon röntgenvizsgálattal 28 esetben (21.0%) lehetett szűkebb, vagy homályos csúcsot kimutatni (köztük 6 activ folyamat), 34 esetben meszes gócokat, 71 eset pedig (53.4%) teljesen egészséges volt. Az a megállapítás, hogy a gyermek és serdülőkorban diagnostizált tüdőcsúcshurutesetek 53.4%-ában a tüdőben röntgenvizsgálattal semmi nyomot nem találtunk, azt bizonyítja, hogy gyengébben fejlett, vérszegény gyermekekre gyakran mondják, hogy tüdőcsúcshurutjuk van, anélkül, hogy a gümőkórhoz bármi közük lett volna.

Vérköpésről 3 hallgató tudott; egynek a röntgenlelete idült kötőszövetes, meszes elváltozást mutatott, kettőnek a versejtsüllyedése fokozottabb, egy pedig teljesen egészséges volt.

A tüdők felett kopogtatással és hallgatózással a következő elváltozásokat találtuk:

Physikalis vizsgálati lelet:	esetben	százalékban
tüdőcsúcs felett rövidült kopogt. hang	16	0.94
alsó tüdőlebeny felett tompult	4	0.23
megnyult légzés	93	5.44
érdes légzés	71	4.15
sipolás, búgás	25	1.46
gyengült légzés	3	0.17
ropogás	14	0.82
szörty-zörejek	21	1.23
dörzsölő-zörej	3	0.17
Összesen:	250	14.61%

Azok közül a hallgatók közül, akiknek tüdőcsúcsa felett rövidült kopogtatási hangot találtunk, 12 esetben tudtunk röntgenvizsgálattal is homályosabb csúcsot kimutatni, illetőleg volt activ gümőkóros folyamatunk. Azon hallgatók közül, akiknek alsó lebenye felett tompolt volt a kopogtatási hang, kettő légmelltöltés kezelésben részesült, amelyhez kevés izzadmány társult, másik kettőnek régi pleura callusa volt. A megnyult és érdes légzés nem jelent kóros folyamotot. A sipolás, búgás, valamint a szörty-zörejes esetek is meghülést, légcső- és hörghurutot mutattak. Valamennyi enyhe eset volt, többször subfebrilitással. A dörzsölő-zörej 2 esetben mellhártyagyulladás után marad vissza és egy-két hete kelt fel tüdőgyulladásból. Egy szörty-zörej társult csak gümőkóros infiltratumhoz, de gümőbacillust köpetében nem találtunk.

Röntgenlelet:	I. félév. Moro +		I. félév. Moro —		II. félév. Moro +		II. félév. Moro —		Nem jelent meg	Összesen:	
egészséges	106	(30%)	246	(70%)	206	(68%)	98	(32%)	18	674	(39.4%)
köteges, ágazatos hilus	30	(23 „)	98	(77 „)	41	(60 „)	27	(40 „)	9	205	(12.0 „)
tömött, terjedelmes hilus	39	(33 „)	79	(67 „)	44	(65 „)	24	(35 „)	4	190	(11.1 „)
meszes gócok	98	(35 „)	182	(65 „)	127	(67 „)	64	(33 „)	10	481	(28.1 „)
korlátolt rekeszmozgás	3	(18 „)	14	(82 „)	14	(78 „)	4	(22 „)	2	37	(2.2 „)
homályos csúcsok	22	(32 „)	47	(68 „)	22	(78 „)	6	(22 „)	7	103	(6.0 „)
activ gümőkóros folyamat	4	(44 „)	5	(56 „)	5	(63 „)	3	(37 „)	—	17	(1.0 „)
Összesen:	302	(31%)	671	(69%)	458	(67%)	226	(33%)	50	1707	(99.8%)

A következő táblázatban a röntgenvizsgálat alapján csoportosítottam a hallgatókat, külön az I. és külön a II. félévben vizsgáltakat, aszerint: hány volt közöttük Moro-positiv és Moro-negativ. (L.: fenti táblázatot.).

Röntgenvizsgálattal tehát a hallgatók 39.4%-át teljesen egészségesnek találtuk. A köteges, ágazatos, tömött, terjedelmes hilust mutató hallgatók túlnyomó része is egészséges. 1%-ra rúg csak, akiken activ folyamatot találtunk, ami jóval az országos átlag alatt van. Eleinte, az I. félévben a hallgatók 31%-a adott positiv Moro-reactiót, míg a II. félévben 67%-a. Ennek az az oka, hogy az I. félévben a Merck-féle diagnostikus tuberkulin kenőcsöt alkalmaztunk, míg a II. félévben a bécsi serumtermelő intézetben készített dermotubint. A párhuzamos vizsgálatok azt mutatták, hogy a dermotibun kétszer annyi esetben mutatott positiv eredményt, mint az I. félévben használt tuberkulin kenőcs. Akiken a Merck-féle tuberkulin kenőccsel csak gyengén positiv reactiót kaptunk, azok dermotubinra ++, +++ erős reactiót mutattak. A debreceni klinikákon *Neuber* prof. vezetése alatt végzett vizsgálatokon a Moro + esetek száma egyetemi hallgatók közt 38.8%, ami megfelel az általunk használt gyengébb kenőcsnek. Feltünő jelenség, hogy a Moro + eseteknek az egészséges hallgatókon talált arányszáma a meszes gócokat mutató hallgatók közt sem növekedik, sőt még a határozottan gümőkórosnak minősített folyamatok mellett sem. Pedig azt vártuk, hogy a gümős fertőzésen átesett, tehát a röntgenvizsgálattal meszes gócokat mutató hallgatók közt, illetőleg a klinikai vizsgálattal megállapított gümős esetek közt viszonylagosan nőni fog a Moro + esetek száma.

A meszes gócok a tüdőben a következőképen helyezkedtek el. (A százalékszámok az összes hallgatókhoz viszonyított arányszámot mutatják.)

A meszes góc elhelyezkedése	esetben	százalékban
jobb tüdőmezőben	35	4.98
bal tüdőmezőben	32	1.87
mindkét tüdőmezőben	9	0.53
jobb hilusbar	68	3.98
bal hilusban	68	3.98
mindkét hilusban	219	12.83
Összesen:	481	28.18%

A táblázatban feltünő a meszes gócok nagy száma, különösen a hilusokban. Ez azért van, mert a meszes gócok közé az elsajtosodott és kötőszövetesen duzzadt nyirokcsomókat is felvettük, tehát minden, a röntgenernyő alatt élesen körülírt, keményebb árnyékot adó gócot. A mindkét hilusban symmetrikusan elhelyezkedő hilus nyirokcsomóduzzadások legnagyobb része nem gümős eredetü, mint az a gyermekgyógyászatból ismeretes. A féloldali hilusmirigyduzzadásokat és a tüdőmezőben elhelyezkedő gócokat azonban gümős eredetűnek kell tartanunk, mert a tüdőmező gócaihoz a legtöbb esetben az odavezető kötegek is jól látszottak. A táblázat érdekessége, hogy a jobb tüdőfélben sokkal több esetben szerepelnek meszes gócok, mint a baloldaliban. Ha a röntgenernyő alatti tüdőfeleket három részre osztjuk, ú. m. a felső részt az I. bordaközig csúcsnak, a II—IV. bordaközt középmezőnek és az V. bordaköztől lefelé alsó lebenynek vesszük, akkor a következőképen alakul a meszes gócok elhelyezkedése:

A meszes góc elhelyezkedése:	esetek száma:	
jobb csúcsban	33	28.2%
jobb középmezőben	14	11.9 „
jobb alsó lebenyben	36	30.9 „
jobb felső és alsó lebenyben	2	1.7 „
bal csúcsban	15	12.8 „
bal középmezőben	9	7.7 „
bal alsó lebenyben	8	6.8 „
Összesen:	117	6.85%

Törvényszerűség megállapításához még nagyobb számú esetre lenne szükségünk, de ez a táblázat is világosan mutatja, hogy a jobb tüdő alsó karélyában találunk leggyakrabban meszesedést, ami azt bizonyítja, hogy a fertőzés a légutakon jutott a tüdőbe, mivel minden kívülről a tüdőbe jutó idegen anyag praedilectiós helye a jobb alsó lebeny. A meszes gócok 73%-át a jobb tüdőben találtuk és 31%-át a jobb alsó lebenyben.

Activ tüdőgümőkórt 17 esetben állapítottunk meg. Ha azonban szigorúbban bíráljuk el az activitást, csak 12 esetben találunk határozottan activ folyamatot és 5 esetben inactivba hajló idült folyamatot. Ezeket azért vettem fel a táblázatba, mert kezelésben részesülnek. A 17 esetben, melyekben a tüdőelváltozás a legsúlyosabb, a túloldali táblázatban foglaltam össze:

Az activ tüdőgümőkóros hallgatók családjában egyszer sem szerepel gümőkóros betegség. A tüdőfolyamatok: 7 esetben acut infiltratum, 4 vizsgálatkor is tartó légmelltöltés és 6 eset inactivba átmenő folyamat. Az előzmény szerint 1 tudott róla, hogy köpete évekkel előbb Koch + volt, de mi egy esetben sem találtunk gümőbacillust a köpetben. A vérsejtsüllyedési reactiója e hallgatók 82%-ában 10 mm feletti, a labilitási próba 3 eset kivételével (82%) szintén positiv. A vérsavó refractio 11 esetben 60 feletti, ami megfelel *Darányi* ama megállapításának, hogy a magas refractiós érték gümőkór mellett bizonyít.

Inactiv tüdőgümőkórt 49 esetben (2.87%) vettünk fel. Ide soroztuk azokat a hallgatókat, akiknek kórelőzményében tüdőcsúcshurut szerepel és röntgenvizsgálattal lezajlott csúcs- vagy hilusfolyamatot mutattak. A hallgatók bemondása szerint 9-nek volt hilusfolyamata, kik közül 7 röntgenlelete is idült abortiv hilus-elváltozást mutatott. 7 hallgató adta meg, hogy légmellkezelésben részesült; négyük pleuraüregében találtunk is levegőt.

Valamennyi activ tüdőgümőkóros hallgatónk folyamata egyoldali volt, teljesen ép ellenkező oldallal. Az acut beszűrődések közül 4 nem tudott betegségéről, illetőleg más betegség ellen kezelték. *Neuber* egyetemi hallgatók közt 0.37% activ tüdőgümőkórosat és 6.03% inactiv tüdőgümőkórosat talált.

Az activ folyamatosak közül 7 hallgató 3—4 hónap múlva ellenőrző vizsgálaton jelent meg. 4 hallgató javult, 2 rosszabbodott, 1-nek a folyamata pedig válto-

Éves	Szülő fogl.	Anamnesis	Fizikális vizsgálat	Röntgen	Vérs. süly. mm.	Labilitás	Vérsavó refr.	Folyam. Moro r.
18	egyetemi tanár	—	B. csúcs röv. kopogt. és gyengült légzés	B. kulcs alatt tenyérnyi elmos. szélű homály	22	+	61.0	aktiv +
19	rendőr főtörzsőrmester	—	J. felső leb. érdes légzés, 1—1 ropogás	J. kulcscsont alatt pengőnyi tömött árnyék	22	±	61.1	aktiv +
20	ingatlanközvetítő	1 éve bronchitis	J. csúcs röv. kopogt. Néhány sipolás	J. kulcs alatt tenyérnyi terj. foltos, köteges	42	+	59,6	aktiv —
19	magántisztviselő	12 é. k. hilus mir. Másfél éve pnth.	B. tüdő felett légzés nem hallatszik	B. o. légmelltöltés. B. rekesz fixált	20	+	62.1	inaktiv —
19	állampénztári főtanácsos	18 é. k. csúcshurut	B. interscap. hangos, megnyúlt légzés	B. csúcs foltosan homályos	43	++	59.2	aktiv —
19	szobafestő	3 éve csúcshurut	—	J. tüdő felső egyharmada egyneműen árnyékolt. Rekesz alig mo-	55	++	60·6	aktiv +
19	városi műszaki tanácsos	16 é. k. csúcshurut	B. rekesz f. 3 ujj. tompa B. alsó lebenyben bronchitis	B. csúcs homályos. Retractio thor. l. s. Pleuritis, adhaes.	7	±	59·5	inaktiv —
21	postatakarékpénzt. számvizsgáló	14 és 21 é. k. csúcshurut	—	B. o. légmelltöltés. Felső leb. tömör képl. (c?)	26	+	63 6	aktiv —
22	orvos	—	—	B. kulcs alatt almányi tömött árnyék	35	±	62·6	aktiv ++
22	p. ü. főtanácsos	19 é. k. mellh. gyull. 21. é. k. csúcshurut	B. f. lebenyben ropogás, kishólyagú szörtyzörej	B. kulcs alatt pengőnyi, több elemből összetett árnyék	44	±	60·0	aktiv —
21	postatakarékpénzt. főtanácsos	2 éve csúcshurut	—	B. csúcs légszegényebb, pengőnyi tömött árnyék	37	+	58·6	aktiv —
24	műszaki tanácsos	17 é. k. csúcshurut, 20 é. k. óta pnth	J. alsó leb. tompa, légzés nem hallatszik	J. o. légmell. Fix. rekesz, kitöltött sinus	13	+ −	1	aktiv +
24	rendőr főtanácsos	16 é. k. óta tbc. 8 év előtt pnth.	J. tüdő felett gyengült légzés	J. f. lebeny, egyneműen homályos, Pleura callus	1	—	59·7	inaktiv +
23	gk. lelkész	influenzás	B. kulcs alatt röv. Érdes légzés. Szörtyzörej	B. kulcs alatt mogyorónyi infiltratum	68	++	65·6	aktiv +
24	községi tanító	18 é. k. tbc. pnth. kezelés. Koch +	Megnyúlt kilégzés	J. tüdőmező felső harmada fátyolozott	4	=	60·7	inaktiv +
22	kisbirtokos	17 é. k. pleuritis. 2 hónapja hátában szúrás	J. rekesz renyhébb	J. infraclav, almányi élesen körülírt árnyék. Infiltratum	73	+++	63·7	aktiv +
21	bankigazgató	Féléve tüdőbajos, azóta pnth.	J. alsó leb. felett tompa	B. o. légmellkezelés. Kevés exsudatum	3	—	59·3	inaktiv —

zatlan maradt. A folyamatokat nemcsak rötngenvizsgálattal, hanem a vérsejtsüllyedési és Darányi-féle labilitási próbával is ellenőrzitük. A vérsejtsüllyedést a Darányi-féle kalium-oxalatos eljárással határoztuk meg, mely érzékenyebb, mint a citrátos eljárás és így már a legkisebb kóros eltérést is jelezte.

Egyéb szervek gümőkórja közül a csont- és izületi gümőkór a következő számban fordult elő:

	esetben	százalékban
coxitis	6	0.35
csontcaries	4	0.23
spondylitis	2	0.12

Egy tibia caries és egy lábtőcsontcaries eset kivételével mind rég lezajlott, gyógyult folyamat volt. A coxitisesek közül 2 hallgatónak merev a csípőizülete. A szuvasodások a lábfejre és a tibiára localizálódtak. A spondylitisek közül 1 nyom nélkül gyógyult, csak évekig fűzőt hordott, a másik hallgatónak határozott púpja maradt vissza. Csontgümőkór után a Moro-reactio 82%-ban volt positiv.

A gerincoszlop elferdülése egyébként nem tartozik a ritkaságok közé:

	esetben	százalékban
skoliosis	214	12.53
kyphosis	51	2.98
lordosis	22	1.29
kevert	33	1.93
Összesen:	320	18.74%

Tekintettel arra, hogy legnagyobbrészt egészséges hallgatókat vizsgáltunk, kiken a legcsekélyebb elváltozás is feltünt, ezért a legenyhébb skoliosistól a súlyos kyphoskoliolordosisig minden esetet felvettünk. Nagyobb gerincoszlopelferdülés 8 esetben fordult elő (0.5%), de mint már említettem, csak 1 esetben volt gümős eredetű. A többi kórelőzményében részben angolkór szerepel, túlnyomó részben azonban csak physiologiás elhajlásról van szó. Ugyancsak angólkórra utalnak a mellkastorzulások is, mint:

	esetben	százalékban
pectus carinatum	4	0.23
tölcsérmell	15	0.87
astheniás mellkas	31	1.81

Bordaresectiót 5 hallgatón végeztek, valamennyit empyema miatt, de mellkas-alaki eltérést egy esetben sem okozott. 2 retractio thoracist találtunk kisfokú mellkastorzulással.

Egyéb szervek gümőkórja közül a kórelőzményben szerepel:

vesegümőkór	1 esetben
epididymitis tuberculosa	1 „
peritonitis tuberculosa	1 „
lymphoma colli	4 „
a szem gümőkóros elváltozása	2 „

Egyik hallgató fél veséjét, másik fél heréjét távolították el gümőkór miatt. A peritonitis nyom nélkül gyógyult. A lymphoma colli gyermekkorban fordult elő 4 esetben. Ezek közül egyet műtétileg távolítottak el, 3-nak a nyakán hegek látszanak és 9 hallgatónak vizsgálatakor volt mogyorógyi-diónyi nyirokcsomóduzzadása a nyakán. A szem gümőkóros elváltozásai közül az egyik lezajlott chorioiditis, másik könnytömlő-tuberculosis után visszamaradt heg.

Az 1937—38. tanévben vizsgált 1707 tudományegyetemi hallgató gümőkóros elváltozásai alapján ilyenformán a következő tanulságokat vonhatjuk le:

1. A gyermek- és serdülőkorban megállapított csúcshurutok felerésze (53.4%) nem jelentett gümőkóros fertőzést, mert sem röntgenvizsgálattal, sem a Moro-reactio, alapján ezt nem tudtuk kimutatni.

2. A Moro-positiv esetek száma nagymértékben függ a használt kenőcs minőségétől. A Merck-féle tuberkulinkenőccsel 31%-ban kaptunk positiv eredményt, a bécsi dermotubinnal viszont 67%-ban.

3. Nem növekedett tetemesen a Moro-positiv esetek száma azok között a hallgatók között sem, kiknek tüdejében meszes gócokat találtunk, sőt még azok közt sem, kiknek activ tüdőgümőkórjuk volt, csak akik csont-, vagy izületi gümőkóron estek át.

4. A tüdőmezőben talált meszes gócok közül 73% a jobb oldalon és 31% a jobb alsó lebenyben helyezkedett el.

5. A tüdőgümőkór activitásának megállapítására nagyon alkalmasnak találtuk a Darányi-féle kalium-oxalatos vérsejtsüllyedés és labilitási próba egymás melletti elvégzését. Az oxalatos vérsejtsüllyedés nagyobb érzékenységénél fogva igen hamar jelezte, hogy a szervezetben van valami kóros elváltozás, viszont a labilitási próba csak ott volt positiv, ahol súlyosabb, mélyrehatóbb elváltozást lehetett kimutatni.

6. Activ gümőkóros folyamat a hallgatók 1%-ában volt. Valamennyi zárt eset. A 17 activ folyamatos közül 4 nem tudott bajáról. Mindegyiknek acut beszűrődése volt. Ez az adat az egészségvizsgálatok jelentőségére is rávilágít, mert ezek a hallgatók betegségüket nem ismerve, illetőleg félreismerve, nem részesülhettek volna idejekorán kellő orvoslásban.

Syntestrin, a Richter-féle synthetikus oestrogen hormon, amely az idevágó biologiai és klinikai vizsgálatok szerint a természetes tüszőhormonnal minden tekintetben egyenértékű. Chemiai összetételére nézve 4,4'-dipropionyloxy-alfa-beta-diaethylstilben, amelynek 1 mg-ja kb. 10.000 int. egység tüszőhormon activitásnak felel meg. Indicatiói a csökkent petefészek-működés okozta genitalis és extragenitalis betegségek, tehát a-, oligo-, hypmenorrhoea, dysmenorrhoea, klimaxos zavarok, továbbá ovarialis eredetű bőrbetegségek. *Syntestrin* előnyei: a természetes tüszőhormonnál fokozottabb activitása, továbbá a tüszőhormonnál lényegesen olcsóbb ára. *Syntestrin* ampullánként 1 mg. hatóanyagot tartalmaz s adagolásának alapelvei megegyeznek a tüszőhormonéval. 5 ampullát tartalmazó doboz ára 5.— P.

Az Új Szent János-kórház orthopaediai osztályának közleménye. (Vezető főorvos: Horváth Boldizsár egy. m. tanár.)

Merev öregujj.

Irta: *Pap Károly dr.*, műtőorvos.

Az öregujj betegségei között nem egészen tisztázott kérdésként foglal helyet a merev öregujj (hallux flexus s. rigidus) kórképe. Ez lényegében az öregujj mozgáskorlátozottságából áll, mely a teljes merevségig fokozódhat. A betegséget először *Davies Colley* írta le 1887-ben, mint az öregujj fiatalkori hajlításos zsugorodását. Majd *Nicoladini* és *Ranneft* számolt be néhány esetről s ludtalp kifejlődésével hozta a merev öregujjat összefüggésbe. Hogy okozati elnevezést adjanak a kórképnek, „ludtalpkalapácsujj" kifejezést használták. Ez uttörő szerzők óta számosan tettek idevágó megfigyeléseket, mégis mind kóroktana, mind kezelése ma is nyilt kérdés.

Osztályunk eseteiről röviden beszámolunk abban a reményben, hogy a kórkép megvilágításához hozzá fogunk járulni. A betegség általában gyakrabban fordul elő nőkön *(Höltje, Hackenbroch). Waterman* összeállításában viszont férfiak szerepeltek nagyobb számmal. 24 esetünk közül 13 volt nő, 11 pedig férfi. A panaszok már fiatalkorban kezdődhetnek (15 év), azonban a kórkép rendszerint a második és harmadik évtized között alakul ki a maga teljességében. Az az időköz, mely az első járási kellemetlenségektől az orvosi vizsgálatig eltelt, fél évtől 12 év között ingadozott. Általában 2 év volt. A betegek egyrésze magának az öregujj alapízületének fájdalmai miatt keresett fel bennünket, melyek eleinte hosszabb járás után jelentkeztek. Este fokozódtak és az I. alapizület mérsékelten megduzzadt. A betegek másik része inkább a láb külső oldalára panaszkodott, mert már kimélte az I. alapizületet, mely a láb átgördülésekor fájt. Ezért a láb külső oldalán járva e helyen is jelentkeztek panaszok.

3 esetben volt kétségtelenül erőművi behatásra visszavezethető az öregujj alapízületének merevedése. Az erőművi behatás egyes szerzők kórelőzményében jelentős számmal szerepel *(Stönbeck* 33%). Azonban tekintettel kell lennünk arra is, hogy a betegek különös szeretettel igyekeznek panaszaikat erőművi behatással kapcsolatba hozni *(Höltje).* 2 esetben keletkezett Heine-Medin utáni lábszárbénulás miatt és 2 esetben a lábon kifejlődő és átterjedő gyuladásos, majd zsugorodó folyamat következményeként. A többi esetünkben (17) tisztán staticus okok szerepeltek a már említett jellegzetes tünetekkel. A betegek megvizsgálásakor megtaláltuk a két főtünetet, mely egyrészt az öregujj alapizületének merevségéből állott, másrészt az öregujj hátrahajlítási kisérletekor a betegek fájdalmat jeleztek. A merevség a lágyrészekben néha törékenységig fokozódhat annyira, hogy mikor pl. egyik betegünk öregujját altatásban hátrahajlítottuk, a lágyrészek aránylag kis erő kifejtésekor mélyen berepedtek.

Horváth Boldizsár főorvos úr hivta már fel a figyelmet arra, hogy a betegek lábalakja és a betegség kifejlődése között összefüggés van. Az un. „astheniás lábtypust" írta le, mely hosszú és keskeny, az öregujj a rendesnél szintén hosszabb s esetleg az utalsó perc kiegyenlítően felhajtott. Már a MÁV.-kórházban kezdett (1927) megfigyelései minden tekintetben igazolódtak; e szerint e lábforma a merev öregujj kifejlődésére különösen hajlamos.

Vizsgálatainkkor nem soroltuk az öregujj-bütyök (hallux valgus) később fellépő torzító izületi gyuladá-

sát és merevedését ide. Hogy ez hasonló eredetű, de mégis más elváltozás, azt mindjárt a *Schede* elméletéből (1'. lentebb) láhatjuk.

A röntgenképen az alapizület mérsékelt beszűkülését és a széli részek finom, csipkeszerű kihúzódását láthatjuk *(Hohman)*. Előrehaladt állapotban az izfelszinek egyenetlenné válnak, a széli részen túlburjánzás keletkezik. Vagyis előttnük áll a torzító izületi gyulladás képe. Saját röntgenfelvételeinken több esetben megfigyelhettük a *Hohman* leírta elváltozásokat, azonban olyanokkal is találkozunk, melyek a merevség ellenére a torzító izületi gyulladás nyomát sem mutatták. *Timmer* pedig többször azt találta, hogy az I. alapizület torzító gyulladása ellenére az öregujj egyáltalában nem volt merev.

Ilyen esetek vezettek arra, hogy az irodalomban kialakul véleményen kívül —, mely szerint a merev öregujj elsőleges torzító izületi gyulladás — még távolabbi okokra is gondoljunk. Előidézésében bizonyos izomgörcsöket és szalagos zsugorodásokat kell elsősorban felelőssé tennünk *(Clarke)*, melyek rendszerint, de nem szükségképen az I. alapizület torzító gyulladását eredményezik. Ha a porc rugalmasságának élettani határát az igénybevétel nem haladja meg, torzító izületi gyulladás nem fejlődik ki. *Schede* elmélete szerint a lábboltozat süllyedésekor az I. lábközépcsont szétterül, emiatt a hajlító izmok megfeszülnek. A feszülés fokozódása után a kimenetel kétféle lehet: vagy megmarad az öregujj eredeti helyzetében, megmerevedik és előáll a merev öregujj kórképe-, vagy az I. alapizületben oldalra tér ki, hogy a feszülés megszünjön és létrejön a hallux valgus. Ez alapon *Mau* 4 szakra osztja a kifejlődését: első szak az izomeredetű görcsös állapot, a második szakban a szalagok is zsugorodnak, a harmadik szakban kezdődik az izület eltorzulása, végül a negyedikben a nagyfokú merevség miatt a körömperc kiegyenlítően felhajlik. *Thomsen* 2 csoportba sorolta az okokat. Az elsőbe tartoznak azok az említett statikus-mechanikus zavarok, melyeket a túlterjelésre lehet visszavezetni. A másik csoportot a gyulladások és erőművi behatások alkotják, melyek tehermentesítés (nyugalombahelyezés) révén fejlődnek ki. Betegeink közül 17-nek túlterheléses alapon fejlődött ki, 7 tehermentesítés következményeként.

Mindezekből látszik, hogy a merev öregujj kóroktana még nem egységes, emiatt nyilvánvaló, hogy kezelése sem az. Ezért fordul elő az, hogy ugyanaz a műtét egyeseknek teljes javulást hozott, másoknak mitsem használt. Mind az irodalomban kialakult vélemény, mind saját eseteink tanulságaképen azt mondhatjuk, hogy a tartózkodó kezelés helyett jobban beválik a műtét. A kezdeti szakban *(Mau* I. és II.) eleinte a tartózkodó eljárással próbálkoztunk, melyek közül a következők jöhettek számításba: általános medikomechanikától eltekintve — gördülő cipő, melynek talpán elől harántul elhelyezett bőrléc van és ez az I. alapizület fájdalommal járó mozgatását kikapcsolja. Másik a talpbetét az öregujj alá elhelyezett fémtoldalékkal, mely az alapizületet szintén mereven tartja. Harmadik eljárás az öregujj altatásban megmozgatása és háti hajlításban rögzítése gipszben. Ugyanezt kíméletesebben, de hosszabb idő alatt elérhetjük quengelezéssel. Ezek közül többizben alkalmaztuk a gördülő cipőt és az öregujjmozgatást, azonban betegeink általában nem voltak megelégedve az eredménnyel. Emiatt a tartózkodó eljárásokat ma már inkább az utókezelésben, a műtéti eredmény biztosítására használjuk.

Műtéti eljárás sok van. Egységes eljárás még nem alakult ki. A használatos műtéteket 4 csoportba sorolhatjuk. Első csoportba tartozik a műtéti mintázás (modellálás) és az izület alakító ujraképzése (plasticai reconstructio), mely lényegében az izület és környékének megtisztítása. Másik eljárás az ékalakú csontkimetszés, mely végezhető: az I. alapperc háti oldalán, az I. lábközépcsont végi harmadán, vagy az I. ékalakú csont háti felszinén. Ezen ékkivésés előnye, hogy a beteg izület teljesen nyugalomban marad, mert a mozgáskör eltolódik. A csontrövidítéses műtétek közé tartozik az I. lábközépcsont fejecsének eltávolítása, az alapperc alapizületi harmadának eltávolítása, az I. alapperc teljes kiírtása és a teljes izület eltávolítása. Végül súlyosabb izületi eltorzulás esetében egyesek összecsontosodást idéznek elő és az öregujjat enyhe háti hajlításban rögzítik, hogy az átgördülésnek lényeges akadálya ne legyen.

Mi betegeinken az ú. n. csontrövidítéses műtéteket végeztük. Eleinte az alapizület végi részének eltávolítását, melyet *Brandes* 100 esetben végzett jó eredménynyel. Azonban azt kell mondanunk, hogy a mi eseteink nem mutattak olyan nagy százalékban tökéletes gyógyulást, ezért megkíséreltük az I. lábközépcsont fejecsének kiadós eltávolítását is; ez jobb eredménnyel járt. Az utóvizsgálatra berendelt betegeken alkalmunk volt a műtét után fél évtől 6 év múlva az eredményt ellenőrizni. Az esetek harmadában (33%) teljes gyógyulást, több, mint felében (63%) javulást találtunk. Egy esetben (4%) műtét nem segített és az öregujj merevsége kiujult, sőt fokozódott. Ez esetben gördülő cipőt rendeltünk. Azóta a beteg panaszai tetemesen csökkentek. E vizsgálatok folyamán főleg azokban az esetekben számolhatunk be gyógyulásról (vagy tetemes javulásról), melyekben az utókezelést (mozgatás, hő, stb.) korán megkezdtük és aránylag hosszabb ideig végeztük.

Ezért gyakorlati tanulságképen és egyben összefoglalásul azt mondhatjuk, hogy a jó eredmény szempontjából talán nem is annak volt jelentősége, hogy az alkalmazott két műtét közül melyiket választottuk, hanem inkább annak, hogy utána milyen korán és milyen hosszú ideig részesült a beteg gondos utókezelésben.

Bitestin, biologiailag standardizált herehormon készítmény, amely *testosteronon* (a tulajdonképeni herehormon) kívül egyéb, a testisben előforduló, a testosteron therapiás hatását lényegesen fokozódó anyagokat (ú. n. X-anyagokat) is tartalmazza. *Bitestin* egyaránt indicált a him nemi szervek csökkent működésén (neurasthenia sexualis, erectio-, gyengeség, klimax virile), a him nemi szervek fejletlensége (hqpogenitismus, infantilismus, pubertas retardata, stb.) esetén, valamint a sexualis eredetű bőrbajokban (pruritus senilis, acne vulgaris stb.) és a nőgyógyászatban (klimaxos, castratiós kiesési tünetek, mastopathia). Lényeges subjectiv javulás várható prostata hypertrophiában is. — Adagja naponként, vagy másodnaponként 1 ampulla intramuscularisan. 6 ampullát (á 1 ccm) tartalmazó dobozokban kerül forgalomba.

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

Bronchitis, laryngitis, pharingitis, pertussis, pneumonia, broncho-pneumonia eseteiben biztos hatású az *Expectin* cseppek. Egy üveg ára: 2.20 P. Gyártja: Diachemia Gyógyszerészeti és Vegyészeti Laboratorium, Budapest, VI., Teréz körút 27

A Pázmány Péter Tudományegyetem Ideg- és elmekórtani klinikájának közleménye. (Igazgató: Benedek László egyet. ny. r. tanár.)

A climax virile hormonkezelése.

Irta: *Fórizs Loránt dr.*

A női hormonok által elért gyógyeredmények magukkal hozták a férfi hormonok kutatásának felélénkülését is. Könnyebb volt a helyzet a női hormonokkal végzett kísérleteknél, mert az azok által létrehozott változások sokkal könnyebben ellenőrizhetők akár a méh-nyálkahártya-elváltozásokat véve alapul, akár magát a menstruatiót (állatokon az oestrust) stb.

Ezzel szemben a férfi hormonok kimutatására csak meglehetősen későn dolgoztak ki pontosabb eljárásokat. Ilyenek a kappan-taréj volumen-gyarapodásának, valamint emlősökön a prostata és vesicula seminalisok súlyának ellenőrzése. Talán nagyrészt ennek tulajdonítható, hogy a férfi-hormonok terén végzett eredményesnek mondható kutatások alig tízévesek.

Először here-kivonatokkal kísérleteztek, majd a kutatók igyekezete odairányult, hogy a női hormonokhoz hasonlóan megkíséreljék a férfi-hormonok kémiai elkülönítését, esetleg syntheticus előállítását. Első volt *Pézard* (akinek nevéhez az első physiologiai „test" kidolgozása is fűződik), akinek meglehetősen aktív herekivonatot sikerül előállítani. *Butenandt* és *Tschernigg* izolálták az első kristályos vegyületet vizeletből, amely hatást mutatott a kappan-taréj-kontrollnál.

1933-ban *Rusicka* és munkatársai a másik oldalról kísérelték megközelíteni a problémát. Sikerült nekik a cholesterinből származó epi-dihydrocholesterinből az oldallánc oxydatiós lebontása révén olyan anyaghoz jutni, amely *Butenandt* vegyületéhez teljesen hasonló hormonhatást mutatott. Eredményeit *Tschopp* is megerősítette. A további kutatások *(Tschopp* és *Laqueur)* azt mutatták, hogy a kristályos hormon még nagyobb hatást tud kifejteni, ha friss here-kivonattal együtt adják. Arra kellett következtetni, hogy van a herében valami ismeretlen anyag (x-substance), amely a hormon hatását elősegíti.

Miescher, Wettstein, Tschopp, másfelől *Deanesly* és *Parkes* kutatásai azt mutatták, hogy a kristályos hormon hatását az x-substance-hoz hasonló módon megsokszorozza az, ha zsírsavakkal együtt adják. Ezek közül leghatásosabbnak bizonyult a propionsavas esterificatio. A legmodernebb felfogás értelmében ezek a kombinatiók nem additionalis, vagy katalitikus hatásként fogandók fel, hanem minden valószínűség szerint a felszívódási viszonyok javítását célozzák.

Érdekes a kutatóknak az a megfigyelése, hogy azoknál az állatoknál, melyeknek heréjéből műhiba folytán egy kis darabka bennmaradt (a kísérleteket castrált állatokon végzik), a befecskendezett hormon nagyobbmérvű és hosszabban tartó hatást mutatott; ebből arra következtetnek, hogy a befecskendezett anyag lökésszerűleg secretióra serkenti a volumenükben és funktiójukban csökkent mirigyeket. Ez a megállapítás a therápiában nyer óriási jelentőséget, amikor is a legtöbbször arról van szó, hogy a csökkent endocrin működést ne csupán substitutióval orvosoljuk, hanem a meglévő functiókat mennyiségükben növeljük, a renyhe mirigyeket secretióra serkentsük.

Felhasználták a férfi-hormont a herék fejlődési anomáliáiban, vagy egyéb okból hiányzó heréknél jelentkező tünetek megszüntetésére, de ennél talán még szélesebb körben várható az alkalmazása a férfi-climax eseteiben. Mi olyan esetekben alkalmaztuk, amikor betegeinknél feltételezhettük, hogy a kórkép kialakulásában joggal tehető fel climaxos, involutiós tényező.

A férfi climax kezelését megkíséreltük csupán férfi-hormonokkal, pl.: Anrostinnal, Perandrennel, Testiculinnal, Erugonnal, ill. az egyes esetekben a férfihormonokon kívül még a legkülönbözőbb therápiát alkalmaztuk: pl. saját vér befecskendést, sedativ-, hydro-, hypno-, elektro-, láz-, munka-, Insulin-schok-therápiát, ópium, strychnin, Photodyn-quarz, Neurotonicum, Cortigen, Aktedron, Hydrocodin, Calcium, Antephysan, stb-t.

Illusztrálására kiragadok nagyobb számú eseteink közül néhányat az érdekesebbek közül:

Csak férfi-hormon kezelést kaptak és arra jól reagáltak:

1. G. P. L. 57 éves, nős.

Családi terheltség nem mutatható ki, évek óta nagyot hall. Életében már három depressiv szakasz fordult elő. Jelenlegi fázisa kb. 1 év óta tart. Előtérben somatikus panaszok vannak: gyengeség, fáradékonyság, gátoltság érzése. Vizsgálat alkalmával minden szempontból negativ, psychésen az anamnesisben említett panaszok lelhetők fel, melyeket a hangulat kifejezetten depressiós színezete kísér.

Th: 10 Androstin és 8 Perandren injectiót kapott, ezenkívül 3 doboz Androstin tablettát. Először a somatikus panaszok javultak, azonban a kezelés végére a hangulati panaszok teljesen elmultak.

2. P. D. 53 éves, nős.

Családi anamnesis negativ. Premorbide semmi kóros. Kb. 3 hónap óta nyugtalan, munkaképessége csökkent, szivtáji szorongásai vannak, impotens. Somaticusan teljesen negatív. Psychésen: nagyfokban gátolt, praecordiális félelem, szorongás.

Th: Perandren (8). A kúra végén teljesen jól érzi magát, szorongásai elmultak. Potentiája visszatért, munkáját kifogástalanul ellátja.

Csak férfi sexual-hormont kaptak és azzal közepes javulás volt elérhető:

3. K. I. 48 éves, nős.

Családi terheltség nem ismeretes. Hat évvel ezelőtt neurasthenia sexualissal állott kezelés alatt. Jelen panaszai 5 hónap óta állanak fenn. Lehangolt, álmatlan, impotens. Somatikus eltérés nincs. Psychés vizsgálatnál kiderül, hogy depressiójának középpontjában impotentiája áll, attól fél, hogy nálánál jóval fiatalabb felesége emiatt elfordul majd tőle. Ez a gondolat egész túlértékelt eszmévé fajul, miatta öngyilkossági tervekkel foglalkozik.

Th: 9 Androstin, 6 Perandren injectio, 1 doboz Androstin dragé. Potentiája visszatért, depressiója javul. Kezelés végén csupán kisfokú anxietas maradt vissza: jövőjével szemben bizalmatlan, visszaeséstől fél.

4. P. L. 49 éves, nős.

Családi terheltség nem ismeretes, anamnesisében semmi említésre méltó. Lehangolt, önbizonytalanságról panaszkodik. Psychés explorationál kiderül, hogy situativ momentumokra vezethető vissza a betegsége: fiatal feleség, aggályok a jövőre nézve potentiáját illetőleg, válási gondolatok.

Th: 9 Androstin, 6 Perandren injectió, 1 doboz Androstin dragé. Hangulata lassan javul, anxiósus beállítottsága eltűnik, magabizóvá válik. Javulása jelentős, de nem tökéletes.

A férfi sexual-hormonon kívül még más therápiában is részesült és tökéletes gyógyulást eredményezett:

5. E. P. 50 é. nős.

Heredítás negativ. Permorbide: ‚ideges", visszahúzódó, pedáns, „jó családapa". 6 hét óta konfliktogén lehangoltság, phobiák, anankasmusok. Somaticusan negativ. Psychésen: gátolt, szorongó, phobiák, anankasmusok, ceremoniák.

Th: Másodnaponként sajátvér és Perandren injectiók, sedativ és hypnotherápia. Állapota fokozatosan javult, kényszerei, szorongásai megritkultak, majd kivételes alkalmaktól eltekintve eltűntek. Távozása után régi munkáját ellátja.

6. P. L. 52 é. nős.

Családjában circuláris terheltség. 4 éve ideges, hamar kimerül. Utóbbi időben álmatlan, fáradtan ébred. Könnyen izzad, szédül. Csak a fal mellett tud járni, nem bírja a tömeget, a zajt. Munkája kimerítő és nehéz. Somaticusan:

negativ. Psychésen: lehangolt, gátolt, agoraphobiás. Fejfájások, opressio. Némi reaktiv és exhaustiv momentum kimutatható. Libidó csökkent.

Th: Lázkúra (7 Pyrifer), Photodyn-quarz (10), Neurotonicum inj., Perandren (6), ópium-kúra, persvaziv jellegű psychotherápia, fürdőkezelés.

Egy reaktiv jellegű kis visszaeséstől eltekintve fokozatosan javult. Kisfokú álmatlanságtól eltekintve teljesen panaszmentesen hagyja el a klinikát.

Férfi-hormonokon kívül még más gyógymódot is alkalmaztunk, mely ha tökéletes gyógyulást nem is, de erős javulást eredményezett:

7. Dr. S. I. 40 éves, nőtlen.

Családi terheltség nincs. Premorbide: „gátlások", hypochondriára, testsensatiókra való hajlam. Kisintenzitású libido és vita sexualis. 8 éves koráig enuresis. Sadismus nyomai. Jelen panaszok: insufficientia-érzés, és attól való félelem. Gondolatait kényszeresen leírja, kényszeresen kell visszaemlékeznie néha egészen lényegtelen dolgokra. Somaticusan negatív. Psychésen: az előzményben említettek mellett objektíve aktivitás-csökkenés, hypochondriára való hajlam, túlérzékenység, gyermekes beállítottság.

Th: sajátvér (10), strychnin, Perandren (18), fürdőkezelés, psychagógia. Kezelésünk alatt fokozatosan javult. Munkáját felveszi.

8. Sch. O. 65 éves, nős.

Diagnosis: Status post polyneuritidem, rudimenter Friedreich-ataxia, narkomania.

Családi terheltség nincs. Lehangolt, szorong, raptusszerű affectív megnyilvánulások. Psychiatriailag: depressió, részben endogen alapon, részben dyshormonismus következtében; symptomatologiailag involutiós mozzanatok is felfedezhetők.

Th: Photodyn, sajátvér, roboráló, sedatív kezelés, fizikо- és psychotherápia. Emellett Perandren (15).

Depressiója némi javulást mutatott, indulati kitörései ritkultak, intensitásukban csökkentek.

Férfi hormonokon kívül még egyéb therápiát is alkalmaztunk, de sajnos így sem tudtunk eredményt elérni:

9. R. F. 56 éves, nős.

Családjában circularis terheltség. Premorbide: hypomaniás szakok váltakoznak enyhébb lehangoltságokkal. Bejövetele előtt 1 héttel alkoholos excessus után zavart tudati állapot, majd depressio, táplálkozási negativizmus lépett fel. Somaticusan negatív, eltekintve az éhezési acetontól. Psychésen nagyfokban gátolt, érdeklődés és spontaneitás hiány. Konfliktusanyag a hivatalból. Öngyilkossági gondolatok.

Th: opium, Perandren, hydrother.

Lényegileg változatlanul hagyta el a klinikát.

10. Dr. Z. J. 54 éves, nős.

Apja öngyilkos lett. „Ideges" természetű ember volt mindig. Hat hét előtt nyugtalan lett, üldöztetéses, önvádlásos téveszméket kezdett hangoztatni; hangokat hallott, melyek őt vádolták. Somaticusan teljesen negatív. Psychésen: depressiós hangulat, súlyos szorongások, nagyfokú gátoltság. Tartalmilag: az említett téveseszmék.

Th: Sajátvér (10), Peradren (10), Antephysan és testis inj.-k. Emellett sedativ és hydrotherápia. Még jelenleg is kezelésünk alatt áll. Állapotában lényeges változás nem észlelhető. Szorongásai csökkentek, kijár a klinikáról sétálni, de a pathológiás tartalmak teljesen változatlanok.

Mivel az első kúra után a beteg visszatért, újabb kúrát kellett alkalmaznunk, erre tetemesen javult.

11. F. F. 51 éves, nős.

Pár hónap óta ideges, ingerlékeny, fáradékony, impotens. Utóbbi időben tönkremenéses téveseszméket hangoztat. Kezdeményezéstől fél, azonnal sírva fakad. Lényegtelen eltérések a szíven és a tüdőn. Psychésen: az anamnesisben említettek.

Th: sedatív és opium kúra, mely teljesen hatástalan maradt. Testiculin forte szintén nem hoz javulást. 4 Erugon inj. után tökéletes javulás. Pár hónap multán kisebb recidiva, melynek folyamán Perandren inj.-k (4) és Androstin dragéé-k. Teljes remissio, potentia kielégítő.

12. Dr. M. E. tisztviselő.

Anyja, 1 testvére, 1 apai unokatestvére elmebeteg. Premorbide: érzékeny, zárkózott, vasomotoros reactiókra hajlamos. Felvétele előtt 3 hónappal hivatali kellemetlenségekből kifolyólag lehangolttá vált, azóta gyanakvó, aktivitása csökkent, nyugtalan, álmatlan, öngyilkossági gondolatokkal foglalkozik. Hónapok óta impotens, nemi képessége már előzőleg is fokozatosan csökkent.

Somaticusan teljesen negatív.

Psychésen: súlyosan gátolt, környezetével szemben bizalmatlan; tönkremenéses és üldöztetéses téveseszméket hangoztat. Hangulata depressiós.

Th: másodnaponkint felváltva Perandren és sajátvér inj.-k, emellett sedatív-hydrotherapia. 10 injectio után lassu, fokozatos javulás, testsúlya 6 kg.-ot gyarapodott. Elbocsájtjuk.

Szorongásai és egyéb panaszai hamarosan visszatértek. Másodszor is felvesszük és opium, valamint Photodyn kúrát kezdünk, majd ennek hatástalansága után újra hormonkezelést. Állapota fokozatosan javul, feleségével rendszeresen hazajár. Végleges hazabocsájtása után egy hónappal felveszi régi felelősségteljes munkáját, melyet azóta is kifogástalanul ellát.

Amint látjuk, az esetek többségében a tünetek a depressióhoz állottak legközelebb. Tartalmilag az önvádlásos, elszegényedéses, hypochondriás téveseszmék voltak a legkarakterisztikusabbak. Azokban az esetekben, ahol a betegség nem haladta túl a neurosis határait, többnyire a kényszerek, phobiák, általánosságban pedig a psychoneurosisokra jellemző tüneti képek uralkodtak.

A climax virile, mint speciális nosologiai egység, hosszú ideig képezte tárgyát vitáknak. Már a mult század elején Halford ír a „climacteric disease of man"-ről, később *de Fleury* a „retour de l'age" kifejezést használva, szintén a „quarant et quelques annés" folyamán fellépő férfi-betegségekről szól. A századforduló környékén kulminált a vita: *Mendel, Marcuse* pro és nem kevesebb, mint *Wenckebach*, valamint *Hoche* contra.

Azok a szerzők, akik a climax virile létezését állítják, kieemlik a statisztikák azon adatát, mely szerint a férfiak halandósága a 45—55 évek során észrevehetően meghaladja a nőkét, majd később a női halandóság lassan megközelíti a férfi halandóságot. Ezek szerint egyenesen nagyobb jelentőséggel bírna a férfi életében a climaxnak megfelelő kor, mint a nőében. Viszont az is kétségtelen, hogy a nők körében sokkal nagyobb számban okoz átmeneti betegséget a menopausa. *Jacobi* és mások a tünettanban kiemelik a cardio-vasalis rendszer területén jelentkező tüneteket (hevülések) stb. psychopathologiailag pedig a félelemérzéseket. Ezek volnának a legjellemzőbb és majdnem sajátosnak mondható jelenségek a climaxos kórképben. Egyesek szerint jellemző, mások szerint feltünően hiányzik az, hogy a betegek összefüggésbe hozzák betegségüket a nemi életben beállott változásokkal.

Mi a magunk anyagában azt láttuk, hogy a climaxos korban jelentkező kórképekben a legszélesebb skálán jelentkeznek a tünetek. Többnyire a premorbid személyiség által meghatározott tényezők azok, melyek a qualitást meghatározzák. Az endogen terheltség mértéke az, mely a climaxos endocrin dysfunctio additionálása mellett a prognosist megszabja.

Amint látható, betegeinknél a hormont nem kizárólagos therapeuticumként alkalmaztuk, hanem sok esetben kaptak a betegek egyéb kezelést is. Ennek következtében megfigyeléseink nem értékesíthetők statisztikai megállapítások céljaira. Kétségtelen, hogy az elért eredmények nem mindig kizárólagosan a hormonkezelés javára tudhatók be, ha azonban a negatív esetekben viszont az anamnesticus adatokat szemmel tartjuk, azt látjuk, hogy az illetőknél nagyobbrészt súlyos circularis terheltséget lehet kimutatni. Ezek azok az esetek, melyekben az endogenitásnak van a legnagyobb szerepe a tünetek létre-

jöttében és a climax csak másodsorban hozható a betegséggel összefüggésbe.

Ezzel szemben több esetben — különösen minél szembeötlőbb volt a climaxos komponens szerepe — kétségtelennek látszik, hogy a hormonkezelés jelentékenyen elősegítette a tünetek javulását, megrövidítette a betegségi időtartamot és stabilizálta az elért eredményt. néhány esetben csak a hormon beiktatása után indult meg a javulás.

A hormon adagolásánál igen fontos az individualizálás. Irányelvként azonban befejezésül ismertetem az általunk alkalmazott adagolási eljárást: naponta háromszor kapott a beteg 1—2 Androstin tablettát és másodnaponta, — ritkább esetben naponta — 1 Androstin, ill. Perandren injectiót. A Perandrenből mi 5mg-os adagokat iniciáltunk, de egyes szerzők a 10, ill. 25 mg-os adagokat előnyben részesítik. Általában arra a megállapításra jutottunk, hogy a hormonkezelés sikeressége esetén a javulás rendszerint a kezelés második-harmadik hetében lépett fel.

A Pázmány Péter Tudományegyetem Elme- és Idegkórtani klinikájának közleménye. (Igazgató: Renedek Lánszló egyetemi ny. r. tanár.)

Ostitis deformans (Paget) a koponyacsontokon ideggyógyászati tünetekkel.

Irta: *Lehoczky Tibor dr.* egyetemi magántanár.

Pierre Marie és *André Léri* klasszikus közlésében (1913) a *Paget*-féle betegség neurologiai tüneteire csak néhány soros utalást találunk, de már ebben is ki van fejezve a lényeg: a koponyacsont elváltozás által okozott compressiós tünetcsoport, amely az agyalap csontnyilásainak szükítése és így az azokban lévő agyidegek nyomása által keletkezik.

E közlés óta eltelt 26 év alatt a Paget-betegség ideggyógyászati tünettana hatalmasan kibővült és azt különösen *Wyllie, Nonne, Grosz, Grünthal, Schrijver* munkásságának köszönhetjük. A klinikai kép legfontosabb vonását ma is a compressiós tünetcsoport teszi, de ezen belül annyira változatos, hogy ez teljesen megokolja az újabb esetek közlését. Azonkivül a betegség kórszármazása ma is teljesen tisztázatlan, sőt pathogenesisének megismerése és így osztályozása is csak a legújabb idők vivmánya.

Idevágó esetünk neurologiai szempontból irodalmi rítkaság, mert tünettanilag a 12 agyidegpár közül csak 4 maradt sértetlen, a többi kisebb-nagyobb fokban mind sérült.

36 éves, közepesen fejlett és táplált férfibeteg, aki leszámítva az 1918-ban elszenvedett spanyol infulenzát, 24 éves koráig egészséges volt. Akkor, tehát 1927-ben a bal fülére kezdett rosszul hallani, majd a nagyothallás másfél éve a jobb fülére is áterjedt. Kb. 10 hónapja nagyothallása fokozódott, a beszédet nem, vagy alig érti meg, sőt 9 hónap előtt 10—12 napig még hangokat sem hallott. E progresszive rosszabbodó hallászavaron kívül más panasza nincs.

Az *agyidegek* részéről egész sor elváltozást találtunk: a bal n. opticus sérülését igazolja a bal papilla decoloratiója, a b. n. oculomotoriusét a b. pupilla absolut merevsége, a b. trigeminusét az 1. és 2. ág hypaesthesiája és a b. cornealis reflex csökkenése, a jobb n. trigeminusét a j. nyelvfél elülső kétharmadának hypogeusiája; a bal facialisét a megfelelő szájzug paresise, mindkét, de főleg a bal n. octavus sérülését a centralis süketség és a vestibularisok kétoldali ingerelhetetlensége, a bal motoros vagusét az uvula balfelé deviatiója és a bal szájpadív elsimultsága, végül mindkét, de főleg a baloldali n. hypoglossus sérülését igazolja a kétoldali nyelvatrophia fibrillatióval és balfelé deviatióval.

Az agyidegek közül tehát csak az I., IV., VI. és XI. maradt egészen sértetlen, a III.-ból pedig a külső szemizmokat beidegző idegszálak. A II., III., VII., X. agyideg csak baloldalt, az V., VIII.,, XII. mindkét oldalt, de baloldalt erősebben sérült.

A laboratóriumi vizsgálatok közül kiemelem; a vér liquor, WaR negativitását, a liquor nagy sejtszámát ($^{64}/_{3}$) és fehérjetartalmát (112 mgm%), a globulin-reactiók positivitását, a liquorcukor és konyhasó nagyobb értékeit, a colloidgörbék kissé jobbfelé való kiszélesedését; a vérvizsgálatok közül: a lymphocytosist, a vérsejtsüllyedés fokozottságát, a vércalcium növekedettségét, amelyekkel szemben a vércholesterin, cholestester, phosphat és phosphatase rendes.

1. ábra.

A kórkép lényegére a koponyaröntgen világított rá, amelyen (l. 1. sz. ábrát) mind a boltozaton, mind a basison *Paget*-ra jellemző elváltozásokat találtunk. Mégpedig *a)* a *koponyaboltozaton* nemcsak az ú. n. fiatal Paget *(Erdheim)* felvilágosodási foltjait találjuk, amelynek lényegéről *Erdheim, Schüller* és *Weiss* élénk irodalmi vitát folytattak, hanem tömörülést, illetve csontvastagodását is, ami már előrehaladott kórfolyamatra utal. Ezzel teljesen megegyezik, hogy betegünk első panaszai 10—12 évre nyúlnak vissza. — *b)* A koponya *alapján* ugyan nem találtuk meg a *Marie-Léri*-féle convexobasie, ill. platybasie jelenségeit, viszont az elülső, de különösen a középső scala feltünően rövid, ami a clivus előre és felfelé tolódásával magyarázható, amint azt különösen *Grünthal* írta le. Ismert módon a koponya durvább alakbeli eltérései a betegségben azáltal keletkeznek, hogy a gerincoszlop mintegy benyomja a koponya alapját, úgyhogy emiatt a hátsó koponyarész szinte „lelógni" látszik. Ez a mi esetünkben is jól észlelhető. Ezenkívül a proliferatiós (dorsumvastagodás, sella bemeneti-szűkülés, stb.) és ritkulásos jelenségek (baloldali sziklacsont) mutatják a koponyabasisnak a folyamatban való részvételét. Az agyalapi nyílások röntgenológiailag ugyan nem mutatnak kifejezett szűkülést, mindössze az állapítható meg, hogy a bal foramen ovale a jobbhoz viszonyítva fedett. Minthogy azonban a nyílások kisfokú szűkülése Rtgen felvételen csak nehezen mutatható ki, az irodalmi adatokkal egyezően esetünkben is az agyidegek bántalmát minden valószinűség szerint a koponyacsontelváltozással kell kapcsolotba hozni.

Betegünk legkorábbi ideggyógyászati *tünete a nagyothallás*, amely a bal fülén 10—12 éve, a jobbon 1—$1^{1}/_{2}$ éve van meg. Jelenleg b. o. teljes süketség, j. o. az igen hangos beszédet csak elvétve érti meg, ugyanitt positiv Rinné. A centralis süketség ismert tünet a Paget-féle betegségben, *Pierre Marie* és *Léri* óta csaknem minden, a betegséggel foglalkozó klinikus észlelte: *Wyllie, Nonne,*

Schrijver, Lindsay-Perlman. Utóbbiak 25 esetből négyízben találták és szerintük a csontelváltozás vagy vezetési vagy ideges süketséget okoz, bár otosclerosis, mint kisérőtünet is lehetséges.

A többi agyidegek közül a nervus opticus (n. II.) sérülése szintén ismert klinikai adat: így *Wyllie* 3. és 4. sz. esetében említi a papillák strophiáját, illetve temporalis decoloratióját és hivatkozik *Paget, Coppez, Vergne* és *Watson* észleléseire. *Van Bogaert* 5 nemzedékre vonatkozó rendkívül érdekes megfigyelése szerint egy családban a perifer typusú chorioretinitis pigmentosa dominans gén módjára öröklődött a partialis Paget-féle betegséggel együtt. A 4. nemzedékben a két betegség „hasadt", az 5.-ben kihalt. *Van Bogaert* az erre vonatkozó irodalom átekintése után arra a következtetésre jut, hogy a két betegség (t. i. chorioretinitis és Paget) találkozása nem véletlen, hanem a kettő egyazon heredodegeneratiós csoportnak heterophän formája.

A n. oculomotorius, trigeminens, facialis sérülését gyakran találjuk feljegyezve, *viszont irodalmi ritkaságot jelent esetemben a n. hypoglossus laesiója,* erről egyáltalán nem találtam adatot. Az ezáltal okozott degeneratív nyelvsorvadás kétoldali, b. o. erősebben kifejezett. A n. X. sérülését (lágyszájpadbénulás) a gazdag casuistikus irodalomban csak *Grosz* említi. Végül megemlítem, hogy az esetek egy részében psychikus zavart is találtak, amint azt *Clegg* (1937) által összeállított irodalomból láthatjuk. Betegemen számbavehető psychikus eltérést nem találtam.

A laboratóriumi vizsgálatok közül a *liquor-elváltozás* ilyen fokban az irodalomban egyáltalán nem ismeretes: pleocytosis ($^{64}/_{3}$), összesfehérje (112), liquorcukor (93) és NaCl (998) szaporodás, +++, ill. ++ globulin-reactiók, colloidgörbe kiszélesedés, +++ schellack és *Takata-Ara* reactiók. Fokozott nyomást említ *Stauder, Schoen, Kalnin, Kron.* Közülük *Stauder* 1 esetben összesfehérjeszaporodást és positív *Nonne* reactiót, *Kron* +++ *Pándy*-reactiót talált. *Wyllie* 1 gerincoszlop *Paget*-ben *Froin*-syndromát észlelt. Esetünkben fokozott agynyomás nincs, igy a nem specifikus daganat-tünetcsoportot talán az agyhártyák és az agyállomány izgalmával, illetve nyomatásával lehet magyarázni.

A vérsejtsüllyedés észlelésemben fokozott volt (27, 43), ugyanezt találta *Lasch,* főleg egyik florid esetében. Ugyancsak megtaláltam az általa említett kisfokú lymphocytosist is.

Vércalcium: 11.2 mmg/%, tehát kisfokú emelkedés, ami nem jelent lényeges eltérést *Snapper, Lievre, Van Bogaert, Gutman-Tyson, Moehlig-Murphy* rendes adataival szemben. A vércholesterin, cholestester, szervetlen phosphat, phosphatase értékei teljesen ép viszonyoknak feleltek meg. Ezek közül a phosphatase rendes értéke azért meglepő, mert azt *Stewart-Dunlop, Gutmna-Tyson, Clegg, Moehlig-Murphy* erősen fokozottnak találták, sőt ez *Stewart-Dunlop* szerint egyenesen jellemző volna Pagetre.

A Paget-kór nosológiai önállósága az utolsó évtized vívmánya. *Ewald, Schmorl* 1926-ban még a Recklinghausen-féle ostitis fibrosával való azonosságát vitatta és *Schmorl* is csak 1931-ben foglalt véglegesen állást a két betegség kkülönbözősége mellett. E szerint a *Recklinghausen*-féle betegség a parathyreoideák működés zavarán alapuló általános csontvázbetegség, amelynek lényege az osteoporosis, cysta-képződés és az ú. n. barna tumorok. Viszont a Paget helyi csontbetegség, amelyben nincs cysta-képződés és barnatumor, viszont szövettanilag jellemző rá a *Salinger-Schmorl-f.* „mosaikstruktura", vagyis a beteg csontrésznek kis foltokban való felépítése és *Schmorl* szerint a csonthártya burjánzása. A betegség tisztázásához utóbbi években lényegesen hozzájárult a kórboncnokok és röntgenesek együttműködése *(Erdheim, Mayer-Borstel, Schüller, Weisz)* a főleg az ú. n. „fiatal Paget" képének Röntgennel és mikroskóppal való összehasonlítása.

A betegség lefolyása igen lassú, így érthető, hogy betegünket egy évvel később Röntgennel ellenőrizve, a csontelváltozást teljesen azonosnak találtuk. A klinikai kép az 1 év előttivel lényegben megegyezett, eltérést és egy bizonyos fokú progressiót jelentett: az Achillesreflexek kétoldali hiánya (1 év előtt kiválthatók voltak), továbbá a bal felső-középső hasreflex és bal cremasterreflex hiánya, azután hypogeusia mindkét nyelvfél elülső kétharmadán (egy év előtt csak baloldalt).

Paget-kór aetiológiája teljesen tisztázatlan. *Paget* (1877), majd *Looser* (1926, 1930), ismeretlen idült gyulladásos betegségnek tartották, de *Schmorl, Erdheim* ez ellen határozottan állást foglaltak. A különböző kóroktani lehetőségeknek (anyagcserezavar, lues, arteriosclerosis, hormonalis-zavar; mellékvesekéreg, hypophysis, stb.), éppúgy vannak hívei, mint ellenzői. Néhány esetben még metatraumás *Paget*-et is leírtak *(Léri-Legros, Cohn,* stb.). Tulapjdonképen csak azt a negatívumot tekinthetjük biztosítottnak, hogy a glandula prathyreoideának a *Recklinghausen*-féle ostitis fibrosával szemben semmi szerepe nincs *(Snapper, Leriche et Jung* etc.)

A bizonytalan ok érthetővé teszi az *orvoslás* sikertelenségét. Ujabban *Berman* 18 ízben nyers mellékvesekérget és magas calciumtartalmú diaetát adott és ettől 16 esetben javulást észlelt, de ezirányú utánvizsgálások még hiányzanak. A vitamin-kúrák haszna (elsősorban D-vitamin) éppúgy kérdéses, mint a *Moehlig, Murphy* és *Reynolds* által ajánlott lemért szénhydrat-diaeta (175—200 g), insulinnal együtt.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

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

Malaria pulmonalis alakja. *J. Fricer.* (Press. Med. 1939. 48.). Néhány olyan malariás esetet közöl, mely esetben a betegség csaknem kizárólag a légzőszervekre volt localisálva és az a nézete, hogy sok esetben a légzőszervi betegségek nem complicatiói a malariának, hanem annak elsőleges megnyilvánulásai. Diagnostikai szempontból három tényező fontos: a plasmodium jelenléte a vérben, a betegség promt gyógyulása specifikus gyógyszerekre és a typusos kórkép, melyre jellemző a magas láz, a rohamokban jelentkező erős száraz köhögés és a tüdőbeli elváltozással ellentétben álló physikalis lelet tünetszegény volta. A betegek a magas láz és a nagy pulmonalis infiltratiók ellenére igen frissnek érzik magukat, 2—3 napi chininadagolás után a kórkép nyomtalanul eltűnik. Ezekben az esetekben plasmódium praecox alakot találtak a vérben. (B. 39.)

Riedl Olivér dr.

A bronchoskopia jelentősége fel nem szívódott tüdőgyulladásban. *Mc. Gibbon* és *Baker-Bates.* (The Lancet, 1939. 22.) Az ismertetett esetekben klinikailag és röntgenvizsgálattal fel nem szívódott tüdőgyulladást állapitottak meg, de a közös ok tulajdonképpen bronchuselzáródás volt. Emiatt ajánlatos minden beteget, kinek a tüdőgyuliadás elmúlta után 2—3 hétre még panaszai vanak és ekkor a vizsgálati leletek fel nem szívódott tüdőgyulladást mutatnak, leg később 2 héten belül —, ha addig nem lesz panaszmentes, bronchoskopizálni. Magát a bronchuselzáródást különböző ok idézheti elő, ezektől s az elzáródás fokától függően a tünetek és a kórlefolyás különböző súlyosságú képet mutatnak. (B. 37.)

Erdős József dr.

Vastagbél bántalmakkal kapcsolatos lumbo-cruralis neuralgiák. *Brulé, Garban.* (Press. Med. 1939. 53.) Hosszú megfigyeléseik alapján összefoglalólag közölnek olyan plexus lumbalis zsábákról, melyek aetiologiáját különböző vastagbél betegségek képezik. Ilyenek: appendicitis, diverculitis, tbc. coeci és coecalis neoplasmák. Functionalis bélbántalmak esetében azonban sokkal gyakrabban észlelhetők, mint organikusokban. A fájdalmakra jellemző, hogy nem mindig ugyanazon helyen jelentkeznek, hanem felváltva egyik- vagy másik oldalon, néha a derektájra localizáltak, néha pedig csak a combokra. Lasègue-tünet mindig negativ, a láb hyperextensiója hátra azonban igen erős fájdalmat okoz. Neuralgiai vizsgálat az esetek többségében negativ eredménnyel jár. Izomtonus és izomerő, valamint az inreflexek és a villamosingerlékenység normalis. E neuralgiákat rendszerint 2-3 nappal hasi panaszok szokták megelőzni, de előfordulhatnak előrement bélpanaszok nélkül is. (B. 38.)

Riedl Olivér dr.

Angina pectorissal szövődött anaemia perniciosa. *Sidney Vatcher.* (The Lancet, 1939. 22.) Anaemia perniciósás betegen kin az aorta abdominalis elmeszesedett aneurismája állot fenn, angina jelentkezett. Az ekg. coronariaelzáródás képét mutatta. Erőteljes májkezelésre az anginás panaszok 3 nap alatt megszüntek és az anaemia javulásával az ekg. is javult, s 6 hónapi májkezelés után teljesen normalis lett. Szerző szerint bizonyos fokú coronariasklerosis állott fenn, mely míg a vér oxygenszállítóképessége normalis volt, nem tudott előidézni ischaemiát a szívizomban. Az anaemia perniciosa hatására az oxygenszállítóképesség csökkent és így anoxaemia fejlődött ki, melynek következtében jelentkeztek az angina klinikai és ekg.-tünetei. (B. 33.)

Erdős József dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

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

Placenta praevia kezelése a berlini Charité női klinika 10 éves poliklinikai anyagának feldolgozásában. *Herrnberger.* (Gebursth. u. Frauenhk. 1939. 4.) A berlini Charite női klinika placenta praevia eseteit dolgozza fel 1928—1938-ig abból a szempontból, hogy meddig mehet a gyakorló orvos a placenta praevia kezelésében magánházi szülések alkalmával. 10 év alatt 7378 szülésből 98 volt placenta praeviás, ami 1.3%-nak felel meg. A placenta praevia poliklinikai kezelésében az anyai élet szemmeltartása a lényeges. 60 polyklinikai eset közül anyai mortalitás 0%, magzati halálozás 38.3%, éspedig 10 Braxton—Hicks fordítás kapcsán, mind a 10 magzat, 3 metreurysis behelyezése mellett mind a 3 magzat, 17 burokrepesztés mellett 4 magzat, 6 fordítás + láblehozatal mellett 5 magzat, 24 spontanszülésből pedig 1 magzat halt el. A klinikára beszállított 38 placenta praeviás szülés közül 3 anyai halt meg éspedig 2 esetben incomplet méhruptura miatti elvérzés, 1 esetben pedig sepsis következtében. A magzati mortalitás 57.8% éspedig 11 Braxton—Hicks fordítás kapcsán mind a 11 magzat, 5 metreurisis alkalmazása mellett mind az 5 magzat, 5 burokrepesztés mellett 1 magzat, 4 fordítás + láblehozatal után mind a 4 magzat, 3 spontan szülésből 1 magzat és 10 sectio caesarea után pedig 0 magzat halt el. Összehasonlítva a klinikai és polyklinikai esetek eredményeit, a látszólagos klinikai roszszabb eredmények onnan magyarázhatók, hogy a polyklinikum statistikájában a mélyentapadó lepény esetei is bennfoglaltatnak. Ez eseteknek az összes esetekből történő levonása után a polyklinikai magzati halálozás 82.6, a klinikán pedig 60%. Az eredmények figyelembevétele mellett a szerző arra az álláspontra helyezkedik, hogy még a teljesen jólképzett gyakorlóorvos is csak végszükségletben vezessen magánkórházban placenta praeviás szülést. (B. 60.)

Babos István dr.

Petefészekteratoma positiv Ascheim—Zondek-reactióval. *Sbarcea.* (Zbl. f. Gyn, 1939. 17.) 27 éves O. P.-n 2 újjal a köldök fölé érő daganatot észleltek. 9 hónapja volt az utolsó rendes menstruatiója, azóta csak rendetlen vérzései voltak. Röntgennel magzati részeket kimutatni nem sikerült, az A—Z-r. azonban positiv volt. Az anaemiás beteget előkészítették a műtétre. Laparotomia alkalmával férfifejnyi sima felületű daganatot találtak, mely a bal ovariumból látszott kiindulni. Az eltávolított daganat szövetteni vizsgálata teratomát mutatott, melyben azonban elszórtan burjánzó chorialis elemeket találtak. A sejtek és a sejtmagvak változatos nagysága és alakja után ítélve malignus chorionepitheliomáról volt szó az ovarialis teratoma területén belül. Ezért a beteg röntgen és radiumkezelésben részesült. Azonban az A—Z-r. positiv maradt, sőt egyre fokozódott, s a végén már 1:300 higításban is positiv volt. Az asszony általános állapota egyre romlott, s 9 héttel a műtét után meghalt. A boncoláskor úgyszólván minden fontosabb szervben találtak daganatáttételeket, csak az uterusban nem. Az uterusban csak nekrotizáló endometritis volt kimutatható. Az áttételek szövettanilag és biologiailag is chorionepitheliomának bizonyultak. A szerző felveti a kérdést, hogy az eset primaer teratogen chorionepithelioma-e, vagy terhességgel kapcsolatos. Sem a műtétkor, sem a boncoláskor előrement terhességre utaló tünetet nem találtak, a terhességet még sem tudták egészen biztosan kizárni. A szövettani lelet azt a feltevést támogatja, hogy primaer, terhességtől független daganatról van szó. Amennyiben ez megfelelne a valóságnak, úgy a szerző szerint ez lenne az első felnőtt nőn észlelt primaer teratogen chorionepithelioma. (B. 63.)

Zsigmond Zoltán dr.

Koponyatartások aetiologiája. *Calkins.* (Amer. J. Obst. 1939. 37. 618.) Évekkel ezelőtt vizsgálat tárgyává kívánták tenni a koponyatartásokat, mikoris kiderült, hogy pontos statistikus összeállításokra anyaguk nem alkalmas, mivel a vizsgálatok legnagyobb részét fiatal orvosok végezték és ezeket tapasztaltabb szülészek sok esetben nem ellenőrizték. Elhatározták tehát, hogy a jövőben két tapasztaltabb szülész egyidőben történő vizsgálatai alapján fogják az egyes koponyatartásokat vizsgálatok céljára megbírálni. 2882 eset közül, melyeket vizsgáltak 109 esetet elhagytak a pontatlan vizsgálat miatt, 171-et pedig azért, mivel nem koponyatartásról volt szó. 2002 koponyatartás maradt végül is, melyeket jelen közleményükben dolgoztak fel. Az elbírálás céljából a vajudás legelején a nyilvarrat és kiskutacs viszonyát tekintették irányadónak. Ezek alapján anyagukban 863 bal occipitalis mellső, 649 jobb occipitalis hátsó, 332 bal occipitalis hátsó és 158 jobb occipitalis mellső koponyatartás fordult elő. Ez az érdekes eredmény szerzőt arra késztette, hogy a koponyatartások aetiologiáját újra vizsgálat tárgyává tegye. A vizsgálatokból kitünt, hogy főleg a hólyag teltségi állapota befolyásolja a beilleszkedést olyan irányban, hogy a gyakoriság szempontjából főleg a bal occipitalis mellső és a jobb occipitalis hátsó tartások a leggyakoribbak. Vizsgálatai alapján valószínűnek látszott ezek szerint, hogy a hólyag teltségi állapota inkább befolyásolja a koponya beilleszkedését, mint a kismedence bal térfelében lefutó rectum. Összegezve az összes mellső (1021) és összes hátsó (981) koponyatartásokat, kitünik, hogy azok előfordulási gyakorisága nagyjában egyforma. Ezek alapján úgy véli hogy a hátsó koponyatartást nem szabad olyan komoly rendellenességnek minősíteni, mint azt azelőtt tettük. (B. 67.)

ifj. Scipiades Elemér dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

Hurler-syndroma. *Berliner.* (Arch. of. Ophthalm. 1939. 6.). E syndroma *(gargoylism)* 3 esetében réslámpával vizsgálta a jellegzetes tejszerűen elhomályosodott szarút; a homály sárgás-fehér pontokból áll a mélyebb rétegekben. Egy boncolásra került esetben zsirszerű anyagokból állónak bizonyultak e rögök, melyek a lamellák közti orsószerű résekben helyezkedtek el. Hasonló lipoid lerakódás található a májban, lépben, hypophysis mellső lebenyében stb. A szemnyomás kétizben alacsony volt. Törpeség, cretinizmus és csontrendszeri zavarok esetén a szarú vizsgálata a korjelzésben nagy fontosságú. [L.: O. H. 17. (G. 61.)]

Grósz István dr.

Súlyos szarufekély kezelése sulfamiddal. *Bailey* és *Saskin* (Archives of Ophth. 939. 6). Adagolás az első napon 4 óránként 1 g szájon át; a 2. és 3. napon 5 g hat részletben, a 4. nap 4 g és a hét többi napján 3 g pro die. Ez biztosítja az 5—10 mg%-os vér-töménységet. 9 esetben (étetés, sérülés) gyors subjektiv és objektiv javulást ért el. A betegek helyi érzéstelenítő cseppet is kaptak. Jelentéktelen melléktünetek: olykor cyanosis, gyakran szédülés, étvágytalanság. (G 62.)

Grósz István dr.

Trachoma kezelése. *Sobhy bey.* (Kairói Szemészkongresszus.) A váladékozás ellen ezüstnitrát ecsetelés és a könnyutak rendbehozatala az első lépés. Kezdeti stádiumban 3%-os rézszulfát becseppentést ajánl. A tüszős és papillaris szakban (Tr. II. A és B) a mechanikus kezelés a lé-

nyeg. Scarifikálás után chaulmoograolajos dörzsölés következik; a követő heves reactio ellen forró borogatások majd jatrenes öblítések (1:5000). Az ismételt dörzsölések közt rézkezelés felváltva 1‰-es hydrarg. oxycyanattal. A hydnocréol (hydnocarpus olaj és kreosot) semmivel sem jobb a chaulmoogránál. A III. szakban található post-trachomás elmeszesedés és elfajulás *(Mac Callan)* ellen műtét. A chaulmoogra árját most a chininé követi. (chinin-oleat, kombinálva rézzel, kenőcsalakban). Pannus ellen: monopoláris diathermiás tűvel roncsolja el az ereket a limbusban. A peritomiát, ionisatiót elhagyta; az utólagos szarubeszűrődést 3—6% natrium taurocholát cseppel kezeli. A mély keratitis ellen ½% réz-sulfat kenőcs. A Sculco-f. por nem vált be. Tarsectomia javallata rítkán adódik. Szárazsági állapotban csukamájolaj vagy Vogan helyileg. (G. 63.)

Grósz István dr.

Szemhéjrák. *Martin.* (Archives of Ophthalm. 939. 6.) A Nek Yorki Memorial Hospital (rákkórház) 150 esetét dolgozta fel. 85%-ban volt sikeres az első kezelés, míg 70%-ban ezt meg kellett ismételni. 6% halálozás; valamennyi tüskéssejtű rák! Basalsejtű rák lassan haladva előre az ilyen beteg 30 évet is elérhet és más betegségben pusztulhat el. A kisebb kiterjedésű rák sugaras vagy műtéti kezelése egyforma eredménnyel jár. Nagyobb kiterjedés esetén sugaras kezelés a helyénvaló mig a legnagyobb alakok kombinált kezelésben részesítendők. A náluk divó radium spékelés (1.5 mc), röntben besugárzás (100 kv, szürő nélkül, néha fractionálva) és radon kontakt kezelés (szürés nélkül, üvegburában; β-sugárzás) részletes ismertetése. (G. 64.)

Grósz István dr.

Diaetás tényezők a vakság megelőzésében. *Kamek.* Kairói Szemész kongresszus 931.) Egyiptom lakossága mennyiség és minőség szempontjából hiányosan táplálkozik; ez szegénység és tudatlanság eredménye. Az A-avitaminosis keletkezését fokozza a számos és elterjedt bélbetegség (enteritisek, ankylostomiasis stb.). Ez a szembetegségek gyakoriságát elősegíti. Pontosan ellenörzött klinikai megfigyelések szerint az A-bevítel nemcsak a biztosan A-hiányon alapuló szembántalmakat gyógyítja (xerophthalmia, hemeralopia, száraz korpázó blepharitis), hanem egyéb szarú folyamatokat is kedvezően befolyásol; ilyenek szarúfekélyek és beszűrődések, phlyctänás szarufekélyek, stb. Az A-therápiát olykor B-concentratumok bevítelével egészíti ki, mely a bél fiziologia rendelkezésével az A felszivódását segíti elő. (G. 65.)

Grósz István dr.

ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

A fogak állapota radicalis állcsontöbölműtétek után. *Ruf.* (Der Hals-, Nasen- u. Ohrenärzt. 30. k., 4. f.,) Főleg fogorvosok részéről hangzanak el oly panaszok, hogy a *Calwell-Luc* és *Denker* műtétek után gyakran következik be a fogak szuvasodása és pusztulása. Ezt avval magyarázzák, hogy a műtét folyamán a felső fogakhoz haladó érző idegek és tápláló erek elpusztulnak. Szerző cáfolja ez aggodalmakat és kimutatja, hogy gondosan és kiméletesen keresztülvitt radicalis műtét után a fogak károsodást nem szenvednek. A vérellátás a bő anastomosisok miatt nem lesz rosszabb; a desensibilizált pulpa nem válik életképtelenné, sőt érzékenysége egy bizonyos idő mulva visszatér. (A .Z. dr. 57 sz.)

Ajkay Zoltán dr.

Adatok a submucosus septum-resectióhoz. *Döderlein.* (Der Hals-, Nasen- u. Ohrenärzt. 30. kötet. 4. füzet.) Alig van rhinologus, aki septum-resectio kapcsán ne okozott volna maradandó perforatiót a nyálkahártyán. A gyógyulás folyamán a nyálkahártya visszahuzódása következtében a nyilás még nagyobbodik. A septum perforatio kellemetlen következményei közismertek. A perforatio rendszerint akkor következik be, amikor a nyálkahártya leválasztása egyik oldalon már megtörtént és megkezdjük a másik oldali nyálkahártya raspatoriummal való leválasztását. Ezt elkerülendő, szerző a következő megoldást ajánlja: Ha átböktük a nyálkahártyát, ne dolgozzunk e helyen tovább, huzzuk vissza a raspatoriumot, csináljunk valamivel hátrább újabb metszést és abból kiindulva kezdjük el a nyálkahártya leválasztását. Mivel az átbökés helyén a mucosa szoros összefüggésben marad a porccal, nem tud retrahálódni és a nyilás magától záródik. Szerző több gyógyult esete igazolja az eljárás célravezető voltát. (A. Z. dr. 58 sz.)

Ajkay Zoltán dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

A csecsemőkori pylorus-stenosis és kezelése. *Lereboullet.* (Nourrison. 6. 1938.) Egy esetével kapcsolatban, ahol az apának és később 2 fiának pylorus stenosisa volt, tárgyalja a betegség azon tüneteit, amelyeknek segítségével gyorsan lehet a diagnosist felállítani. Szerinte a pylorus-stenosis 1. főleg fiucsecsemők betegsége, 2. a tünetek bizonyos tünetmentes időszak (5—15 nap) után jelentkeznek. (Kivételesen hamarább és jóval később (27 hónap) is kezdődhet a betegség), 3. böséges, súgárban történő hányás, 4. ehhez gyakran meconiumszerű székrekedés társul, 5. hirtelen vagy lassabban dénutrition fejlődik ki, ami atrepsiáig fokozódhat, 6. a has direkt vizsgálata révén *a)* epigastrialis tonusfokozódás, *b)* az epigastrium ütögetése nyomán peristaltikus hullámok válthatók ki, *c)* gyakran a máj alatt daganat tapintható ki. Biztos diagnosis esetén a gyomor bariumos röntgenvizsgálata mellőzendő. A korai műtét hive.

Wollek Béla dr.

A testi és szellemi fejlődés gyorsasága különböző laksűrűség mellett. *Bennhold-Thomsen.* (Mschr. Khk. 75.) A városi gyermek a falusihoz viszonyítva úgy testileg, mint szellemileg korábban fejlődik, tehát fejlődési acceleratiót mutat, vállalkozóbb, tehetségesebb, nyugtalanabb, élénkebb, vegetative stigmatizáltabb. Városi gyermeken a dentitio és a pubertas is korábban jelentkezik. A mostani városi gyermekeken szüleikhez képest is megállapítható a fejlődési acceleratio. A városi és falusi gyermek közötti különbségnek szerinte az a magyarázata, hogy az ilyen nyugtalanabb, tehetségesebb, fejlődésben accelerált egyének elhagyják a falut és városba költöznek. 2 városi szülő ezen alkati sajátságokat még fokozottabb mértékben adja tovább az utódnak. A városi élet ismert ártalmai még fokozzák az ellentétet a városi és falusi gyermek között. Figyelmeztet a népesség nagy városokba özönlésének káros következményeire. (Hozzászólásában Rietschel is elismeri az előadó felfogásának helyességét, azonban hozzáteszi azt, hogy a pubertáskori fejlődési acceleratio nem mindig jelent nagyobb tehetséget. A pubertaskorban szellemileg feltünően lassan fejlődő gyermekek sokszor a későbbi életben tehetségesnek bizonyulnak.).

Teveli Zoltán dr.

Bacillusgazdák vizsgálata fertőző betegségek alatt. *Kleinschmidt.* (Mschr. Khk. 75.) A typhus és partyphusbacillusgazdákat el kell különiteni. Már a háború alatt szerzett tapasztalatok bizonyítják, hogy a meningococcusgazdák elkülönítése nem gátolja a járvány terjedését. Olyan vörhenyreconvalescensek, akik háromszor egymásután str. haemolyt. szempontjából negativok voltak, még fertőzőképesek lehetnek. Vörhenyreconvalescensek bakteriologiai vizsgálatát feleslegesnek tartja. A diphtheriabacillusgazdák felkutatását gyakorlati szempontból csak a következő esetekben tartja jelentősnek: *a)* olyan intézetekben. ahol egymásután több diphtheria lépett fel. *b)* diphtheria reconvalescentia eseteiben csak akkor kívánja meg a háromszori negativ leletet. ha a reconvalescens zárt intézetbe. internátusba kerül, *c)* minden kórházi osztályon kutatni kell diphtheria-bacillusgazdák után. Diphtheriás és scarlatos beteget 4 hétnél előbb nem bocsát el a kórházból. (K. 91.)

Teveli Zoltán dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő.*

Amoebiasis cutis. *A. Touraine* és *R. Duperrat.* (Press. Med. 1939. 47. 1086.) Az entamoeba histolytica rendkívüli elterjedtsége ellenére a bőrjelenségek igen ritkák, mindössze 74 kétségtelen eset ismeretes. Felosztathatók a következőképen: I. Ráterjedéses eredetű amoebiasisok: *a)* amoebatályogok sebészi feltárása vagy spontan kiürülése után a környező bőrfelszinen létrejött elváltozások. Ide tartozik a legtöbb eset. Jellemző rá a felületes fekélyesedés, elhalás, sarjszövet oedemás zónával körülöltve. Az elváltozás fájdalmas, láz (40 C°-ig), leukocytosis kiséri. (10.000—20.000). *b)* Perianalis elváltozások. Olykor szintén tályog feltörése után keletkeznek. A folyamat az előbbinél enyhébb és lassabban fejlődik. A sarjadzás néha daganatra emlékeztet. II. Inoculatiós eredetű amoebiasisok. *a)* Bőrre localisálódó esetek. Lehetnek terjedő hajlammal bíró nagy fekélyek, melyek bőrtályog alakjában kezdődnek. Lehet a folyamat körülírt, sarjszövetképző, idült, vagy bőralatti tályog; *b)* A

férfi és női nemiszerveken jelentkezhet a folyamat. Genitalis fertőzésre utalnak az amoebás bubók is. III. Allergiás dermatosisok urticaria, pruritus stb. formájában. — Az amoebiasis kórismézéséhez feltétlenül szükséges az entamoebás histolytica kimutatása. A behatolási kaput a bőr sérülései és kórfolyamatai képezik a beteg cachexiás állapota elősegíti a baj kifejlődését. Főtherapiája az ementin, mely subcutan, súlyos esetekben intravenásan, 6-8 napon át naponta 2-szer 6-10 cg mennyiségben adagolandó. Néha kitünő hatású. Eredménytelenség esetén mgkisérelhető az elváltozás kimetszése (Sz. 81.)

Emődi György dr.

Torantillal orvosolt polymorph akne vulgaris két esete. *Chr. Doucas.* (Dermat. Wschr. 1939. 25.) Helyi kezelés nélkül csupán torantillal kezelte két betegét. 10—10 torantil-injectiót adott. Ennek hatására egyik esetben az akne teljesen eltünt, másik esetben újabb akne-s tünetek már nem jelentkeztek, de még friss gyulladásos hegek voltak láthatók. (Sz. 82.)

Nyáry Lenke dr.

A poikiloderma gyógyítása. *H. Fuhs.* (Derm. Wschr. 1939. 25.) 36 éves hivatalnoknő esetében körülírt területeken végzett határsugaras kezelésekkel (1200 r.; 600 r/min. 10 kVs, 20 mA, HWS = 0.25 mm. Zellophan, FHD = 10 cm, Siemens lágysugárcső és határsugárkészülék) sokkal jobb eredményeket ért el, mint az eddigi módszerekkel. Az egész testfelületre alkalmazott ilyen besugárzás csak csekély javulást eredményez. A helyi körülírt besugárzás csaknem normalis állapotot állít vissza mind klinikai, mind szövettani lelet tekintetében. (Sz. 83.)

Nyáry Lenke dr.

Photosensibilizáló anyagokról. *I. L. Sandler.* (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. 112. 2411. Az irodalomból összefoglalja a különböző belső- és külső photosensibilizáló anyagokat. Ezután két esetet ismertet. Az egyik eset három ízben állott kezelése alatt. Első esetben a felső ajak pigmentatióját okozta az ajakrúzs, második esetben az ujjakra cseppentett kölnivíz (No. 4711) helyén keletkezett zeg-zugos szélű pigmentatio, a harmadi kesetben, eosinophil festékkel festett, piros fürdőruhából az egyik lábon lecsurgó fürdővíz nyomán keletkezett vonalalakú festenyezettség A második eset banalis kölnivíz-pigmentatio leírása. (S. 84.)

Faragó László dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Der Tod als Freund. (A munka eredeti címe: Le livre de la mort douce.) Irta: *Georges Barbarin.* (Deutsche Verlags-Anstalt, Stuttgart-Berlin. 1939. 204 oldal.) Semmi sem biztosabb, mint az, hogy mindannyian meghalunk. Ez talán az egyetlen, amit földi életünkben biztosan állíthatunk. És mégis, a tudomány csak kevés felvilágosítással szolgál a halál mibenléte, lefolyása felől. Ezzel szemben a theologiai és metafizikai elgondolásoknak se szeri, se száma; de a halál mechanismusa felől csak sovány tudással rendelkezünk. *Barbarin* mondandóiban olyan módszert követ, amely az empiriás tények alapján egyedül lehetséges. Azoknak az egyéneknek önbeszámolóit közli, akik majdnem a „túloldalra" kerültek: akik súlyos szerencsétlenségnek majd hogy áldozatai lettek és csak az utolsó percben menekültek meg; vagy olyan súlyos idült betegek önvallomásait jelenteti meg, akik a halál közelségéből jókora ízelítőt kaptak. Ezenkívül lehetőleg objectiven vizsgálja és leírja a haldokló utolsó perceit. Ennek lefolyása azt a következtetést engedi meg, hogy a halál csak a kívülálló részére borzalmas, de azon embertársunknak, aki azt elszenvedi, tulajdonképen nem is jelent szenvedést. A halál valójában nem is félelmetes, csupán az emberek ruházták fel eme tulajdonsággal. A mindvégig szívdobogtatóan megírt, nagy adattárral rendelkező, szinte egyetlen hozzáférhető ilyen irányú munkát kartársaink figyelmébe ajánljuk.

Puder Sándor dr.

Fürsorgerische Beobachtungen über die Anfänge der Lungentuberkulose des Erwachsenen. *Kayser—Petersen* und *Grenzer.* (J. A. Barth kiadása, Leipzig, Tuberk. Bibliothek, 70. sz., 86 röntgenkép. 1939. Ára: 15 RM.) Az utóbbi évek folyamán a tuberculosiskutatást illető legfontosabb művek a gondozókból kerülnek ki és az itt nyert tudományos eredményeket a gyakorlati munkában hasznosítják. Az előttünk fekvő tanulmány az érdeklődés középpontjában álló problemák a felnőttkori gümőkór kezdetének kérdését tárgyalja és jellemző a problema aktualitására, hogy az utolsó esztendő folyamán ez a harmadik ilyen irányú monographia (L.: *Malmros* és *Hedwall* (O. H. (1939. 14) és *Bräuning* (O. H. 1939. 25.) könyvének ismertetést. A beteganyag hét csoportra oszlik: I. Korai beszűrődés (8 eset); II. Gyermekkori véruti szóráson és a Simon-féle csúcsgócok útján keletkező felnőttkori tüdővész (6 eset); III. Idősült tüdőcsúcsgümőkór (7 eset); IV. Izzadmányos mellhártyalob után keletkező tüdőgümőkór (5 eset); V. Bélfodri nyirokcsomógümőkór után fellépő tüdőtuberculosis (1 eset); VI. Tüdőkapuközeli gümőkór (1 eset) és végül VII. súlyos tüdőelváltozást mutató esetek (7 eset). Ezek alapján *Kayser—Petersen* csupán 35 esetre támaszkodik és így ez jóval kevesebb, mint a fentemlített két másik munkában feldolgozott anyag, másfelől nem is annyira meggyőző. Szerző a korai beszűrőlés tanát a tüdőgümőkór fejlődésében teljes mértékben igazoltnak látja. A Simon-féle egyes és csoportos csúcsgócok fellángolásából beszűrődések keletkezhetnek 7 csekély kiterjedésű csúcselváltozás közül 2 esetben beszűrődést látott kifejlődni. Hét súlyos tüdőelváltozást mutató esetben a kifejlődés fokozatait nem tudta nyomon követni és így nem állott módjában idejében azokat ártalmatlanná tenni. Ha a jelen munkából és a másik kettőből a gyakorlat számára leszűrni kívánjuk a tanulságot, akkor azt kell mondani, hogy igenis mód van arra, hogy a manapság még későn felderített tüdőgümőkór a szakorvos által korábban ismertessék fel és ezáltal a tüdővész kórjóslata lényegesen kedvezőbb legyen.

Puder Sándor dr.

HETI KRÓNIKA

Eduard Caspar Jacob von Siebold göttingeni szülészprofessor, akihez és *Scanzoni*hoz *Semmelweis* 1861-ben megkapó hangú nyílt levelét intézte, alapvető jelentőségű „Versuch einer Geschichte der Geburtshülfe" c. munkájában — *Baldinger* nyomán — érdekes, a XVIII. század szülészeti viszonyaira rendkívül jellemző beszélgetést közöl, amely a „kalapos király"-nak gúnyolt *II. József* magyarországi körútján a király és *Weszprémi István* között folyt le. *Weszprémi*, orvostudományunk és orvostörténelmünk örök büszkesége a fénykorát élő *Smellie* oldaláról — mesterének bizonyítványa szerint „fully instructed in all the different operations" — 1755-ben tért haza s mint Debrecen és a hajdúvárosok tisztiorvosa működött mindenkitől nagyrebecsülten 1799-ben bekövetkezett haláláig. Bizonyos, hogy különös előszeretettel foglalkozott továbbra is szülészettel és talán ez lehetett oka, hogy *II. József* az aulikus érzelmei miatt kedvelt *Weszprémi*től (neki *Rákóczi* csak „seditiosus princeps") éppen szülészeti gyakorlatára vonatkozóan érdeklődik: „Exercesne tu quoque hic artem illam et quo successu?" *Weszprémi* panaszosan említi az uralkodónak a magyar nők szégyenlős voltát és a férjek ellenkezését, aminek következtében csak ritkán hívják szüléshez: „Fatendum est ingenue, Augustissime Domine, me rarius ad parturientes vocari, ita enim sunt pudicae mulierculae nostrae, ut mares non facile admittant, nec patiantur sibi a viris auxiliatrices manus admoveri". Az uralkodó válasza: „Utinam non essent adeo pudicae!"

Weszprémi idejében a szülészet nálunk még majdnem kizárólagosan bábatudomány és talán épen az angol viszonyoknak a szomorú hazai állapotokkal egybevetése ösztönözte *Smellie* magyar tanítványát arra, hogy tankönyvet adjon a magyar bábák kezébe. Ezért fordította le a bécsi egyetem első szülésztanára, *Heinrich Johann Nepomuk Crantz* szülészeti tankönyvét, amely 1766-ban jelenik meg Debrecenben *Margittai István* nyomdájában „Bábamesterségre tanító könyv" címmel. Ha nem is tekinthetjük eredeti munkának, úttörő jelentőségét nem lehet elvitatni, hiszen az első magyar bábakönyv és a jólvégzett munka tudatában jogos önérzettel

írja *Weszprémi* is egy helyen „est liber in hoc genere omnium primus, quem Hungaria unquam viderat". *Weszprémi* fordítását követik 1772-ben *Dombi Sámuel* „Bába Mesterség", 1777-ben *Szeli Károly* „Magyar Bábamesterség" 1784-ben *Mocsi Károly* „A Bábamesterségnek Eleji" c. munkái és sohasem szabad elfelejtenünk, hogy mai modern szülészeti irodalmunk büszke épületének ezek az egyszerű könyvecskék képezik minden időkre az alapköveit.

(Érdemesnek tartjuk felhivni a figyelmet arra, hogy *Weszprémi*vel egyidejűen Debrecenben és környékén milyen sok, orvostörténelmi szempontból is nagy név viselője működött. Itt élt *Hatvani István* professzor, „a magyar Faust", akinek büvös képességeit „népmonda után" *Arany János* költeménye is megörökíti. *Diószegi Sámuel*, a magyar rendszeres növénytan megalapítója, *Fazekas Mihállyal* a „Magyar Füvészkönyv" szerzője, Göttingenben két éven át orvosi tanulmányokkal is foglalkozott. *Csapó József* a „Kis gyermekek isputalja" című első magyar gyermekgyógyászat és az „Új füves és virágos magyar kert" irója Debreczen város főorvosa. *Weszprémi* veje a hajdúkerület korán elhunyt orvosa, *Földi János*, a költő, akinek nevét irodalomtörténetünk mellett *Csokonai Vitéz Mihály* „Földi sirhalma felett" című költeménye őrzi, amelyben az igaz barát ad kifejezést fájdalmának a sírnál, amelyet „Hadház homlokján" „becsetlen puszta bogács" takar. „Bús a poéta-s orvosisten, jaj! Erato s Hygiene sorvad" írja *Csokonai*. Mint kevéssé ismeretes adatot említjük, hogy *Csokonai* „Tüdőgyuladásomról" című költeményében saját súlyos betegségét is megénekelte.)

*

A férfiak szülészeti tevékenységének kiindulópontját a legmegbizhatóbban *Ambroise Paré* korszakalkotó működésében kereshetjük, aki a lábrafordítást hosszú idők után újra bevezette. Érthető, hogy ez a nagyjelentőségű átalakulás, amelynek a szülészet mai fejlettsége is köszönhető, seholsem ment bizonyos nehézségek nélkül, amint az a szülészet történetéből ismeretes. A korra jellemző, hogy *Mauriceau* „De mulierum praegnantium et puerperarum morbis tractatus" c. művének egyik képe alá még szükségesnek tartja odaírni:: „haec figura pudicis oculis indecens videri potest" és a szülészet lekicsinylése érezhető ki *Bartholinus* kijelentéséből is: „obstetriciam artem nec exercui, nec exercere volo".

A férfiak szülészeti tevékenységével szemben sokáig még orvosi részről is megnyilvánult ellenszenvnek érdekes történelmi emléke *Philippe Hecquet* párisi orvosnak 1705-ben megjelent „De l'indécence aux hommes d'accoucher les femmes" című és *John Stevens* angol orvosnak német nyelvre is lefordított" Die Gefahr und Unsittlichkeit der männlichen Geburtshilfe und das Mittel dagegen" (Lipcse, 1860.) című műve. *Hecquet* történelmi példákra hivatkozva hirdeti, hogy az ujkeletű és jogosulatlan férfiszülészetnek nem lesz jövője, de nincs is rá szükség, hiszen az antik világ sem ismerte. *Hecquet* inkább csak megállapításokat tesz művében, az elkésett *Stevens* azonban gyilkos szenvedéllyel támadja a szülészeket és írásának szellemét kellően megvilágítja az első fejezet elé füzött következő mondat: „Wilde Thiere werden is Käfige gesperrt, aber der handwerksmässige Accoucheur, ein viel grausamerer Mensch, geht frei in der Gesellschaft umher". A szülészet fejlődése itélt mindkettőjök elgondolásai felett.

*

A szülész-nőorvos alakja gyakran szerepel a szépirodalomban. Könnyen érthető, hogy *Semmelweis* gigantikus alakja és tragédiája korán felkeltette maga iránt az érdeklődést s így a szülészet történelmi alakjai közül az első helyet foglalja el a szépirodalomban. A-érem másik oldalát, a visszataszító egyéniségeket is megtaláljuk, elég, ha *Zola* „Fécondité" című regényében Gaude doktorra vagy *Hans Heinz Ewers* „Alraune"-jában Geheimrath ten Brinken-re hivatkozunk. *Rehfisch* „Der Frauenarzt" c. szinművének központjában a magzatelhajtás kérdése áll és eredeti problémát fejteget *Graeser* 1910-ben megjelent hasonló című regényében a a főhős Dr. Western alakja körül.

Orvosi visszaemlékezések írói között nőorvossal alig találkozunk. Régibb időkből a bevezetőben említett *Siebold* „Geburtshülfliche Briefe" c. munkája és az amerikai *Marion Sims* „The Story of my Life" c. érdekes, de befejezetlenül maradt önéletrajza érdemelnek figyelmet. Az abdominalis totalexstirpatio-t 1878. jan. 30-án elsőizben végző *W. A. Freund* 1913-ban megjelent „Leben und Arbeit" c. munkája szerzőjének fenkölt lelki világából is sokat elárul, mig *A. Martin* „Werden und Wirken eines deutschen Frauenarztes" c. 1924-ben kiadott műve inkább irójának kiterjedt nemzetközi kapcsolatai és gyakori utazásai miatt érdekes, Martin egyénisége azonban szintén eltünik az események mögött.

Frederic Loomis amerikai nőorvosnak folyó év elején New Yorkban megjelent „Consultation Room" c. könyve tartalomban eltér az előbb felsoroltaktól. Könyvét két lányának — az egyik fiatal anya, a másik boldog menyasszony — ajánlja és benne nem saját nőgyógyászati ergographiáját irja le, de azokat az eseményeket, amelyek huszéves nőgyógyászati gyakorlata során lelkét leginkább megragadták. Lapjain örömteli jelenetek váltakoznak csendes tragédiákkal és írójának magas ethikai felfogása, ami könyvének sikerét is megmagyarázza, a mű végén egy mondatba összefoglalva is megtalálható: „I never deliver a baby, even yet, without a feeling approaching awe and reverence at the marvelous thing that happening under my hand." Az, aki ezt a mondatot leírta már kimerítette a jó orvos fogalmának nothnagel-i kritériumát és tudjuk, hogy — Óceánon innen és Óceánon túl — ugyanezt kell, hogy érezze minden jó szülész a szülés folyamatával szemben és ezen az érzésen az orvosi gyakorlat egyre szaporodó évei sem szabad, hogy változtassanak.

*

1844-ben fővárosunkban szülőnők felvételére az egyetem szülészeti klinikája mellett a Rókus-kórház szülészeti osztálya szolgált. Ez évben *Prohászka Ferenc* „helybeli sebész-szülészmester és belvárosi halottkém" kérvényt intézett a Helytartótanácshoz magán-szülőintézet engedélyezését kérve, hogy benne „azon szerencsétlen nőszemélyek, kiket a' balsors teherbeeséssel sujtott, a' világ szemei elől elvonulva, a' közönség epés gúnyaitól menten szülhessenek". A vállalkozás nem volt altruisztikus, mert *Prohászka* kifejezetten a „tehetősebb házakból való szerencsétlen nőszemélyeket" kivánta illő honorárium ellenében intézetébe gyüjteni, akik „családi viszonyaiknál fogva sem hon nem szülhetnek, sem köz szülő-intézetekbe nem mehetnek".

Prohászka bizva az engedélyezésben kérvényében már be is jelenti, hogy „nem is késett a' terézvárosi háromdobutczának külső részén 409. szám alatti egész házat terjedelmes kerttel 5 évekre bérbe venni" s azt „tetemes költségekkel" céljainak megfelelően átalakittatni. „Magány-Intézeté"-nek előnyei között kiemeli, hogy benne a szülőnők „rangjukhoz alkalmaztattva felosztott tágas és kényelmes szobákban s azok mellett létező élőfákkal s virágokkal diszlő terjedelmes kertben Orvosi s ügyes Bábai ápolás mellett" mindenféle veszélytől biztosítva lesznek.

Piskovich pestvárosi első rendes főorvos pártolóan terjeszti fel a kérvényt s talán ez volt az oka annak, hogy az optimista *Prohászka* a Helytartótanács válaszát meg sem várva a Pesther Tageblatt-ban is hirdette intézetét. A Helytartótanács „több fontos oknál fogva" mégsem járult hozzá az intézet engedélyezéséhez, de erős rosszalását fejezte ki *Piskovich* főorvos és *Szekrényessy* városkapitány előtt, akik *Prohászka* újsághirdetményét láttamozták.

Szekrényessy városkapitány a feddésre kijelenti, hogy „a' kérdéses, még soha tettleg senki által nem használt és tsupán megnyítási szándékkal volt Magány Szülőintézetet . . . időközben mind *Piskovich* városi főorvos urnak s az illető rendőri személyzetnek kíséretében, mind a' czimzett főorvos úr nélkül több izben véletlenül megtekintvén "azt tapasztalta, „hogy azon czélbavett magány intézet tettleg soha létre nem jött, s hogy az a' tévedésből korán kihirdetett szülési czélra nem használtatott". Ugyanekkor *Prohászka* „becsülete szent szavára nyilvánítja, hogy szándékolt intézetében sem akkoráig, sem azóta egyetlen egy terhes személy sem vétetett fel".

A háromdobutca 409. szám alatti házba ismét lakók költöznek be s ezzel véget is ér az első pesti magánszülőintézet története, amelyet a Székesfővárosi Levéltár okiratai őriztek meg a fentiekben napjainkig.

Korbuly György dr.

LAPSZEMLE

A „Lapszemlé"-ben ismertetett külföldi folyóiratok néha nem érkeznek meg lapzártáig, azért olvasóink szíves elnézését kérjük, ha ezeket a lapokat ilyenkor a legközelebbi számunkban ismertetjük.

Klinische Wochenschrift. 34. sz. *Säker G.:* Sulfanilamidek a meningitis epidemica kezelésében — *Huber H.:* Panmyelophthisises betegek családfavizsgálata. — *Herzog F.* és *Meurer H.:* Az érlökés hullámsebességének klinikai értékelése. — *Heinsius E.:* A diabeteses ideghártyamegbetegedés kóroktana. — *Glaser V.:* Készülék a légzőmozgások elektro-optikai regisztrálására: elektro-pneumograph. — *Magyar I.:* Terhelési kisérletek B1 vitaminnal. — *Brücke F.* és *Hueber E.:* Rákos áttétel eredményes kezelése colchicinnel és röntgensugárzással. — *Matzdorff P.:* Enyhe ulnaris neuritis albucid után B1-vitaminhány mellett. *Riebeling C.:* Új eljárás a liquor aetherben oldható alkatrészeinek meghatározására.

Münchener Medizinische Wochenschrift. 34. sz. *Müller H.* és *Seidlmayer H.:* Hatásos-e a serum diphtheria gravissima esetében. — *Schwarte W.:* Thallium-pormérgezésről. — *Brandt H.:* Idült traumás rekeszsérvek klinikája és diagnostikája. — *Engelhart E.:* és *Tscherne E.:* A női meddőség okai és kezelése. — *Bruns H.:* Az északitengeri fürdők ú. n. szigetbetegségéről. (Inselkrankheit). — *Diehl F.:* B-hypovitaminosisok megelőzése és gyógyítása élesztőconcentratumokkal. — *Weber F. W.:* Milyen álláspontra helyezkedjünk egy jövő háborúban a háborus neurosisban szenvedőkkel szemben? — *Mühlbächer W.:* Tinta- és másolóceruzasérülések. — *Theisz O.:* Egy új szénívlámpa. — *Kissinger Ph.:* A lábak epidermophitiájának kezelése. — *Krenn L.:* Sebkezelés besugárzott zsírokkal. — *Sachs W.:* Xenopus, a legújabb kisérleti állat a terhesség bizonyítására. — *Engelhart E.* és *Pischinger A.:* Röngensugár okozta emberi torzképződmény.

Deutsche Medizinische Wochenschrift 34. sz. *Bommer* A táplálkozástan és feladatai. — *Beck* és *Krieger:* Intracutanpróba „idophenollal" a C-vitaminháztartás vizsgálatára. — *Baatz:* Terhesség és rák. — *Batschwaroff:* A lépfene Bulgáriában és kezelése immunsavóval. — *Gminder:* B1-vitamin és lepra. *Hörstmann.* A vitalserum alkalmazása és javallatai. — *Wilhelmi:* Adatok a stomatitis ulcerosa alkalisáló kezeléshez.

Wiener Klinische Wochenschrift. 34. sz. *Isaji M.:* Gyomorrák különleges áttétele a májban. *Möschl H.:* Epehólyaghasfalsipoly. — *Dierichs R.:* A pneumothoraxkezelés kiegészítő eljárásai. — *Fuhs H.:* Bujakóros bőrbetegségek. — *Moritz E.:* A tuberculosis öröklésének kérdéséhez. —

Medizinische Klinik. 34. sz. *Kathe I.:* Iszapláz, aratásiláz, vízláz, földláz. Leptospira infectio. — *Kirschner M.:* Megjegyzések *Lehmann* prof.: A tetanus prophylaxis szükségessége c. közleményére. — *Lehmann:* Zárszó. — *Richner W.:* Intravenás narkosisokról. — *Erichsen F.:* Szülés alatti tünetszegény méhrepedés. — *Wilde H.:* Nem betegségek. — *Brandenburg R.:* Perphyllon, chinfortam, cormed. — *Dettmer:* Tricho-Esiderm. — *Hangarter:* Diaetás gyógymódok.

La Presse Médicale 66. és 67. sz. *Chiray M.* és *Chène P.:* Franciaországban félreismert amoebiasisról. — *Gjankovic H.:* Fedett gyomor- és patkóbéltáfúródás. — *Roch M.:* Baloldali hemiphlegia két esete. — *Chatagnon P.* és *Scherber P.:* Mentalis anorexia és sürgős kezelése. — *Descoust P. H.:* A Leriche-féle neuroglioma tünetcsoport.

The Lancet, aug. 26. *Az orvostanhallgató útmutatója.* Az egész szám az egyes egyetemek és kórházak beiratkozási feltételeiről és orvosképzéséről szól.

The Journal of the American Medical Association, aug. 5. *R. G. Taylor:* A lumbosacralis izületek anomáliái. — *L. P. Gundry:* Brómmérgezés. *H. N. Sanford:* Különböző kiegészítő táplálások az újszülöttkorban. — *A. Greenwood.* Gondolatok a praxisról. — *W. M. Brothby, C. W. Mayo, W. R. Lovelzce:* 100% oxygen az agyban. — *F. J. Schaffer, J. F. Shoul, R. H. Mitchell:* Darling-féle histoplasmosis.

VEGYES HIREK

Hindy-Szabó Sándor dr.

Budapest nyugalmazott tisztifőorvosának halála hírét jelentjük olvasóinknak szomorodott szívvel. Egyike volt a leglelkiismeretesebb, kötelességét mindig szigorúan vevő, amellett leghumorosabb orvoshivatalnokoknak. Reggeltőlestig hivatalának élt, sőt éjjel is habozás nélkül indult útjára a külvárosok, gyártelepek, pályaudvarok sötét eseteihez, ha a szükség úgy kívánta. Bár kitünő administrátor volt, mégis az jellemezte legjobban, hogy sohasem bízta a maga dolgát, a maga felelősségét másra, mindent maga akart látni és elintézni, ami rendkívüli, ami sürgős, vagy közveszélyt jelentő volt. A háború utáni bizonytalan állapotok alkalmával a sok fenyegető veszedelem, kiütéses typhus idején annak lefogása, isolálása, mind az ő érdeme volt.

Érdemeit lent és fenn egyaránt elismerik. A belügyminiszter az Orsz. Közegészségügyi Tanács rendes tagjává, Ő Felsége, még a világháború elején udvari tanácsossá nevezte ki, — de talán legbüszkébb arra volt, hogy a pécsi orvosi kar magántanárává habilitálta. Hosszú élettel ajándékozta meg a sors: 79 évet élt munkában és becsületben. Hálás emlékezésünk kiséri örök nyugalmába.

Szabadságon vannak: Budapestiek: *Benedek László dr.* júl. 4-től szept. 8-ig; — Szegediek *Baló József dr.* aug. 22-től szept. 26-ig.

Az Igazságügyi Orvosi Tanács tagjai. A m. kir. igazságügyminiszter *Boros József dr., Frigyessy József dr.* és *Orsós Ferenc dr.* egyetemi ny. r. tanárokat, valamint *Mutschenbacher Tivadar dr.* egyetemi r. k. tanárt, *Bézi István dr.* egyetemi r. k. tanárt, a Szent László kórház igazgató-főorvosát, vitéz *Szecsődy Imre dr.* egyetemi magántanárt, az Igazságügyi Országos Megfigyelő és Elmegyógyintézet igazgatóját és vitéz *Tátrallyay (Wein) Zoltán dr.* egyetemi r. k. tanárt, a Vöröskereszt Egylet Erzsébet-kórháza főorvosát az Igazságügy Orvosi Tanács tagjává az 1942. évi szeptember hó 3. napjáig terjedő időre kinevezte.

A III. nemzetközi ideggyógyász congressus f. évi aug. 20—25 között tartotta üléseit Kopenhágában a dán király védnöksége alatt. A fényes külsőségek között és mintaszerűen rendezett congressust a dán király nyitotta meg. Az üléseket a központi egyetem 100 év előtt épült termeiben tartották. (I. Christian király 1479-ben alapította.) A congressuson — a nemzetközi feszültség ellenére — kb. 450 activ és 150 passiv tag vett részt, s az északi országokon kívül szép számban voltak németek, franciák angolok és olaszok. Nagy sikere volt az Amerikában hivatalos tanulmányúton időző *Benedek László* prof: „Vegetativ agyközpontok"-ról szóló előadásának, amelyet *Juba* tanársegéd olvasott fel. Az örökléses bajok anatomiájáról *Schaffer Károly* prof. előadását *Miskolczy* szegedi prof. olvasta fel nagy érdeklődés mellett. Nagy elismeréssel fogadták *Miskolczy Dezső* prof. és *Lehoczky Tibor* egyet. magántanár előadását. *Lehoczky Tibor,* mint congressusi titkár a hivatalos teendőket is végezte. Szép sikerrel szerepeltek a Benedek-klinika tagjai *Horá-*

nyi és *Angyal* magántanárok, *Eszenyi Margit* és *Juba Adolf* tanársegédek. A szegedi klinikáról *Környei István* magántanár, Budapestről *Orbán Sándor* és *Zádor Gyula* tartottak elismeréssel fogadott előadásokat. A congressus legközelebbi helye Páris lesz 1943-ban.

Tudományos ösztöndíjakat 1939—40. tanévre a kultuszter a következőknek adományozta: belföldi ösztöndíjat nyertek (800 pengőt): *Berencsi György* orvosi kórtani, *Martin János* kórélettani, *Gerlóczy Ferenc* gyermekgyógyászati, *Korompai Imre* nőgyógyászati tanulmányokra; (400 P összeget): *Schmidt Gusztáv* kórszövettani, *Ács László* bakteriologiai, *Gresz Béláné, Zimmer Anna* gyógyszertörténeti, *Dziobek László* bőrgyógyászati, *Sarkady László* kórtani, *Berkovich Géza* sebészeti, *Bugyi Balázs* gyógyszertani tanulmányokra. — *A bécsi Collegium Hungaricumban* 1939—40. tanévre állami ösztöndíjat nyertek: a berlini Collegium Hungaricumban: *Pallós Károly* szülészet nőgyógyászati, *Martyn Róbert* gyermekgyógyászati tanulmányokra. Franciaországban állami ösztöndíjat nyertek egy-egy félévre: *Armentánó Lajos* belgyógyászati, *Cukrász Ida* szemészeti, *Wollek Béla* gyermekgyógyászati tanulmányokra. A „Mittel Europäischer Wirtschaftstag" ösztöndíját nyerték: *Bugyi Balázs* Göttingába orvoschemiai, *Fejes Katalin* gyermekgyógyászati tanulmányokra, továbbá amerikai csereösztöndíjat nyert: *Kliebert Gyula* biochemiai tanulmányokra.

---

202. 373/1939. XVI. B. M.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Magyar Szent Koronához visszacsatolt felvidéki területeken állami igazgatás alá került kórházaknál egy kórboncnok és laboratóriumi osztályos főorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A pályázati kérvényhez eredetben vagy hiteles másolatban csatolandók: 1. orvostudori oklevél, 2. szakorvosi képesítés, 3. állampolgársági igazolás, 4. születési anyakönyvi kivonat (keresztlevél), 5. a szülők és nagyszülők születési és házassági anyakönyvi kivonata, illetőleg keresztlevele és házasságlevele, 6. életrajzi adatok (curriculum vitae) és esetleges tudományos működés igazolása, 7. Magyarországnak a trianoni békeszerződés által megállapított területéről pályázóknál orvoskamarai tagság igazolása, 8. esetleges katonai szolgálat igazolása, 9. közszolgálatban nem állóknál fedhetetlen előéletüket, közszolgálatra való alkalmasságukat igazoló hatósági erkölcsi bizonyítvány, illetőleg új keletű tisztiorvosi bizonyítvány, 10. egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok.

A pályázók kérvényükben nyilatkozni kötelesek afelől, hogy közhivataloknál, közintézményeknél és közintézeteknél állandó javadalmazással járó orvosi képesítéshez kötött alkalmazást betöltenek-e vagy sem? Igenlő esetben az alkalmazó szervezetet és az élvezett összes járandóságok összegét meg kell jelölni.

Közszolgálatban álló pályázók a fentebb felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, az említett törzskönyvi lap (minősítési táblázat) hiteles másolatával igazolhatják.

Az állás betöltésénél, — amennyiben szakszempontból képzettségüknél és gyakorlatuknál fogva megfelelnek, — a 2.300/1939. M. E. számú rendelet) megjelent a Budapesti Közlöny 1939. évi február hó 26-i 47. számában) a 7. §-ában foglaltak értelmében — feltéve, hogy a közszolgálatban alkalmazáshoz szükséges követelményeknek megfelelnek — más jogszabályokban meghatározott elsőbbségi igényre tekintet nélkül elsőbbségi igényük van azoknak

a) akik az 1921. évi julius 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 visszacsatolt felvidéki területeken volt, állásukat azonban magyarságuk miatt minden ellátás nélkül elvesztették és azóta állandóan a visszacsatolt felvidéki 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 állomáshelye az 1921. év július hó 26. napján a visszacsatolt felvidéki területeken volt, állásukat azonban magyarságuk miatt minden ellátás nélkül elvesztették és Magyarországnak a trianoni szerződéssel megállapított területére költözve, itt a közszolgálatban sem elhelyezést nem nyertek, se ellátásban nem részesültek.

c) akik az 1938. évi november hó 2. napján a visszacsatolt felvidéki 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 1938. évi november hó 2. napján a visszacsatolt felvidéki területeken állandó lakhelyük volt, feltéve, hogy azóta is állandóan Magyarország területén laknak.

Az említett 7. §. hatálya alá tartozó pályázók képesítésüket az idézett 2. 300/1939. M. E. sz. rendelet 11. §-ának (1) bekezdésében foglaltak értelmében tartoznak hiteltérdemlően igazolni.

Ugyancsak hiteltérdemlően tartoznak igazolni azt is, hogy az említett kormányrendelet 7. §. *a), b), c), d),* vagy *e)* pontja hatálya alá tartoznak. Az esetleg idegen nyelven kiállított bizonyítványok hiteles magyar fordítása is csatolandó.

A meghirdetett állás — átmeneti létszámba tartozik és ezért az — a végleges létszám megállapításáig ideiglenes minőségű. Az állással általában az állami rendszerű VIII. fizetési osztályra nézve mindenkor megállapított illetmények járnak.

A 2.300/1939. M. E. sz. rendelet 7. §. (1) bekezdésének *a), b)* vagy *c)* pontja, továbbá a 8. §. (2) bekezdése alá eső pályázók ezen rendelet 13—19. §-aiban foglaltak figyelembevételével lesznek fizetési osztályba és fokozatba besorozva.

Felhivom a pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felbélyegzett pályázati kérelmeiket ezen pályázati hirdetménynek a „Budapesti Közlöny" című hivatalos lapban történt közzétételétől számított 15 napon belül hozzám címezve — közhivatalban lévők hivatali főnökük utján nyujtsák be. Az ezen határidőn túl beérkező és nem kellően felszerelt pályázatok nem fognak figyelembe vétetni.

Budapest, 1939. évi augusztus hó 19-én.

M. kir. belügyminiszter.

---

ad. 7903/1939.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatti bpest-lipótmezei m. kir. áll. elme- és ideggyógyintézetben megüresedett *alorvosi állásra* a belügyminiszter 200.936—1939. XVI. sz. rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Az alorvos javadalmazása az állami rendszerű X. fiz. oszt. 3. fokozata szerinti fizetés, továbbá az intézetben 1 szobából álló lakás, ingyenes fütés, világítás és I. oszt. élelmezés, mely utóbbiért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő.

A m. kir. Belügyminiszter Urhoz címzett és szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeket *1939. évi szeptember hó 26-án, 12 óráig* nálam kell beadni.

Elkésve érkezett vagy jelen hirdetményben foglalt feltételeknek meg nem felelően felszerelt kérvények figyelembe nem vehetők.

Az alorvos alkalmazása 2 év tartamára ideiglenesen történik s esetleg újabb 2 évre meghosszabbitható.

A kérvényhez csatolni kell: 1. hatósági erkölcsi, valamint a családi állapotot igazoló okmányt; 2. magyar honosságot igazoló okiratot, 3. az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet, 4. egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvet és szigorlati bizonyítványokat, 5. életleirást (curriculum vitaet), 6. közszolgálatra alkalmas szellemi és testi egészségét igazoló, új keletű tiszti orvosi bizonyítványt, 7. katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat, 8. különleges szakképzettséget igazoló okmányokat, 9. családi állapotot igazoló hatósági bizonyítványt, 10. Magyarországnak a trianoni békeszerződés által megállapított területéről pályázóknál az orvoskamarai tagságot igazoló új keletű bizonylatot; 11. a pályázók az 1939. évi IV. tc. értelmében a származásukat igazoló okmányokat is csatolni tartoznak.

A pályázók kérvényükben nyilatkozni kötelesek a felől is, hogy közhivataloknál, közintézeknél és közintézményeknél állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmaztatást betöltenek-e, vagy sem. Igenlő esetben, az alkalmazó szervezet nevét és az élvezett járandóságok összegét meg kell jelölniök.

Az a pályázati kérvény, mely az előző bekezdésben előírt nyilatkozatot nem tartalmazza vagy elkésve érkezett, figyelembe nem vehető.

Budapest, 1939. augusztus 23.

Zsakó dr. s. k.
a lipótmezei m. kir. áll. elme- és ideggyógyintézet igazgatója.

NOVATROPIN-CHINOIN

Sav és secretiocsökkentő, görcsoldószer

50-szerte kevésbé mérgező, mint az atropin!

Hosszas kezelésre és intravenás befecskendezésre is alkalmas!

Solutio (20 kcm.) - **Tabletta** (20 drb.) - **Injectio** (3 és 6 amp.)

Pulvis magistralis rendelésre.

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM SEBÉSZETI KLINIKA KÖNYVTÁRA

7370—1939. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló Gyöngyösi Alapítványi Közkórházban a belügyminiszter 259.967—1937. XVI. sz. rendeletével ujonnan rendszeresített kórboncnok-bakteriologus főorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása az állami rendszerű tisztviselők részére megállapított, a IX. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő fizetés, lakbér és családi pótlékkal van egybekötve. Előléptetés szempontjából a 300—1935. B. M. számú rendeletnek a nagyobb kórházak csoportjára vonatkozó intézkedései az irányadók.

Pályázati kérvények a Gyöngyösi Alapítványi Közkórház igazgatóságához címezve *f. év október hó 10-én déli 12 óráig* nyujtandók be. Elsékve érkezett pályábatok figyelembe nem vétetnek.

A választáskor előnyben részesül az a pályázó, aki a röntgenmunkák végzését és a röntgenlaboratorium vezetését is vállalja.

Pályázati kérvényhez csatolandó 1. születési anyakönyvi kivonat; 2. hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítvány; 3. az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevél; 4. egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok; 5. közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítvány; 6. magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítvány; 7. katonai szolgálatra vonatkozó okmányok; 8. különleges szakképzettséget igazoló okmányok; 9. az 5 évi kórházi gyakorlat és megfelelő szakorvosi képesítés igazolása (1300—1932. N. M. M. sz. rend. 10. §. 1. bek.); 10. curriculum vitae; 11. annak igazolása, hogy a pályázó nem esik az 1939. évi IV. tc.., valamint a 7720—1939. M. E. sz. rendelet korlátozó rendelkezései alá.

Az állás a választás jogerőre emelkedése után foglalandó el.

Gyöngyös, 1939. augusztus 24.

Wiltner Sándor dr. s. k.
igazgató-főorvos.

Lapunk mai számához a Chinoin gyógyszervegyészeti gyár rt. Ujpest, *Bilagit*-ról szóló ismertetését csatoltuk.

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.

Frontátvonulások és kisérő jelenségeik augusztus 22—28. között. Ezen a héten is számos front érkezett. A frontok fejlettsége eleinte gyenge volt, az utolsó napokban azonban már fejlettebb frontok is gyors egymásutánban vonultak át. A frontátvonulások részletes adatai az alábbi táblázatban találhatók:

Átvonulás ideje Budapesten			A front fajtája	Fejlettsége	Kisérő eseményei
hó	nap	óra			
Augusztus	22	5	Betörési	Gyenge	Szélélénkülés 5 m/mp. és légnyomásugrás.
	22	11	„	„	Néhány széllökés 7 m/mp.-ig.
	22	19	„	„	Cumulus Castellatus-felhők, közeli záporeső.
	22	21	„	„	Szélcsend után egy hirtel. szélroh. 6 m/mp.
	23	6	„	„	Élénk postfront. szél egész nap, 8 m/mp.
	25	3	„	„	Szélcsend után hirtel. szélroh. 5 m/mp.
	25	6	„	„	Felhőátv. uj széllökések 7 m/mp.-ig.
	25	17	Felsikl.	Mérsék.	Praefront. borulás 8 ó.-tól, kevés eső.
	25	19	Betörési	Gyenge	Kis zápor, szélélénk. 6 m/mp.
	26	0	Felsikl.	Mérsék	Praefront. eső 1 mm. szélfordulás.
	26	10	Betörési	„	Távoli zivatar, szélrohamok.
	27	11	Felsikl.	„	Kevés praefrontalis eső
	27	14	Betörési	Erős	Rövid zivatar 5 mm. Kőbányán 21 mm.
	27	21	„	Mérsék.	Kis zápor, hirtel. szélroh 9 m/mp.
	28	7	„	„	Rövid zápor, légnyomásugrás.
	28	13	„	„	Kis zápor.
	28	16	„	Gyenge	Kis szélélénkülés.

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.

ORIZA

Krompecher, Budapest, V., Nádor-u. 15

a rizs tápanyagait változatlan mennyiségben tartalmazó

száritott rizsnyák

melyből a csecsemőgyógyászatban tejhigitásra és gyógytáplálékul használatos rizsnyákoldatok percek alatt elkészithetők.

RENDELHETŐ: Közgyógyszerellátás, Bányatárspénztár és MÁV terhére.

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.

Magyarországon 1939 augusztus 20-26-ig bejelentett hevenyfertőző megbetegedések (Mb.) és halálesetek (Mt.)

Törvényhatóságok.	Lakosság	Typhus abdominalis		Paratyphus		Dysenteria		Diphtheria		Scarlatina		Mening. Cerebrosp. e.		Poliomyelitis ac. ant.		Anthrax		Morbilli.	Varicella	Pertussis	Influenza complic	Malaria	Typhus exanth	
		Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mb	Mb	Mb	Mb	Mb	Mt.
1. Abaúj-Torna	157.551	8	1	—	—	1	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	8	—	2	—	—
2. Bács-Bodrog	115.387	5	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
3. Baranya	251.803	3	—	1	—	1	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	19	—	1	—	—
4. Bars és Hont	145.389	2	—	—	—	—	—	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
5. Bereg és Ugocsa	162.173	9	2	—	—	13	—	3	—	3	—	—	—	—	—	1	—	8	—	1	—	38	—	—
6. Békés	339.708	9	—	—	—	9	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	3	—	—
7. Bihar	183.857	4	—	—	—	5	1	6	—	2	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	4	—	—
8. Borsod	298.610	3	—	1	—	7	2	—	—	6	—	—	—	—	—	1	—	—	1	3	—	6	—	—
9. Csanád-Arad-Torontá	174.715	4	—	—	—	5	1	1	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	5	—	—
10. Csongrád	147.834	3	—	—	—	4	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	5	1	2	—	3	—	—
11. Esztergom	101.932	3	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12. Fejér	230.967	10	—	—	—	11	1	1	—	2	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—
13. Gömör és Kishont	104.459	2	—	—	—	2	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—
14. Győr-Moson	157.476	2	—	—	—	1	—	1	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—
15. Hajdú	183.748	4	—	—	—	3	1	6	—	—	—	—	—	4	1	1	—	1	1	—	—	2	—	—
16. Heves	324.836	7	—	—	—	6	1	1	—	3	—	—	—	1	—	1	—	—	—	8	—	4	—	—
17. Jász-Nagykun-Szolnok	426.074	10	1	—	—	8	1	2	—	1	—	—	—	—	—	1	—	2	1	—	—	2	—	—
18. Komárom	287.234	7	—	1	—	2	—	5	—	9	—	—	—	—	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—
19. Nógrád	256.727	13	—	—	—	3	—	1	—	5	—	—	—	—	—	—	—	12	—	2	1	1	—	—
20. Nyitra és Pozsony	190.811	8	—	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
21. Pest-Pilis-Solt-Kiskun	1.503.136	43	1	1	1	24	1	15	—	49	—	—	—	1	—	—	—	1	2	11	1	3	—	—
22 Somogy	391.883	7	—	1	—	2	—	2	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	4	1	9	—	—
23. Sopron	141.863	2	—	—	—	3	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	—	—	—	—
24. Szabolcs	429.614	13	2	—	—	10	2	5	1	9	—	—	—	4	—	—	—	14	—	8	—	10	—	—
25. Szatmár	137.494	2	—	—	—	7	—	1	—	—	—	—	—	—	—	4	1	6	—	6	—	65	—	—
26. Tolna	264.410	8	—	—	—	4	1	1	1	13	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	2	—	—
27. Ung	73.269	5	—	—	—	1	—	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	23	—	—
28. Vas	271.102	2	—	2	—	—	—	3	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	2	—	—
29. Veszprém	249.509	7	1	—	—	29	3	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—
30. Zala	370.132	7	1	1	—	7	2	1	1	3	—	—	—	—	—	1	—	2	1	4	—	67	—	—
31. Zemplén	198.948	6	—	1	—	8	—	1	—	3	—	—	—	—	—	3	—	5	—	1	—	27	—	—
I. Baja	31.644	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1 067.124	17	2	1	—	17	2	3	—	33	—	1	—	2	—	—	—	20	7	25	—	—	—	—
III. Debrecen	127.817	1	—	—	—	—	1	—	—	2	—	—	—	5	2	—	—	—	—	4	—	—	—	—
IV. Győr	51.115	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.076	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
VI. Kassa	58.082	1	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	2	—	—
VII. Kecskemét	83.559	8	—	—	—	1	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
VIII. Komárom	25.186	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IX. Miskolc	67.373	4	—	—	—	10	1	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
X. Pécs	73.204	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	1	—	—	—
XI. Sopron	35.974	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XII. Szeged	140.671	4	—	—	—	5	—	4	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	—
XIII. Székesfehérvár	42.253	2	1	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XIV. Ungvár	22.986	3	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—
KÁRPÁTALJA																								
a.) Ungi közig. kirend.	*	—	—	—	—	—	—	1	—	7	—	—	—	—	—	1	—	—	—	15	—	17	—	—
b.) Beregi „ „	*	7	—	—	—	40	6	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	5	—	4	—	5	—	—
c.) Máramarosi „	*	12	1	—	—	27	4	6	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	—	—
Összesen:	10.110.543	283	15	10	1	276	33	106	5	216	—	1	—	24	4	17	1	90	17	169	4	326	—	—

*) A lakosság számának megállapítása folyamatban.

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

83. évfolyam. 36. szám. Budapest, 1939 szeptember 9.

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:

Nagy Imre: A pankreas-fermentum sebgyógyító hatása (873—875. oldal.)
ifj. Nékám Lajos: Budapesti ikreken végzett örökléstani vizsgálatok dermatologiai vonatkozásai. (875—877. oldal.)
Melcher Károly: Kiterjedt II.-fokú égés belső kezelése. (878—879. oldal.)
Korányi András és **Szenes Tibor:** Kallikrein a gyomornedvben. (879—881. oldal.)
Móritz Dénes: Alkaptonuria. (881—882. oldal.)
Irodalmi szemle. Könyvismertetés: (882—884. oldal és a borítólap III. oldalán.)
Lapszemle. Vegyes hírek (a borítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

A pankreas-fermentum sebgyógyító hatása.

Irta: *Nagy Imre dr.*

A rossz, vagy semmi gyógyulási hajlamot sem mutató fekélyek gyógyítása egyike az orvos legtöbb türelmet és találékonyságot igénylő feladatainak. A lábszárfekélyek jórésze ilyen. E betegség többnyire visszeres lábakon fejlődik ki, s a varixok obliteratioja, vagy lekötése — bár sokszor elengedhetetlen feltétele a gyógyulásnak —, nem hozza meg mindig a várt eredményt. Többnyire szegény emberek betegsége, akik dolguk miatt nem pihenhetnek. Legnagyobb részük azért nem gyógyul, mert képtelen időt, vagy alkalmat találni arra, hogy intézeti osztályon feküdjék. Alig van olyan lábszárfekély, amely kellő pihentetés esetén is gyógyíthatatlan lenne, s ha mégis akad ilyen, annak a helyi okon kívül rendszerint súlyosabb általános betegség (decompensált szívbaj, vese-, májbetegség, cukorbaj stb.) az oka. Sajnos a régi életmód felvétele után a fekély igen sok esetben kiújul.

A fekélyek hámosítására és sarjasztására a gyógyszerek egész légiója áll rendelkezésünkre. A 2%-os salicylborvaselin, a Mikulitz-, pellidol, scarlatvörös kenőcsök közismertek. Ezeken kívül a vitaminok és hormonok világában megjelentek az e szereket tartalmazó készítmények is. Ilyenek a 10%-os csukamájolajos, unguentolan, destin és a hamamelon kenőcs (utóbbinak hatóanyaga az ú. n. „növényi sebhormon"). Állati hormonokat tartalmaz a granugen és a granormon. A hormonok helyi alkalmazásán kívül *Sellei* (O. H. 1929. 43.) olyan hormonkeverék befecskendezését ajánlja, amely a nemihormonokon kívül hypophysis, pajzsmirigy és bőrkivonatot tartalmaz (epithelin).

Sokszor azonban mindezek cserbenhagynak és a fekély makacsul hónapokon keresztül ellenáll, még jó, ha nem nő. Szélei kéregesek, hegesek és az ilyen területen a vérellátás természetesen nagyon rossz. A célravezető kezelés tehát olyan lesz, amely megszabadítja a szervezetet ettől a tehertételtől, eltávolítja a fekély kérges, heges széleit és így javítja a vérkeringést. Akár saraboljuk, akár égetjük, akár diathermiázzuk, akár kimetsszük a fekély környékét, bizonyos mértékben az ép szövetet is sértjük. A kimetszésnek épen az a szabálya, hogy „mélyen az ép szövetbe" vágjunk.

Fehr (Münch. Med. Wschr. 1936. 22.) eredeti elgondolással a heges szélek megemésztésére hasnyálmirigyenzymet tartalmazó kenőcsöt („Pankreasenzymsalbe". Chem. Fabr. Röhm et Haas, Darmstadt.) ajánl. Szerinte a pankreasferment kellő töménységben megemészti az életképtelen, rossz vérellátású szöveteket, ugyanakkor, amikor az egészséges sarjszövetet épen hagyja. *Fehr* azonban nemcsak azt az eredményt látta, hanem a kenőcsnek kíváló hámosító és sarjasztó hatásáról is meggyőződött. Ulcus crurison kívül ulcus vulvae acutum eseteiben is jó eredménnyel alkalmazta. Sőt olyan apróbb műtéti sebek behámosítására is használta, amelynek szélei az eredeti betegség természete miatt nem voltak egyesíthetők (cc., tbc., stb.).

Fehr eredményeit ismerve a pankreaskenőcsöt (p. k.) klinikánkon is kipróbáltuk. Azonban a külföldi készítmény helyett mi magunk készítettük el a hazai Richter gyár „pankreas liquid"-jéből (e készítménynek 2 ccm-e 0.15 g pankreatinnak felel meg). Eleinte 10%-nyi mennyiséget kevertünk el lanolin-vaselines alapanyaggal. Ez valóban kitünően feltisztította a genyes, törmelékes lepedékkel fedett fekélyeket. A 2% pankreas liquidumot tartalmazó kenőcsnek meglepően gyors hámosító és sarjasztó hatása volt. A 10%-os kenőcs ugyanis a kérges széleket sokszor megemésztette, de nem olyan mértékben, amint azt *Fehr* közleménye alapján várhattuk volna.

Sz. I. hadirokkant, akinek jobb lábszárát 1916-ban gránátszilánk sebesítette meg, kb. 2. férfitenyérnyi széles, a jobb lábszárat teljesen körülvevő fekéllyel jött a klinikánkra. A sérülés óta a fekély mindössze egyszer gyógyult be és akkor is 6 hét múlva kiújult. A fekélyt bűzös lepedék fedte, szélei hegesek kérgesek. Két heti p. k. kezelés után kb. ⅓-ára húzódott össze (1. ábra a szaggatott vonal a fekély eredeti szélének helyét mutatja, kb. ilyen szélességben vette körül az egész lábszárat és 2 héttel később mindössze a fényképen látható nagyságú lett.) Sajnos a beteg családi körülményei miatt nem maradhatott teljes gyógyulásáig a klinikán, azóta nem tudunk róla, de nem kétséges, hogy állapota otthon csak rosszabbodhatott.

Járóbetegrendelésünkön 15, fekvőbetegosztályainkon 9 esetben alkalmaztuk a p. k.-t. Járóbetegeink kö-

zül 8 ulcus crurisban, 2 ekthymában és 5 vegetáló idült pyodermában szenvedett. Kórtermeinkben 6 ulcus crurist, 2 kelevényt és 1 fiaskelést kezeltünk.

A járóbetegrendelésen kezelt 8 ulcus cruris közül 2 makacsul ellenállt, de meg kell említenem, hogy előzőleg minden más kezelési móddal eredménytelenül kísérleteztünk és hogy mindkét betegnek súlyos érelmeszesedése és magas vérnyomása volt. Egyikük cukorkaárus, aki egész nap álldogál és gyalogol, a másik kb. 3 km.-nyire lakik a klinikától és minden kötésre gyalog jött be és ment haza. Három betegen tetemes javulást, három esetben pedig teljes gyógyulást láttunk. Ismét ki kell emelnem, hogy ezek valamennyien járóbetegek voltak és több kilométert gyalogoltak.

Két eythymás betegünk közül az egyik 14, a másik 18 nap alatt gyúgyult meg.

Öt idült, pyodermás betegünk, — akik közül egynek már röntgenbesugárzást is adtunk és hetekig egyéb módon is kezeltük, anélkül, hogy eredményt láttunk volna — átlag 12—18 nap alatt gyógyult. E betegünk kórlefolyása annyira jellemző a p. k. hatására, hogy érdemesnek tartom kórtörténetét ismertetni:

Özv. Sz. I.-né, 47 éves htb. 1936. dec. 30-án jelentkezett először a klinikán. Elmondta, hogy 2 hónappal azelőtt etetés közben egy malac beleharapott jobb kezébe. Eleinte nem sokat törődött vele, mert sebe 2—3 nap alatt behegedt. Újabb két nap múlva azonban kezefeje duzzadni kezdett, kipirult, érezhetően melegebb lett, lüktetett és nagyon fájt. Eleinte ő maga meleg korpával, majd lenmagliszttes borogatással kezelte. A fájdalom az első napokban annyira fokozódott, hogy aludni sem tudott, de néhány nap múlva a duzzanat kifakadt, akkor a fájdalom enyhült és a duzzanat is csökkent. Később, noha még több sipoly keletkezett, amelyek állandóan genyedtek, a duzzanat ismét fokozódott. Ekkor orvoshoz ment, aki ismeretlen fehér kenőcsöt rendelt. Állapota azonban egyre romlott és ezért jött a klinikára.

Jelen állapot: a jobb kézfej duzzadt és az ujjak háti felszine párnaszerűen megpüffedt, a bőr vizenyős tésztatapintatú. Nyomása a betegnek tűrhetetlen fájdalmat okoz és bár 4—5 sipolyon savós geny ürül, a kézhát egyik-másik helyén hullámzás tapintható. Az újjak enyhén behajlított állapotban vannak, nem mozgathatók. Kórisme: *abscessus subcutaneus manus dextri.*

Gyógyítás és lefolyás: eleinte kétnaponként párakötést tettünk rá, de ez eredményt nem hozott. A fájdalom ugyan enyhült valamit, mert még több sipoly keletkezett és a geny egy része eltávozott ezeken, azonban a mélyben állandóan tovább termelődött. 1937. jan. 11-én röntgenbesugárzást adtunk. — 2. mm Al. szűrővel 300 R. —, de javulás erre sem következett be, ½% cinóber, 10% kénes kenőcs kötések ép így nem hoztak javulást. Jan. 21-én szívókezelést kezdtünk, a szívóharang feltétele után minden alkalommal valósággal ömlött a geny, amikor pedig a harangot levettük a kézfej szivacsos tapintatú volt. Időközben a kézháton vegetáló, túltengő sarjszövet képződött, amelyet a számtalan sipolynyilás valósággal szitaszerűvé tette. Kb. két hónapig kezeltük, anélkül, hogy bármilyen eredmény mutatkozott volna, s közben a fenti röntgenadagot megismételtük, de erre sem javult, sőt kétszer bemetszésre is szükség volt. — Ebben az időben kezdtük a klinikán a p. k.-t alkalmazni. — Kevés reménnyel, de e betegen is megkíséreltük. A beteg a kötés feltétele után — noha két nappal későbbre rendeltük be, — csak egy hét múlva jelentkezett. Azt hittük, hogy ennyi idő alatt a p. k. valósággal felmarja a még meglévő kevés ép bőrt. Ehelyett azonban nagy meglepetéssel láttuk, hogy *a kézfej majdnem normalis nagyságú, a sipolyok* — kettő kivételével — *eltüntek, de a megmaradottakon sem ürül már geny.* Az ép bőrt néhány helyen kb. pengősnyi területeken detritustömegek borították, amelyeket benzines vattával könnyel letörölhettünk. Ujabb p. k. kötést tettünk rá és 5 nappal későbbre rendeltük be. Ez idő alatt a sipolyok kivétel nélkül záródtak. A beteget száraz kötéssel láttuk el és egy héttel később láttuk ismét. Ez idő alatt *a friss hám teljesen megerősödött, a kézfej visszanyerte eredeti nagyságát, fájdalomnak nyoma sem volt.* A beteg egyetlen panasza az volt, hogy újjait —, amelyek több, mint 4 hónapig teljesen mozdulatlanok voltak —, most sem tudja mozgatni. Massaget, passiv mozgatást, meleg fürdőt rendeltünk és a beteg egy hónap múlva teljesen visszanyerte munkaképességét.

Előbbi esetünkön felbátorodva a p. k.-t még négy vegetáló pyoderma esetében alkalmaztuk — ezekben már kezdettől fogva — és mindegyikben beváltotta a hozzáfűzött reményeket.

Fekvőbetegosztályainkon kezelt 6 ulcus cruris közül egy alig változott, két esetben tetemes javulást, háromban pedig teljes gyógyulást értünk el. Az említett makacs fekélyt olyan betegen észleltük, akinek nagyfokú viszér-tágulatain kívül szívizomelfajulása, májsorvadása (idült alkoholismus) volt következményes hasvízkórral. A beteg hónapokig feküdt klinikánkon és a legkülönbözőbb gyógyeljárásokat — közben a p. k.-t is, — megkíséreltük, de eredményt alig láttunk. Két lényegesen javult beteg családi körülmények miatt gyógyulás előtt hagyta el a klinikát (egyikről már fentebb beszámoltam — 1. ábra.). Másik betegünk: Sz. J.-né hatheti kezelés alatt sem gyógyult olyan gyorsan, mint vártuk. (A 2. *a)* ábra az 1937. máj 3.-i, a 2. *b)* pedig a jún. 18.-i állapotot mutatja.) A képeken jól látható, hogy milyen heges környezetben volt a fekély, azonban a gyógyulás lassú menetét ez nem magyarázza, mert máskor sokkal rosszabb vérellátású fekélyek szépen gyógyultak.

Végeztünk összehasonlító kísérleteket is a p. k. és egyéb hámosítók között.

Igy pl. S. I. 49 éves földművesen. E beteg jobb lábszárán kb. 12 éve van fekély, amely hol nagyobb, hol kisebb, de sohasem gyógyult be. A régi mellett két év előtt másik fekély is keletkezett.

Felvételkori állapot: (1937. nov. 17.) A jobb lábszár feszítő oldalán két — egyik férfitenyérnyi, a másik gyermektenyérnyi heges környezetű, bűzös fekély van. (3. ábra.) — Az egész alsóvégtagon kiterjedt, tágult visszérhálózat. A fekélyeket 3 napig híg trypaflavin-oldattal borogattuk, amíg feltisztultak. Ugyanis azt tapasztaltuk, hogy ezt az eredményt a p. k.-csel is el lehet érni, az elhalt szöveteg és törmelékek megemésztése azonban olyan kiállhatatlan bűzt terjeszt, hogy néhány kisérlet után elállottunk a feltisztítás e módjától. Ha pedig a fekély pyocyaneussal fertőződött, akkor a p. k. nem is képes feltisztítani. A 3. *a)* ábra a nov. 20-i állapotot mutatja. Ezt a beteget úgy kezeltük, hogy a nagyobbik fekélyre 2%-os p. k.-t tettünk, a kisebbikre pedig felváltva 2%-os salicyl-bórvaselint, 2%-os pellidol-vaselint, Mikulitz-kenőcsöt. Tíz nappal később (nov. 30-án, 3. *b)* ábra) azt láttuk, hogy a kisebbik fekély eredeti nagyságának kb. fele, a nagyobb azonban már csak negyedakkora, mint 10 nappal azelőtt volt. Újabb 8 nap múlva, dec. 8-án, (3. *c)* ábra) a nagyobb fekélyből alig látszik valami, a kisebb pedig úgyszólván semmit sem változott. Dec. 17-ére (3. *d)* ábra) a nagyobb nyomtalanul beolvadt a környező hegbe, de a kisebb még mindig húszfilléresnyi.

Ebben az esetben tehát *a p. k. hámosító hatása sokkal erélyesebb volt, mint az említett, másik három közismert gyógyszeré,* egy férfitenyérnyi fekélyt hamarább begyógyított, mint azok egy gyermektenyérnyit.

Két furunculus és egy carbunculus esetében is alkalmaztuk a p. k.-t. Azt tapasztaltuk, hogy a „csap" sokkal hamarább kilökődik és az egész betegség lefolyása tetemesen megrövidül. Felvetődik az a gondolat, hogy a p. k.-kezelés nem rejti-e magában a védősánc megemésztésének és ezzel a fertőzés művi továbbtejedésének veszélyét. Erre a kérdésre — tekintettel eseteink kis számára — nem tudunk határozott választ adni és ez még további, nagyobb anyagon végzendő kipróbálást igényel. *Fehr*-nek az a megállapítása azonban, (melyet mi is megerősítünk), hogy csak az életképtelen, rosszvérellátású szöveteket emészti meg és az egészséges sarjszövetet nemcsak épen hagyja, hanem támogatja is, valószínűvé teszi azt, hogy a bő vérellátású védősánc nem esik az emésztés áldozatául.

Nehéz a p. k. hatásmódját megmagyarázni. Kétségtelen, hogy az elhalt, s a kérges szövetek egy részét megemészti. Azt azonban nem tudjuk megmagyarázni, hogy olyan esetekben, amelyekben csak friss sarjszövetet látunk, hogyan segíti elő a gyógyulást. Talán táplálja a sarjszövetet? — de, hogy milyen módon, az ismeretlen. *Perutz* és *Adlersberg (Jadassohn:* Hb. der Haut- u. Geschlechtkr. V. I. 64. o.) makacs lábszárfekélyeken jó eredménnyel alkalmazták az isnulint. Ők lehetségesnek tartják, hogy a fentebb említett „Pankreasensymsalbe" is insulinhatású. A Richter-gyár közlése szerint azonban a „pankreas liquid" insulint nem tartalmaz, mert előállítása közben azt a fermentumok tökéletesen elbontják. Viszont az insulin előállítása alkalmával a fermenteket tönkre kell tenni, mert különben elbontanák az insulint.

Összefoglalásul megállapíthatjuk, hogy *a p. k.-ben kiváló, — eddig még nem ismert erélyes hatású — hámosító és sarjasztószert találtunk, amely nemcsak gyorsabban gyógyított az eddig alkalmazott legtöbb hasonló célú gyógyszernél, hanem sokszor olyan esetekben is hatásos volt, amelyekben egyéb készítménnyel eredményt nem tudtunk elérni. Amikor a p. k.-kezelés eredménytelen volt, akkor más is csődöt mondott.* Természetesen a p. k. kiújulástól nem mentesít, ha az előidéző okot, (pl. rossz vérellátás) meg nem szüntetjük.

A Pázmány Péter Tudományegyetem Közegészségtani Intézetének közleménye. (Igazgató: Darányi Gyula ny. r. tanár.)

Budapesti ikreken végzett örökléstani vizsgálatok dermatologiai vonatkozásai.

Vizsgálta és összeállította: *ifj. Nékám Lajos dr.*

Az ikerkutatások a bőr veleszületett sajátosságaira és betegségeire vonatkozó ismereteinket lényegesen előmozdították és ugyanakkor az örökléstannak is fontos segédeszközévé váltak. Az ikerkutatások elvégzésének előfeltétele volt, hogy a peteburkok ismerete nélkül is megkülönböztessük az egy- és kétpetéjű ikreket. Ez lehetségessé vált, amikor bebizonyosodott, hogy az egypetéjű ikrek a legtöbb tulajdonságukban megegyeznek, hiszen azonos csiratömegből származik. Nagyobb számú jellemző tulajdonság pl. a bőr, iris, a haj színének, a haj és szőrzet minőségének, elhelyezkedésének, stb. megegyezése esetében tehát nagy valószínűséggel következtethetünk az egypetéjűségre. Hogy azonban ily, egy tulajdonságra vonatkozó megegyezést az örökléses eredet bizonyítékául foghassunk fel, még az is szükséges, hogy a kétpetéjű ikrek e tulajdonságaiban eltérjenek egymástól; az azonos viszonyok között élő egyének ugyanis már a külső tényezők (paratypia) miatt is megegyezhetnek bizonyos fokig. Helyes képet tehát csak akkor nyerünk, ha a kétpetéjűeknek egyezési fokát vesszük kiindulópontul az egypetéjűekkel történő összehasonlításban.

Egypetéjű ikrek is mutathatnak azonban némi eltérést az öröklött tulajdonságaikban, az ú. n. megnyilatkozási zavar következtében. Ilyenkor az örökléses tényezők jelentősége gengébb, a paratypiásoké kifejezettebb; a dispositióra mégis rávall, hogy a kétpetéjűek még erősebben különböznek egymástól. (Discordantia = d.). Az örökléses tényező fokát a két csoport egyező és különböző tényezői öszegének számaránya jelzi.

A fejlődésre kiható ilyen tényezők nagy száma miatt az örökléstani tanulmányokban lehetőleg nagy anyagot kell vizsgálnunk. Ez a *Darányi* prof. által a budapesti ikreken megindított kutatásban rendelkezésre is állott, úgy hogy az örökléstani összefüggéseket a legkülönbözőbb testi és lelki tulajdonságokra vonatkozóan hazai anyagon lehetett megállapítani. A következőkben a bőrnek ép és pathologiás tulajdonságaira vonatkozó vizsgálati eredményeit foglaljuk össze.

A vizsgált ikerpárok száma 421 volt; azonban nem mindegyiket lehetett minden szempontból megvizsgálni.

A bőr physiologiás tulajdonságai közül a *szín* tekintetében igen erős az örökletes behatás. Az összehasonlításkor tapasztalati színskálát használtunk. 165 egypetéjű ikerpáron csak egyszer mutatkozott eltérés, míg kétpetéjű, egynemű ikreken (ZZ) 71:25 és kétpetéjű különneműeken (PZ) 47:22 volt az egyezési-különbözési arányszám. Az egypetéjú ikreken (EZ) mutatkozó majdnem teljes megegyezéssel szemben tehát a kétpetéjűek lényeges éltérést mutattak.

Hasonló volt a helyzet az *iris színét* illetően. Itt EZ-ben 125 : 3, ZZ-ben 80 : 61 és PZ-ben 43 : 13 volt az arány. Világosan látszik ebből, hogy az iris színének alakulása igen erősen függ a veleszületett tényezőktől.

A bőr *jelegének* összehasonlításra nézve 3 csoportot állítottunk fel: száraz, nedves és zsíros typust. Az öröklés hatalmas befolyását érzékelteti a typusok összehasonlítása (c. = concordans; d. = discordans).

	száraz		nedves		zsíros	
	c.	d.	c.	d.	c.	d.
EZ	35	—	5	—	31	3
ZZ	15	11	—	8	25	18
PZ	5	4	1	4	11	8

A részleges hyperhydrosisok csekély száma alig enged következtetéseket levonni. A mi anyagunkban a palmoplantaris hyperhydrosis, az irodalmi adatokkal ellentétben, nem mutatott, a hónalji és a fejre szorítkozó izzadás viszont sejtetett örökletes befolyást. Az elsőben 3 : 3 (EZ), illetve 6 : 5 (ZZ + PZ) volt az arány, tehát az egy- és kétpetéjű ikrek majdnem egyezően viselkedtek. A hónalji törzsön és fejen lévő hyperhydrosisok száma igen csekély volt és néhány esetben az egypetéjűek concordantiát (c), kétpetéjűek különbözést discordantiát (d.) mutattak.

Hyperhydrosis:

	axillaris		corporis		capitis	
	c.	d.	c.	d.	c.	d.
EZ	4	—	—	—	2	—
ZZ	2	3	—	2	1	1

Az ikrek hegképzési hajlamának kiderítésére az ojtási hegeket figyeltük meg. Ezek állapota természetesen csak a korai életévek viszonyairól tájékoztat, az esetleg később kifejlődő keloidhajlamról azonban nem ad útbaigazítást. Igy pl. megesett, hogy két 18 éves egypetéjű ikreken, folliculitisek után egyezően keloidok jelentkeztek, míg a régebbi ojtási hegeik simák maradtak. Az ojtási hegeket nagyság, kiemelkedés és festenyzettség szempontjából hasonlítottuk össze. Az egy- és kétpetéjű ikrek csaknem azonos eredményeket adtak.

	Összes	c.	d.	
			gyenge	teljes
EZ	149	125	22	2
ZZ	160	115	36	9
PZ	64	46	14	4

Mindazonáltal a ZZ, de különösen a PZ csoportban több gyenge, sőt kifejezett különbözést találunk, úgy hogy a hegesedés tekintetében is felvehetünk némi örökletes dispositiót. Még szembeötlőbb ez, ha a keloidos hajlamot tekintjük. Itt EZ-ben 13 : 6, ZZ-ben 6 : 10 és PZ-ben 3 : 7 volt az egyezési arány. Eszerint a keloidos

hegesedési hajlam kifejezettebben örökletes, mint a hegesedésnek egyéb tulajdonságai.

Ami a bőr kis *ereinek* állapotát illeti, a cutis marmorata, a hálózatos szederjesség igen elterjedt. Létrejövetelében kifejezett hajlam áll fenn, mert 98 cutis marmorata EZ-pár közül 90-ben egyezés, 8-ban különbözés volt kimutatható, viszont ZZ-ben az arány 71 : 25, PZ-ben pedig 2 : 8 volt.

Erythema pudoris EZ-ben kétszer fordult elő concordans módon, ZZ esetekben pedig négyszer c. és négyszer d. volt. Ezek az adatok csak feltünő erythema pudorisra vonatkoznak.

A nagy, látható erek rajzolatát az ikrek aikarjainak hajlító felszinén összehasonlítva, EZ páron, 35 esetben mindkét alkaron, 17 páron csak az egyik karon találtunk hasonlóságot; 75 esetben eltértek a képek. A ZZ ikrek megfelelő számadatai 22, 2 és 99, a PZ esetekben pedig 1, 3 és 28 voltak. Ebből megállapíthatjuk az örökletes befolyást, különösen, ha a PZ-ben mutatkozó eltérést tartjuk szemmel. Érdekes, hogy a ZZ egy esetében az érrajzolat tükörképét észleltük, vagyis az egyik iker balkarja, az ikertestvér jobbkarjához hasonlított és fordítva.

A dermographismus oka jobbára külvilági tényezőktől függ. Különösen csalánkiütés esetében, táplálkozási allergiás állapotban kifejezett. Igy az egy- és kétpetéjűek dermographismusában csak jelentéktelen különbséget találtunk.

	c.	d.
EZ	25	3
ZZ	25	7

A *szőrzetet* hosszúság, szín és sűrűség szempontjából vizsgáltuk. Az EZ esetekben egyezést 160, különbözést 6 esetben, ZZ-ben egyezést 6, különbözést 25 esetben találtunk, míg a PZ esetekben a szőrzet eltérései a nemi különbség miatt nem voltak felhasználhatók.

A körülírt hypertrichosisok csak EZ-ben fordultak elő és feltünően egyeztek: a sacralis tájon 2, a háton 1, a mellen 1, a végtagokon 2 esetben. *Atrichiát*, a szőrzetnek többé-kevésbbé teljes hiányát egyszer észleltük EZ esetén c. módon.

A szemöldökök alakját az íveltség, a szélesség és az összeérés, valamint a sűrűség szempontjából figyeltük, külön összehasonlításnak tárgya volt azok színe. Az eredményeket a következő táblázat foglalja össze:

	alak		szín	
	c.	d.	c.	d.
EZ	61	5	61	3
ZZ	34	29	24	3
PZ	31	17	24	26

Összenőtt szemöldök EZ-ben négyszer c.-t ZZ-ben ötször c.-t és háromszor d.-t, PZ-ben egyszer c.-t, négyszer d.-t mutatott. Nyilvánvaló tehát a hereditaer tényezőknek jelentősége a szemöldök morphologiai viszonyainak és szinének kialakulásában.

A *hajzat* szinét, formáját és a hajörvények irányát is megfigyeltük. 164 EZ-n 162 esetben teljes egyezés, kétszer pedig csak árnyalati eltérés mutatkozott, viszont 178 ZZ közül 76-on egyezés, 56-on gyengébb, 46-on erősebb volt az eltérés. A 73 PZ esetben a megfelelő számok 24, 29 és 20 voltak.

A hajzat alakja szerint az ikrek a síma-, a hullámos- és göndörhajúak csoportjába voltak oszthatók. 130 EZ közül csak egy páron volt eltérés. ZZ-n 136 : 38, PZ-n 54 : 15 volt az egyezés-különbözés aránya. A haj alakja és szine tehát csaknem teljesen örökletesen determinált. Végül a hajörvények irányának egyezését és különbözését a következő táblázatból olvashatjuk ki:

	c.	d.
EZ	125	10
ZZ	114	28
PZ	27	5

9 egypetéjű és 3 kétpetéjű ikerpár tagjain a hajörvény irányát nem tudtuk megállapítani. Mint kitünik az EZ és ZZ között a hajörvények szempontjából csak gyenge az eltérés, úgy hogy csak mérsékelt dispositióról beszélhetünk.

A *körmökben* kerek-hosszúkás, széles-keskeny, domború-lapos typusokat különböztetünk meg. Ritkán fordul elő berepedezettség és csíkoltság. A 116 EZ-pár közül 109 egyezett, 7 különbözött a körmeit illetően, míg a 115 ZZ közül 75 : 40, a 63 PZ közül pedig 46 : 17 volt a párok összehasonlításának arányszáma. Egy esetben az EZ egyikének volt csak lerágott körme.

Leukonychia csak PZ-n fordul elő, 3 esetben discordans módon. A benőtt köröm egypetéjű ikreken kétszer egyezett, ZZ ikreken egyszer különbözött.

A bőr pathologiás elváltozásai közül leggyakoribb a *keratosis pilaris* volt. Ennek előfordulási aránya kifejezett, veleszületett hajlamra enged következtetni.

	c.	d.
EZ	31	5
ZZ	21	22
PZ	8	11

A pigmentzavarok közül *ephelisek* 74 egypetéjű ikerpárban 63-szor, mindkét ikren kb. egyenlő fokban; 8-szor mindkettőn, de különböző erősségben; 3-szor pedik csak az egyiken jelentkeztek. E számok megfelelően a ZZ csoportban 23—25 és 21, a PZ-ben pedig 10—3 és 8 voltak. Látható tehát, hogy az ephelisekben is nagymértékben érvényesül az öröklődés, míg a fény csak kiváltható tényező szerepével bir.

Ezzel szemben a *„májfoltok"* pengőnyi-tenyérnyi pigmentált területek teljes paratypiásoknak látszanak. 15 EZ pár csak 8-szor egyezett, 11-szer különbözött. 8 ZZ-ben 1 : 7, a PZ esetekben 1 : 1 volt az arányszám. Még EZ-ben is túlsúlyban volt tehát a d.

Igen érdekesek a viszonyok a *naevus pigmentosus* tekintetében. Az általános felfogás az anyajegyeket öröklötteknek és elhelyezkedés szempontjából is jellemzőknek tartja. Innen származik az anyajegy elnevezés is. Különösen *Siemens* vizsgálatai derítették azonban ki, hogy bár az öröklés erős szereppel bir a naevusok jelentkezésében, az egyes naevusok azonban függetlenek az alak, elhelyezkedés és kiterjedés szempontjából. Merő ellentétben áll ez a megállapítás az ú. n. csíraplasmatikus naevus-theoriával, amely szerint a bőrnek minden egyes pontja determinált. Valóban az azonos csíraplasmából származó egypetéjű ikerpárok ezrein sem találtak soha tökéletes megegyezést több naevusra vonatkozóan. Egypetéjű ikerpárban *Siemens* is csak egyszer észlelt azonosságot 4360 lentigo közül.

Saját anyagunkban 115 egypetéjű ikerpárban találtunk naevus pigmentosust. Ezek közül 59 esetben egyező volt kb. a szám, de különböző az elhelyezés. 30 esetben számbeli volt az eltérés, 19 esetben pedig csak az egyik ikerben állott fenn jelenség. Typusos lentigót mindössze 6 esetben sikerült az EZ pár mindkét tagján azonos elhelyezkedésben megfigyelni. Az anyajegyek gyakorisága következtében, továbbá, mert ZZ-ben is előfordult egy hasonló eset, ezt az összetartozást talán véletlennek kell tartanunk.

A naevusok számában azonban feltünő a veleszületett hajlam, mert a ZZ csoportban 54 egyezéssel szemben 93 különbözés volt, a PZ-ben pedig 6 ikerpár egyező naevus-szám mellett 50 ikerpáron különbözés

volt, mely utóbbi csoportban 26-on csak az egyik félen voltak lentigók találhatók.

Naevus vasculosusok nem ritkán fordultak elő; EZ-n 16 eset közül 11-szer csak az egyik ikren, 5 esetben pedig mindkettőn megvolt. Utóbbiból két pár hasonló, kettő különböző elhelyezkedést, egy pedig tükörképet mutatott. ZZ-n kettő egyezett, 7 különbözött; PZ-n 3-szor csak az egyik ikren volt található. A naevus vasculosusok tehát számban és elhelyezkedésben függetleneknek látszanak az öröklétől.

A *naevus anaemicusok* úgy keletkeznek, hogy körülírt területen az erek fejletlenek, hypoplasiásak. E naevusok dörzsölésre a környezetből jobban eltünnek. Csak egyszer találtunk c. viselkedést EZ typusban, egyébként EZ-n 1, ZZ-n 1, PZ-n 3 d. fordult elő.

Naevus pilosust kétpetéjű ikerpár egyik tagján, 1 esetben találtunk. — *Fibroma* csak d. volt, EZ-n 5, ZZ-n 2 ízben.

Infectiosus és *parasitaer* bőrbetegségeket csak elvétve észleltünk: *verruca* (2 EZ és ZZ), *pyoderma* (1 PZ), *blenorrhoea* (1 EZ), *herpes* (1 EZ), *lupus* (2 ZZ), *impetigo* (1 EZ és 2 ZZ), *lepothrix* (1 ZZ), ezek valamennyien paratypiás természetünknek megfelelően d. voltak.

Strophulus ZZ-ben 5-ször, PZ-ben 1szer fordult elő discordansan.

Crusta lacteat egyszer észleltünk kétpetéjűek egyikén. A *bolhacsípésekben* és a *serkékben* mutatkozó megegyezés természetesen közös külviszonyokban leli az okát.

A *seborrhoeás* betegségek, az urticaria, az ekzema, stb. megoszlást mutattak:

	Dermatitis seborrhoica		Alopecia seborrhoica		Acne vulgaris		Urticaria		Ekzema	
EZ	3	—	—	1	10	—	1	1	1	1
ZZ	3	7	—	2	10	8	—	4	—	1
PZ	—	—	—	—	1	3	—	—	—	1

Nagyobb számban csak az acne fordult elő az anyagunkban; itt az EZ és a ZZ között mutatkozó különbség nagyfokú örökletességre vallott.

Ichthyosis EZ páron egyszer volt c. Aránylag ritka betegség lévén azonban, már egyetlen egyezésből is következtethetünk némileg az eredetére. Az infectiositás kizárásával ugyanis egy bántalom örökletessége EZ c. esetében annál valószínűbb, minnél ritkább a betegség.

A *fejlődéstani rendellenességek* közül a *hyperthelia* PZ-n egyszer d., *syndactilia* pedig EZ és ZZ-n 1—1 esetben c., *cryptorchismus* EZ-n 1-szer d. módon jelentkezett.

Az anthropologiai sajátságok EZ-n igen erősen egyeztek. E tényezőkből adódik az egypetéjű ikreknek majdnem egybevágó hasonlósága a többpetéjűekkel ellentétben.

	Fülek elállása		Orrhát pisze		Orrhát görbe		Orrhát egyenes		Orrcsúcs		Homlok		Arc	
EZ	1	—	8	—	4	—	8	1	7	—	19	—	18	2
ZZ	—	3	3	7	1	1	2	1	2	13	7	12	2	17
PZ	—	—	1	6	—	3	2	1	—	—	4	8	3	9

	Szemrés		Orrgyök		Ajak		Száj		Fejtető		Epicanthus	
EZ	18	1	17	1	18	1	19	—	12	—	2	—
ZZ	5	11	6	9	7	14	7	4	2	4	1	1
PZ	3	10	2	10	7	9	3	4	1	4	—	—

Mint látjuk, táblázatunk a fülek, homlok, arc, szemrés, ajak, száj és a fejtető alaki viszonyaira vonatkozik. Ezek a következő főbb eltéréseket és typusokat mutatták: orrhát (pisze, egyenes, görbe); orrgyök (széles, keskeny); orrcsúcs (besüppedt, széles, hegyes, keskeny); szemrés (egyenes-ferde, tág-szűk); ajkak (széles-keskeny); szájnyílás (kicsiny-nagy); fejtető hosszúkás-széles, kerekded-szögletes).

Epicanthus EZ-n 2-szer c., ZZ-n 1-szer d. volt.

Érdekes, hogy a hízásra hajlam és így a zsírpárna fejlettsége is erősen örökletes, mert az azonos viszonyok között élő EZ 4-szer egyező, ZZ 1-szer egyező, 3-szor különböző fejlettséget mutatott.

Utolsó táblázatunk végül a bőrnek a tuberculinnal szembeni érzékenységét tünteti fel:

	Dermotubin reactiók: c. negativ	c. positiv	d. +	d. +++
EZ	33	3	1	1
ZZ	38	2	2	3
PZ	—	—	—	—

Amint e táblázatból kitünik, az EZ és a ZZ csoport alig mutat különbséget a dermotubin reactio tekintetében. Bizonyítja ez azt, hogy a tuberkulin reactióban elsősorban az egyéni expositio, a tbc. fertőzés időpontja, a folyamat súlyossága és elhelyezkedése, továbbá az immunitási és az allergiás állapot, nem pedig az örökletes tényezők a fontosak.

Összefoglalás:

Ha a bőr élettani tulajdonságai és pathologiás állapota szempontjából végzett vizsgálatok eredményeit összegezzük, úgy örökléstani szempontból ezeket 5 csoportba oszthatjuk:

1. Az első teljesen idiotypiás csoportba az élettani és anthropologiai tulajdonságok voltak sorozhatók, így a bőr, a hajzat, a szőrzet, szine jellege, utóbbinak elhelyezkedése, sűrűsége (localizált hypertrichosisok), a köröm, fül, orr, homlok, arc, szemrés, ajak, száj és a fejtető alaki viszonyai, a zsírpárna fejlettsége.

2. Erős hajlamosságra következtethetünk cutis marmota, erythema pudoris, keloid-hajlam, keratosis piliaris, ephelisek, dermatitis seborrhoica, végre acne eseteiben.

3. Középfokú veleszületett hajlamot látunk megnyilatkozni a nagy erek rajzolatában és a naevus pigmentosusok számában.

4. E hajlam kisebbfokú a hegesedések egyéb tulajdonságai és a hajörvények iráya tekintetében.

5. Örökletes befolyástól mentesnek bizonyultak a „májfoltok", a naevus vasculosusok szám és elhelyezkedés tekintetében, az egyes naevus pigmentosusok az elhelyezkedésükben, a fibromák, továbbá a demographismus és a tuberkulin-reactiók foka.

A többi elváltozás, így a fejlődéstani rendellenességek, a parasitás betegségek, stb. túl kis számban fordultak elő ahhoz, hogy belőlük az örökléstan szempontjából következtetéseket lehessen levonni.

A Magyar Gyermekorvos Társaság ezévi nagygyűlésén „A Maltiron mint antidyspepsiás tápszer" címen tartott előadás a Krompecher gyár által forgalombahozott, prof. Hainiss előírása szerint készített Maltiron gyógytápszer klinikai eredményeiről számol be. A Maltiron a savanyú szénhydratdús sováytej rizsnyákkal és tápcukorral készített porított alakja. Az előadás a pontos chemiai analysis és az összeállításnál irányadó elméleti meggondolások ismertetése után részletesen tárgyalja a gyógyeredményeket. Jó eredményeket tapasztaltak a Maltironnal elsőleges és másodlagos dyspepsiákban. A híg vizes székletek néhány napon belül kocsonyássá, majd összeállóvá váltak. A táplálék jó kihasználását még olyan esetekben is, mikor a székletek száma csak lassan csökkent, a súlygörbe megfelelő emelkedése, illetőleg stagnálása igazolta. Mint gyógytáplálóknak, legnagyobb az alkalmazási területe enteritisekben és dysenteriában; a gennyes, véres székleteket kocsonyás, nyálkás, majd kenőcsös székletek váltják fel. Súlyos toxicosisra hajló esetekben a Maltiron adagolása contraindicált. Előnye még könnyű elkészíthetősége és állandó összetétele.

Kiterjedt II-fokú égés belső kezelése.

Irta: *Melcher Károly dr.*

Az 1910-es években a komoly égési sérülések többnyire sebészeti osztályokra kerültek, az 1920-as években ezekre inkább a bőrgyógyászati osztályok tartottak igényt, az 1930-as években már behatóan foglalkoznak velük a belgyógyászok is, ami a felmerült belgyógyászati kérdések és feladatok folytán teljesen indokolt is. Csak egynéhányat kell említenünk, mint a fájdalomcsillapítást, collapsust, anhydraemiát, acidosist, autointoxicatiót, a másodlagos fertőzéseket, a latens tuberculosis váratlan fellobbanását a sajátserum felszívódása következtében, a külsőleg alkalmazott gyógyszerek sehol másutt elő nem forduló gyors felszívódását, stb., vagy az igen alacsony hőmérséklet okozta, vagy a különféle sugárféleségek létrehozta sérülések és az égési sebek között létező érdekes analogiákat.

Az égési sérülések régi osztályozása I.-, II.- és III.-ad fokú égésekre, a bőr szövettanának és kórtanának újabb nagy fejlődése ellenére is jól használható a gyakorlatban.

Az I.-ső fokú égések (combustio erythematosa) még nagy kiterjedés esetén sem okoznak súlyos általános tüneteket, mégkevésbbé therapiás nehézségeket.

A II-od fokú égések (combustio bullosa) ellenben nagy kiterjedés esetén súlyos általános tüneteket és olykor nehezen megoldható therapiás feladatokat okoznak, ennélfogva régen magukra vonták a figyelmet. Ezért az idevonatkozó, meglehetősen gyér irodalmat az első praxisévektől kezdve fokozott figyelemmel kisértem, már amennyire részemre hozzáférhető volt.

A III-a fokú égések (combustio eschatorica), megítélése és therapiája a dolog természeténél fogva nemcsak bőrgyógyászati és sebészeti feladat, hanem fokozott mértékben belgyógyászati is.

De tiszta eset a legritkábban fordul elő, legtöbbnyire kevertek. Az I. fokú égések kezelésében a fájdalomcsillapításon, meg a megnyugtatáson kívül nincsen más belgyógyászati feladat. Későbbi allergiás jelenségek nem igen fordulnak elő. A II. fokú égések esetében ellenben, ha a bőrfelületnek több, mint egyharmada sérült meg, a belső szerelés feladatai halmozódnak, mert fenyegető tünetcsoportokkal kerülünk szembe. Még gyakrabban találkozunk belgyógyászatilag leküzdendő tünetekkel a III. fokú égések alkalmával, mikor még csekélyebb kiterjedés esetén is szövetelhalás, az elhalt bőrszigetek kilökődése és végül hegképződés zajlik le. Ezért ilyen esetekben sebészi tudásra is szükség van. Belgyógyászati kezelésük különben semmit sem különbözik a II. fokú égések kezelésétől. Főfigyelmem tehát a II. fokú égések belgyógyászati kezelésére irányult, ezzel nem akarom a helyi, azaz tisztán dermatologiai és sebészi kezelést elvetni, mert ezeket a helyes gyógykezelés sine qua non-jának tartom, de osztom *Schreiner* (Graz) és *Underhill* (New Haven, Conn.) nézetét, mely szerint az élet megmentése céljából ezek nem képezik a legelső mozzanatot. A magam részéről ehhez még hozzáteszem, hogy az így szerencsétlenüljártak sorsát az első helyes belgyógyászati orvosi segélynyújtás dönti el.

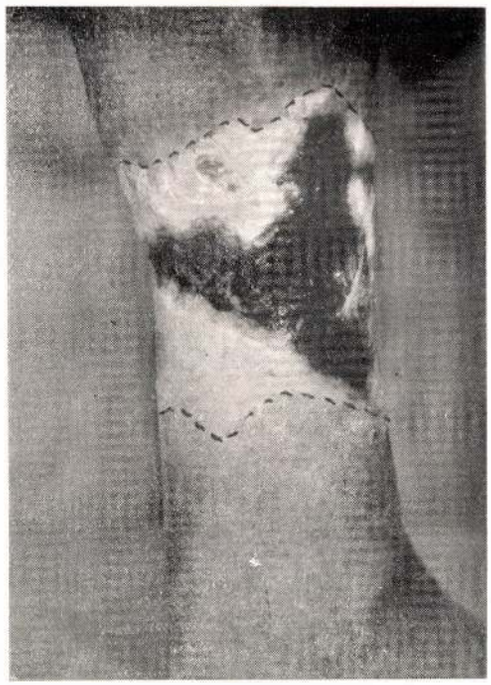
Első, 10 napos kezelés után halállal végződött lefolyásu esetem óta, ami 26 év előtt történt, nem vesztettem el több beteget. Megjegyzem, hogy az eseteket, melyek száma több mint százra emelkedett, házi kezelésben tartottam, s csupán azokat szállíttattam kórházba, mely esetekben kötszerhiány miatt erre kényszerültem. Ezeken azonban már az első segélynyújtáskor belgyógyászati kezelést végeztem. Ezek közül sem halt meg egy sem, a sebész élénk csodálatára. Bőséges beteganyagomon, melyet egy már nem modern, igen nagy cukorgyár mellett, mint pénztári orvos 26 év alatt gyüjtöttem, minden ésszerűnek igérkező ajánlott gyógyszert és módszert megkiséreltem, amihez hozzájutottam. Innen vettem azt a bátorságot, hogy az égések gyógykezelésének nyilt kérdésében az orvosi közvéleménynek átadjam megfigyeléseimet.

*

Gyógykezelési célom a bullák keletkezésének megakadályozására irányult; vagy ha már kifejlődtek, a transsudatio csökkentésére, s az utólagos bullák fejlődésének meggátlására.

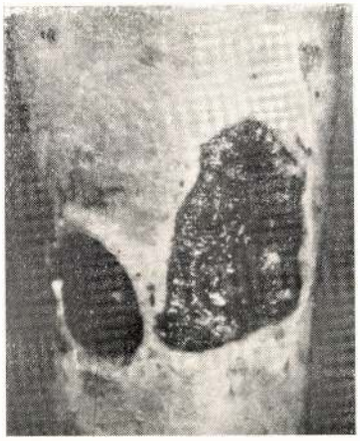
Felesleges volna e rövid beszámolóban e téren bejárt utam részletes ismertetése; röviden elég lesz, ha megemlítem, hogy alkalmaztam tanninkezelést, alkoholos mosást, fémlemezeket, hintőporokat, kenőcsöket tartós fürdőket, stb., melyekkel külön-külön igen jó eredményeket láttam, kivéve a súlyos, nagy felületre kiterjedt II. és III. fokú égéseket, mikor egymagukban nem vezettek volna kielégítő eredményre. Magamrahagyottságomban kényszerültem a lejátszódó kóros folyamat lényegével foglalkozni, ezentúl minden újabb esetemben.

A hólyag keletkezésének lényege ismeretes; a hőbehatás körülírt területén a corium legfelsőbb rétegében, a stratum germinativum Malpighiban és ez alatt, a papillák vér- és nyirokhajszáledényeiben azonnal megbénulnak az erek. Az alatta lévő rétegben a hőinzultus kisebb foka folytán éppen ennek ellenkezője, izgalom, s ezáltal érszűkülés keletkezik a parasympathicus végkészülékek izgatása következtében. Ez gyorsan helyi keringési zavart okoz, s főképen a visszaáramlás akadályozott. Párhuzamosan ugyanez zajlik le a verítékmirigyekben is. A robbanásszerű vizenyő igen hamar apróbb, majd nagyobb szövetközti folyadékgyülemeket eredményez, a szövetnedv a kevés hozzákeveredett verítékkel együtt a papillákról leemeli az epidermis stratum lucidumát, miközben a papillák közé mélyebbre nyúló csapjai beszakadnak. A kórtanban nem áll egyedül, hogy a vizenyő által a visszaáramlás akadályozott lévén circulus vitiosus keletkezik, mint a jelen esetben is. Csak az a különleges, hogy jóllehet a nyirokhajszáledények hálózata a vérhajszálérhálózatán belül foglal helyet, mégis elmarad a vérhajszálerek megnyilása, s a II. fokú égési hólyagokban vér nem szokott lenni. Az égési hólyag tartalma savós, magas fibrintartalmú, sohasem véres, kb. 6 órán belül megalvad, kocsonyaszerű lesz, de másnapra újból elfolyósodik, majd később megzavarodik genysejtek és bakteriumok bevándorlása következtében. Azokon a területeken, ahol a hőbehatás kisebb, vagy rövidebb tartamú volt az égési hólyagok később fejlődnek ki, ezért másnapra a kötést cserélni kell. A hólyagok alapján végzett többszörös megnyitás vagy az égési hólyag spontan felrepedése igen kívánatos, a felszívódást előmozdító nagy nyomás megszüntetése és fájdalomcsökkentés céljából, de a transsudatiót egyelőre nem tudja csökkenteni, ez csak a papillák között visszamaradt stratum germinativum-ból álló csapok felszinre növésével fog lassan-lassan megszünni. Ezzel tehát még semmi sem történik az anhydraemia meggátlására, mely olykor napi 6 kg. súlyveszteséggel is járhat. Ami pedig a felszívódás következményeit illeti, ez iskolapéldája annak, hogy az égési hólyag tartalma lebomlott fehérjéjével már olyan korai időpontban okozhat mérgezési jelenségeket, amikor még bakteriumok tevékenységére gondolni sem lehet. A be-



1. ábra. A szaggatott vonal a fekély eredeti szélének helyét mutatja, kb. ilyen szélességben vette körül az egész lábszárat. Mostani állapotot két heti pankreas-kenőcs kezeléssel értük el.

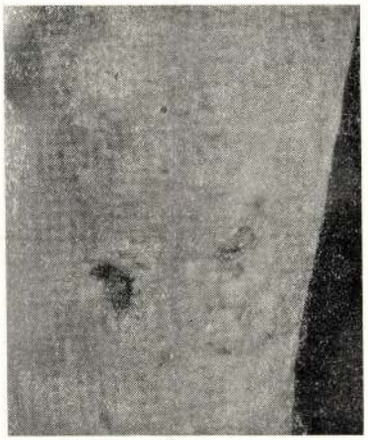
2. *a)* ábra. Sz. J.-né kezelés előtt.



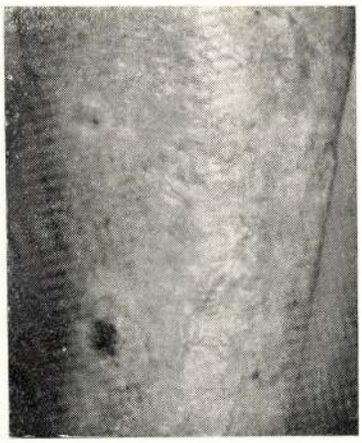
3. *a)* ábra. S. I. kezelés előtt (1937. nov. 20.) Részteles magyarázat a szövegben.

2. *b)* ábra. Ugyanaz 6 heti p. k. kezelés után.

3. *b)* ábra. Ugyanaz XI. 30-án.



3. *c)* ábra. Ugyanaz XII. 8-án.



3. *d)* ábra. Ugyanaz XII. 17-én.

hámosodás folyamatát másodlagos fertőzés gyakran zavarja (eyisipelas!). A behámosodást gyorsítani is lehet, előfeltétel mindig a fokozott jó táplálás.

A III. fokú égések kórtanával nem kívánok külön foglalkozni.

Találni kellett tehát olyan szert, amely a transsudatiót tartósan megszünteti.

Ismeretes, hogy azok a gyógyszerek, melyek általánosan gátolják a mirigytevékenységet vagy azokat fokozni képesek, a vér- és nyirokhajszálérhálózatban, sőt a szövetrésekben is befolyásolják az áramlást, positiv, vagy negativ értelemben. Ezek a szerek vagy a pilocarpin, vagy az atropincsoporthoz tartozó alkaloidák, helyesebben azok sói. Az előbbiek fokozzák, az utóbbiak akadályozzák a mirigytevékenységet. Az atropincsoport tagjai az összes parasympathicus végkészülékekre hatnak gátlóan. E hatás segélyével atropinnal helyi vizenyőket gyorsan és tartósan vissza lehet fejleszteni. A para-phenylendiaminnal halálosan mérgezett házinyul nyelvén, garatjában, nyakán és fején keletkező vizenyőt calciuminjectióval csak átmenetileg, atropininjectióval pedig tartósan sikerült megszüntetni. *Meisner R.* írja, „Az, hogy a nyirokutak atropinra és pilocarpinra kitágulással, illetve megszűküléssel válaszolnak, ismeretes tény". (V. ö. *L. Camus* és *E. Gley*: Arch. de Pharmacodyn. 1. k.) Tudjuk, hogy a vizenyőt előidéző végok a mélyebb rétegben lejátszódó hajszálérszűkülés. Elméletileg tehát az atropinnak és hasonló szereknek megszüntető, sőt megelőző hatásúnak kell lenniök minden esetben, ahol bullaképződés várható, így a II. fokú égés esetében is. A hatásmód ugyan nem teljesen tisztázott, én sem rendelkezem laboratoriumi kisérleti eredményekkel, mert tapasztalataimat csak a betegen szereztem, ezért csak annyit merek állítani, hogy 15 év óta előfoduló több-kevésbbé súlyos, többször a testfelületnek több, mint egyharmadára kiterjedő II.-fokú égés esetén alkalmaztam 1 milligram atropinum sulphuricum injectiót s azt vettem határozottan észre, hogy a transsudatió nagymértékben csükkent, vagy meg is szünt. A injectiót szükség esetén többször megismétlem. Természetesem adtam morphint és cardiacumokat is. Az eljárás sokatigérőnek látszott, csakhamar már kisgyermekeken is meg mertem kisérelni, s arra a meglepő eredményre jutottam, hogy ezek testsúlyukhoz viszonyítva sokkal többet tűrnek el, mint a felnőttek, kiken elég gyakran fejlődött ki az atropinmérgezésnek néhány szelidebb tünete. Ennélfogva nem osztozom *Fuchs* nézetében, mely szerint kisgyremekek különösen érzékenyek lennének atropinnal szemben.

A múlt évtized közepén *Starkenstein* prof. munkái folytán nauseák ellen (hyperemesis gravidarum, tengeri betegség, repülőbetegség, stb.) a berlini Schering—Kahlbaum-gyár forgalomba hozta vasano néven tablettáit, kúpjait és ampulláit. Olvastam *Schreiner* errevonatkozó ajánlatát, s a II. fokú égések esetén ettől kezdve a vasano ampullákkal folytattam kisérleteimet*). Nem tudom, hogy *Schreiner* ajánlatának támadt-e másutt visszhangja? Egy ampulla a gyár adatai szerint negyed milligramm alkaloidát tartalmaz 1:4 arányban, éspedig l-scopolamint és l-hyposciamint, mindkettőt camphorsavhoz kötve. Súlyos esetekben egyszerre két ampullát injiciáltam felnőtteknek, gyermekeknek pedig pedig egy napon belül két ampullát. Mérgezési tüneteket nem észleltem, a kívánt megnyugtató és transsudatiót gátló hatás ellenben olyan szembetűnő volt, hogy ezentúl ezt a szert alkalmaztam minden súlyosabb II.-fokú égési sérültön. A scopolamin és hyoscin állítólag tízszer olyan erős hatásúak, mint az atropin, tehát ennek megfelelően adagjuknak is tízszer kevesbbnek kellene lenni. Dehát ez valószínűleg nem így van, mert az egyszerre adott két ampulla fél milligrammot tartalmaz, s így ötszörösét adtam a pro dosi megengedett — atropinra vonatkoztatott — adagnak. Kellemetlen mellékhatásokat soha nem láttam.

Az idetartozó irodalom felsorolása helyett érdekesebb lehet egy eset lefolyásának ismertetése.

1939. április 1-én este hoztak be egy pár perccel előbb leforrázott 14 hónapos, 15 kg súlyú, addig egészséges leánygyermeket. A lefoszló, óriási égési hólyagokkal fedett bőrterület az egész testfelület felét tette ki. Azonnal egy ampulla vasanot és cardiacumot injiciáltam. Másnap a szülők előzetes beleegyezésével ezt az adagot 24 órán belül megismételtem. A transsudatio csökkent. Naponként kötésváltás. Behámosodás a 8. napon kifejezetten észlelhető s a 16. napon majdnem befejeződött. A gyermek feje volt különösen érintve s ezért a táplálás gondot jelentett, de szerencsére még szopni szokott s így ez is megoldható volt. A harmadik napon beállott közepes láz miatt fél ampulla deseptilt adtam, mire a láz azonnal megszünt. A 19. napon már az egész égett területet friss hám borította, csak a bal fülkagylón voltak még pörkök, melyekből váratlanul és gyorsan, csaknem a fél fejre kiterjedő orbánc keletkezett. A három alkalommal, naponként végzett quarzfénybesugárzás azonban csakhamar végleges gyógyulást hozott. Ha az ebben az esetben 24 órán belül adagolt alkaloidamennyiséget atropinra és 75 kg súlyú egyénre számítanám át, akkor az 25 milligram atropinnak felelne meg, ami teljességgel lehetetlen.

*

E beszámoló céljául azt szántam, hogy égési sérülések esetén már az első segélynyújtást tegyük lehetővé ezzel az alkaloidával, tehát tartsa magánál mindenki, aki autóba, repülőgépbe száll, tartsák készen azt a mentőszekrényekben, vigyék magukkal a mentők, tűzoltók, légelhárító és légvédelmi szervek és főként a honvédség égési sérülésnek kitett alakulatai.

*) Egyelőre még nem engedélyezett gyógyszerkülönlegesség.

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

Kallikrein a gyomornedvben.

Irta: *Korányi András dr.* egyet. m. tanár, adjunctus és *Szenes Tibor dr.* egyet. tanársegéd.

Már előbbi közleményükben beszámoltunk arról, hogy az emberi nyálban egy igen hatásos vérnyomássüllyesztő anyag van, amelyet vizsgálataink során a már 1909-ben *Abelous* és *Bardier* által a vizeletben kimutatott vérnyomássüllyesztő anyaggal és később a *Frey* és *Kraut* által felfedezett és pankreas hormonnak tartott kallikreinnel (padutin) tudtunk azonositani. Ötvennél több, emberi nyálban végzett meghatározás alapján úgy találtuk, hogy az emberi nyál kallikrein tartalma általában 0.3—3.0 K. E. ccm-ként. Néhány esetben azonban ennél jóval nagyobb értékeket is találtunk: 6, 10, 12, K. E.-t pro ccm, sőt egyik betegünknek, aki nephrosklerosisban és uraemiában szenvedett, az egymásutáni napokon 34, 45, 80, 30 K. E. volt az általunk észlelt nyál-kallikrein tartalma. Vizsgáltuk ezenkívül az állati parotismirigyet is. Meghatározásaink szerint a friss sertés parotis g-ként 40—170 K. E.-nyi kallikreint tartalmaz. Hasonló vizsgálatokról számoltak be *Werle* és *Rhoden*, szerintük azonban a parotis kallikrein tartalma sokkal kisebb. Legutóbb *Werle* és *Kortsen* a normalis emberi nyál kallikrein tartalmát középértékben 2.6 K. E.-ben állapitották meg. Ha a nyál napi mennyiségét 500—1000 ccm-re tesszük, a

nyállal elválasztott napi kallikrein-mennyiség tehát középértékben 1300—2600 K. E.-nek felel meg. Az előbb említett neprosklerosisos-uraemiás esetben —, ha az átlagos napi nyálmennyiség alsó határát vesszük is alapul, — a nyállal elválasztott napi kallikrein mennyiség 40.000 K. E. felel meg.

Vizsgálataink folyamán ezután azt szándékoztunk tisztázni, hogy ennek a rendes körülmények között is nagy mennyiségű kallikreinnek mi a további sorsa a szervezetben. A szájban végbemenő physiologiai folyamatokban vizsgálataink alapján nem tudtunk a kallikreinnek szerepet juttatni. Annak eldöntésére, hogy a lenyelés után a nyál kallikreinjének van-e valami biologiai jelentősége, mindenekelőtt azt tartattuk szükségesnek megállapítani, hogy a nyállal a gyomorba került kallikrein a gyomornedvvel keveredve megtartja-e változatlanul eddig ismert biologiai tulajdonságait. Annál is inkább gondolnunk kellett erre, mert *Kraut, Frey, Werle* és munkatársainak vizsgálatai szerint a pankreas eredetű kallikrein savakkal, lúgokkal, egyéb chemiai anyagokkal, hővel, ultraviolett sugárzással szemben érzékeny, illetőleg ezek hatására elpusztul.

E közleményünkben ismertetendő kisérleteinknek kettős célja volt: 1. eldönteni azt, hogy a gyomornedv elpusztítja-e a nyál-kallikreit vagy felfüggeszti-e annak biologiai hatását; 2. megállapítani, hogy a gyomornedv milyen hatással van más eredetű és gyárilag tisztított kallikreinre. Ez utóbbi gyakorlati jelentőségét a peroralis padutin-kezelés kritikájában látjuk.

Megállapításaink 30 különböző aciditású gyomortartalommal végzett vizsgálat adataira támaszkodnak. A kisérletekhez éhgyomrú emberek gyomortartalmát használtuk, amelyet szűrőpapiron át filtrálva két részre osztunk, egyik részében az aciditási viszonyokat, másik részében a kallikreintartalmat határoztuk meg biologiai kisérletben a szokásos módon. A gyomortartalmat egyrész közömbösítve, másrészt közömbösítés nélkül injiciáltuk. A kétféle eljárás között a vérnyomássüllyesztő hatást illetőleg lényeges különbség nem mutatkozott, azaz a gyomornedvvel a vérpályába vitt savmennyiség gyakorlati értelemben a vérnyomást nem befolyásolta. A szűrt gyomornedvből 0.2—3.0 ccm-t fecskendeztünk az állat gyűjtőerébe, aszerint, hogy az anyagnak mekkora volt a vérnyomássüllyesztő hatása. Az esetek egy részében ilyen hatás nem mutatkozott, más részében jelentős volt közvetlenül befecskendés után. Hogy ez a hatás a lenyelt kallikreintől származik, várakozásunkhoz képest valószínűnek látszott, azonban szükségesnek tartottuk ennek teljes bizonyítását. Errevonatkozólag elvégeztük az ismert azonosító próbákat:

1. A vérnyomássüllyesztő hatás a gyomornedvnek 24 órági tartó dialysálás után is megmaradt, (pergament- és cellophan-papiron át.);

2. A gyomornedv friss emberi savóval keverve 37 C°-on ¾ órai állás után elveszítette vérnyomássüllyesztő hatását (inactiválódott);

3. Az ilymódon hatástalanná lett gyomornedv-kallikrein aceton-aether-kezelés után ismét visszanyerte vérnyomássüllyesztő hatását.

4. 15 percig tartó nyilt lángon forralás után az azelőtt hatásos gyomornedv a vérnyomást többé nem csökkentette;

5. Atropinozott kutyán a gyomornedv vérnyomássüllyesztő hatása változatlanul érvényesült.

Az azonosítási próbák tehát mind positiv eredményűek lévén *kétségtelenné vált, hogy a gyomornedv vérnyomássüllyesztő anyaga valóban a kallikrein.*

Az alábbi táblázatban feltüntettük a vizsgált gyomornedvnek savviszonyait és kallikrein tartalmát. Áttekinthetőség és szemlélhetőség kedvéért az adatokat rendszer szerint csoportosítottuk. Igy a táblázatból azonnal szembetünik az a törvényszerűség, hogy az *olyan gyomortartalom, melyben szabad sósav van, a vérnyomást nem befolyásolja, azaz biologiailag kimutatható kallikreint nem tartalmaz és csak azok a gyomornedvek tartalmaznak kallikreint, amelyekben szabad sósav nincs.* Az achlorhydriás gyomornedvek kallikreintartalma 0.2—3.0 K. E. között ingadozik, az eseteinkből kiszámított középérték 1.6 K. E. pro ccm.

Már ebből a szigorú szabályszerűségből nyilvánvalónak látszik, hogy a nyállal lenyelt kallikreint a sósav tartalmú gyomornedv hatástalanná teszi. Teljes bizonyításul azonban szolgáljanak a következő kísérleteink:

K. E.	HCl.	K. E.	HCl.	K. E.	HCl
0	75	0	10	1.2	0
0	38	0	8	1.4	0
0	30	0	6	1.7	0
0	26	0	3	1.7	0
0	23	0	0	1.9	0
0	21	0	0	2.0	0
0	18	0	0	2.0	0
0	16	0.2	0	2.1	0
0	12	0.6	0	2.3	0
0	10	1.0	0	3.0	0

1. Kallikrein tartalmú nyálhoz szabad sósavat tartalmazó kallikreinmentes gyomornedvet adtunk *aa* mennyiségben, majd a keveréket 10 percig 37 C°-on tartottuk. A rögtön ezután elvégzett biologiai vizsgálattal a keverékben activ kallikrein nem volt kimutatható. (Igy pl. 2.1 K. E.-t tartalmazó nyálat összekevertünk egyenlő mennyiségben a táblázatban feltüntetett 7. gyomortartalommal, amelynek szabad sósavtartalma 10.)

2. Ugyanezen kisérletet elvégeztük két olyan gyomornedvvel, amelyek közül az egyik activ kallikreint tartalmazott, a másik pedig kallikreinmentes szabad sósavtartalmú gyomornedv volt. A vérnyomássüllyesztő hatás ebben az esetben sem maradt meg.

3. Azt, hogy a nyáleredetű gyomornedv-kallikreint a szabad sósav és nem a gyomornedv valamely egyéb alkatrésze hatástalanítja bizonyítja az a kisérlet, amelyben kallikrein tartalmú achlorhydriás gyomornedvhez ugyanolyan töménységű és mennyiségű tiszta sósavat adtunk, mint amennyi pl. az előző pontban jelzett 9. gyomortartalom szabad sósavának megfelel. A kallikrein ebben az esetben is hatástalanná vált.

4. Ugyanezen kisérleteket a gyári kallikrein készítménnyel, a paditunnal is elvégeztük. Az achlorhydriás gyomornedvek a padutin vérnyomássüllyesztő hatását nem befolyásolták, míg a szabad sósavtartalmú gyomornedv hatására a padutin vérnyomássüllyesztő hatását elveszítette. (Pl.: 1 ccm 30—46 aciditású gyomornedv 1 ccm 4 K. E.-t tartalmazó padutint hatástalanított; vagy 1 ccm 10—18 aciditású gyomornedv 1 ccm 4 K. E.-t tartalmazó padutint hatástalanított. A 3. pontban jelzett vizsgálat padutinnal végezve ugyanolyan eredményt adott.

Mindezek alapján bizonyítottnak vehető, hogy a nyálkallikrein és a padutin szabad sósavtartalmú gyomornedvvel keveredve elveszti vérnyomássüllyesztő hatását. A gyomornedv ezen kallikreinroncsoló hatása mindazokban az esetekben észlelhető volt, amelyekben az alkalmazott gyomornedv szabad sósavtartalma 8-on felül volt; az alacsonyabb szabad sósavtartalmú gyomornedvek a kallikreint nem befolyásolták.

Hátra volt még annak a kérdésnek eldöntése, hogy a kallikrein, illetőleg padutin vérnyomássüllyesztő hatásának megszütntetése csupán ideiglenes-e, azaz inactiválódás-e, avagy véglegesen elpusztul. Évégből megkíséreltük a hatástalanná vált anyagot az ismert acetonaether eljárással ismét activálni. Ez a próbálkozás azonban minden esetben eredménytelen volt. Tehát eddigi ismereteink szerint azt kell tartanunk, hogy a nyáleredetű *kallikrein és a padutin gyomorsav hatására elpusztul.*

Vizsgálataink gyakorlati jelentőségét abban látjuk, hogy a kallikrein, illetőleg a közismert padutin belső alkalmazásától gyógyeredmény nem igen képzelhető el. Előbbi közleményükben már rámutattunk ez eljárás céltalanságára azzal a megokolással, hogy a nyállal a szervezetbe jutó nagymennyiségű kallikrein mellett (középértékben napi 2600 K. E.) a belsőleg adagolt elenyészően kicsi dosis (napi 10—35 K. E.) számba sem jöhet. Fenti kisérleteink alapján pedig bizonyítottnak vehető, hogy a peroralis padutin-kezeléstől eredmény egyáltalán nem várható, kivéve legfeljebb azon egyéneket, akik achlorhydriában szenvednek és emellett még valami okból csökkent a nyál-kallikrein termelésük is.

Annál is inkább szükségesnek tartottuk megállapításainkat ismertetni, mert az irodalomban számos esetben jelennek meg még ma is olyan tartalmú közlemények, amelyek a belsőleg adott padutinnal kapcsolatosan jó eredményekről számolnak be. Valószínűnek tartjuk, hogy az ilyen kedvező eredmények olyan betegeken észleltettek, akikről az előző pontban tettünk említést. Másrészről a rendszerint hosszabb ideig elhúzódó, belső kezelésre észlelt javulás psychikus hatással vagy önkéntes javulással is magyarázhatók. Nem szándékunk kétségbevonni e szerzők bizonnyal objectiv észleleteit, csupán arra kívánjuk felhívni a figyelmet, hogy a belsőleges padutin-kezelés eredményessége — az említett kivételes esetektől eltekintve — jelen vizsgálataink kisérleti eredményeivel ellentétben áll.

Összefoglalás:

1. A szabad sósavtartalmú gyomornedvben kallikrein nincs.

2. Az achlorhydriás gyomornedvben csaknem mindig van kallikrein.

3. A nyál-kallikreinjét a gyomornedv sósavja elpusztítja;

4. A padutint a gyomornedv sósavja elpusztítja.

5. A belsőleges padutin-kezelés — kivételes eseteket nem tekintve — adataink szerint nem lehet eredményes.

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

Soós Aladár: Étrendi előírások III. bővített kiadás . . . . . 5.— P helyett 4.— P

Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája, 230 old. 110 ábra és 16 oldal műmelléklettel 5.— P

Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal . . . . . 6.50 P helyett 5.50 P

Vászonba kötve . . . . . 8.— P helyett 7.— P

Rigler Gusztáv: Közegészségtan és a járványtan tankönyve . . . 25.— P helyett 5.70 P

Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala, 86 oldal . . . . . 2.50 P helyett 2.— P

Issekutz Béla: Gyógyszerrendelés . 8.— P helyett 6.— P

Krepuska István: A füleredetű agytályogok kór- és gyógytana . . 4.— P

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvéttel történő rendeléskor a portóköltséget is felszámítjuk.

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

Alkaptonuria.

Irta: *Móritz Dénes dr.*, egyetemi tanársegéd.

1937. IV. 20-án egy harmadfél éves kisfiút mutattak be ambulantiánkon azzal a panasszal, hogy kb. 4 hónap óta nagyot hall. A fülészeti vizsgálat chronikus otitist állapított meg. Amikor az általános vizsgálat során a beteg vizeletére is sor került, föltünt, hogy a kémcsőben levő vizelet szine állás közben sötét barnává változott. Kérdezősködésünkre a szülők elmondották, hogy ezt a jelenséget már ők is észrevették a gyermek születése óta, azonban nem tulajdonítottak neki jelentőséget.

Fejlődésében kissé visszamaradt gyermekről van szó; súlya 11.50 kg., hossza 85 cm, fejénekkörfogata 49 cm, mellkörfogata 51 cm. Mellkasán és alsó végtagjain rachitis nyomai. Különben sem testi sem psychikus eltérést nem találunk rajta. Hosszabb ideig tartottuk klinikánkon megfigyelés alatt, majd felülvizsgálatra is berendeltük, kórosat azonban egyizben sem mutathattunk ki. Egyetlen rendellenesség az volt, hogy vizelete állásra sötét barnaszinüvé vált. Barnaszinű vizelet ürítését egyszer sem láttuk, de ha a vizeletet kémcsőbe öntöttük, először a levegővel érintkező felső réteg barnult meg, majd az elszineződés felülről lefelé huzódott. Gyorsabban, de ugyanilyen sorrendben következett be a barnulás akkor is, ha a vizelettel telt kémcsövet napfénynek vagy quarzfénybesugárzásnak tettük ki. Ha a vizeletet a levegőtől toluol réteggel el zártuk, a barnulás elmaradt. Ez arra vall, hogy a barnulást nem a napfény okozza, hanem a levegőből felvett oxygen. Meglugosított vizeletben a barnulás gyorsabb, de a meglúgosítás a szinváltozás létrehozásához egymagában nem elég, alkalikussá tett vizelet is csak oxygen jelenlétében barnul. A reductiós próbák közül a Nylander- és Fehling-próbát már melegítés nélkül is adja. Élesztővel nem erjeszthető és optikailag inaktiv. E próbák azt mutatták, hogy a vizelet sajátságos elszineződését *homogentisinsav* tartalma okozza.

A homogentisinsav vagy más néven dioxyphenylecetsav rendes vizeletben nem fordul elő, hanem csak egyes anyagcserezavar esetén; ilyenkor a szervezet a fehérjeforgalom aromás bomlástermékeit, a tyrosint és phenyl-alanint, amelyek rendes körülmények között desaminálás és oxydatio utján, miközben a zsirsav oldallánc fokozatosan megrövidül, phenolokká alakulnak át és így ürülnek ki a vizelettel, nem képes tovább bontani, hanem homogentisinsav alakjában üríti ki. Régebben, amig ezt nem tudták, az ilyen vizeletről azt mondták, hogy „alkapton" testeket tartalmaz, magát a kórképet pedig *alkaptonuriának* nevezték. *(Bödeker)* Hogy miért akad meg a fehérje lebontása tyrosinnál, azt még ma sem tudjuk; ez anyagcsere zavarnak szervi betegségekkel való összefüggését eddig nem sikerült kimutatni. Egyesek szerint csökkent fermenttevékenység, talán tyrosinase hiány a közvetlen ok. Támogatja ezt a feltevést az a megfigyelés is, hogy a homogentisinsav egészséges egyén serumához keverve nemsokára eltünik, de alkaptonuriás egyén serumának hozzákeverésére nem. Később *Katsch* azt találta, hogy ez az eltünés destillált viz hozzákeverésére is bekövetkezik és magyarázata egyszerű oxydatiós folyamatban keresendő. Ezek szerint inkább úgy látszik, hogy az alkaptonuriás serum valami oxydatiót gátló anyagot tartalmaz. Némely gombában, továbbá a burgonya héjjában, egyné-

melyik rovarban és féregben oly enzymát találtak, amely a tyrosint barna vagy fekete vegyületekké alakítja át. Egyes szerzők e jelenség és a homogentisinsav tartalmú vizelet megbarnulása között összefüggést véltek találni. Ujabban *Katz*-nak és *Metz*-nek sikerült a homogentisinsavat a beteg serumában, *Katz*-nak és *Mader*-nek pedig a liquorban is kimutatni.

Az alkaptonuria nem muló állapot, az illetőnek rendesen egész életén át tart. Azonban úgy látszik, hogy hosszú ideig semmi észrevehető káros hatása nincsen. Erre mutat az, hogy az ilyen csecsemők és gyermekek általában rendesen fejlődnek és — mint a mi esetünkben is — kóros elváltozást nem mutatnak. Hosszú évtizedek mulva azonban kóros következményekkel járhat: a porcos elemek fekete elszineződését okozhatja, amit *ochronosisnak* neveznek. Már élőn is feltünik a frülkagylónak, az orr porcos részeinek és a sclérának kékes-barna szine. Boncoláskor a porcok olyanok, mintha tintával lennének átítatva *(Virchow)*. Máskor az alkaptonuria öreg korban arthritis deformensra vezet. Olykor tömlők képződnek a csontokban; előfordul az is, hogy a húgyutakban, különösen a hólyagban jellemző concrementumok képződnek: *lithiasis ochronotica*.

Az alkaptonuria eléggé ritka. *Bödeker* 1859-ben először írta le; ez időtől kezdve 1908-ig, tehát 50 év alatt *Frommherz* statisztikája szerint 58 eset került közlésre. Az utolsó 25 év alatt Európában összesen 23 esetet találtunk följegyezve. Klinikánkon 1931-ben *Lukács* észlelt egy esetet, amelyet bemutatak az Orvosegyesületnek is. Természetesen valószinű, hogy a közölteknél jóval több eset fordul elő, nemcsak azért, mert nem minden felismert esetet írnak le, hanem azért is, mert különösebb panaszokat nem okozván, orvos szeme elé sem igen kerül.

Az alkaptonuriát már régóta családi rendellenességnek tartják. Ahol a családban tovább kutattak, elég sokszor megtalálták a bajt a beteg testvéreiben is. *Garrod* statisztikájában 31 — más-más családhoz tartozó — testvér közül 14 volt alkaptonuriás. A z is feltünő, hogy a betegek közül tulnyomó számban vannak a fiúk. Alkaptonuriások szülei között sokszor tudtak kimutatni vérrokonságot és e körülményt kóroktani momentumnak is tartják. Olyan megfigyelés, amely az alkaptonuria közvetlen örökölhetősége mellett szólna, csak kettő van az irodalomban. Az egyik *Garrod* esete, a másik *Umber*-é. Mindkét esetben kimutatható volt a szülők alkaptonuriája. Esetünkben igyekeztünk ilyen szempontból összeállítani a családfát, és a következő érdekes adatokra bukkantunk: az apa, aki egészséges, kétszer nősült; az első házasságából származó 2 gyermeke közül egyik sem alkaptonuriás. Második házasságából szintén két gyermek származott: a szóban forgó fiúcska és egy jelenleg 4 hónapos testvére, akin szintén születése óta észrevették, hogy vizelet állás után megbarnul. A csecsemő, akit vizsgálatra berendeltünk, jól fejlett és jól táplált, rajta az alkaptonurián kivül egyéb eltérést nem találtunk. Anyja egészséges, testvérei szintén, de egyik testvérének egyik gyermeke szintén alkaptonuriás.

Esetünk örökléstani szempontból is figyelemre méltó. A szülők mentesek e bajtól. Az apa első házasságából származó 2 gyermek ugyancsak egészséges, ellenben a második házasságából származó mindkét gyermek alkaptonuriás, tehát kétségtelenül az anya közvetítette a bajt. Ezt az is mutatja, hogy az anya testvérének egyik gyermeke szintén alkaptonuriás. Esetünk is bizonyíték arra, hogy a bántalom öröklődik. Az anya családjában volt meg és ő örökítette tovább, anélkül, hogy maga beteg lett volna. Az alkati tényezők kedvező találkozása kellett azután hozzá, hogy a lappangó hajlam betegségre vezessen.

Ha azt tekintjük, hogy az alkaptonuria évtizedekre terjedő fennállás után olyan komoly elváltozásokra vezet, mint az ochronosis, arthritis deformans, osteopathia, akkor mindenképen megokolt, hogy az ilyen korán felismert esetekben már fiatal korban is megkiséreljük az anyagcserezavart gyógyítását, annak ellenére, hogy ilyenkor kóros tünetekkel még nem jár. *Braid* és *Hickmanns* anyagcserevizsgálatai azt mutatták, hogy éhezés alatt a homogentisinsav eltünt a vizeletből, tejbevítelre azonban ismét megjelent. A kiválasztott homogentisinsav mennyisége a bevitt tej mennyiségével párhuzamosan nőtt, tojás sárgájának az elfogyasztása szintén növelte mennyiségét. A mi esetünkben fokozott fehérjebevítel 1.81 g-ról 2.45 g-ra szaporította a kiürített homogentisinsav mennyiségét, ami ha tekintetbe vesszük a gyermek súlyát és azt, hogy felnőtteknél napi 4—5 g-ot tesz a kiválasztott mennyiség, elég nagy. Oki therápiával nem rendelkezvén csupán azt tehetjük, hogy a homogentisinsav kiválasztás külső komponensét a fehérjebevítel lehető korlátozásával csökkentjük és az alkaptontestek tárolódását bőséges folyadékbevítellel megakadályozzuk.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

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

A diabetes mellitus mechanismusa. *Himsworth.* (The Lancet, 1939. 22.) A cukorbajosok két typusát különböztetjük meg: az insulinérzékenyt, aki esetleg már néhány egységgel is cukormentessé válik, hajlamos hypoglykaemiára és a resistenst, akiken 1—2 g vizelet-cukor eltüntetése is csak nagy insulinmennyiségekkel sikerül. De az esetek többségében éles határvonal a két alak között nincs.

Vércukorvizsgálatok dextrose és insulin adása mellett jobb eredményt adtak. Sikerült kimutatni, hogy ilyenkor az insulinérzékenyeknél a vércukorgörbe az egyórás kisérlet alatt az egészségesekéhez közeláll, míg a resistensek vércukorértékében semmi csökkenés nincs. E vizsgálattal a két alak megkülönböztetése nehézséget nem okoz.

A betegvizsgálat az érzékenyeken, akik inkább a fiatalabb korosztályhoz tartoznak, normalis vérnyomást és súlyosabb fokot talált, hajlamosak ketosisra és hypoglykaemiára; ezzel szemben a resistensek, az idősebb, jobbindulatú cukorbajosok, akiknek magasabb a vérnyomásuk ,érelmeszesedésben szenvednek. A két alak diaetás kezelése is különbözik, míg az érzékenyek szénhydratok fogyasztása után nagyobb insulinmennyiséget is képeznek, tehát tolerantiájuk javítható, addig a resistenseken ez nem lehetséges. Ezzel magyarázható az az ellentétes nézet, mely szerint egyesek sok szénhidratot akarnak a betegnek adni, az insulinadag növelése nélkül, míg mások műhibának tartják a sok szénhidrát adását.

A szénhidrátok és az insulin e különböző magaviseletét a peripheriás szövetekből felszívódó cukormennyiség különböző viselkedésével lehet magyarázni. Az valószínű, hogy az insulin, ha nem is hatástalan, csak lassan szivódik fel és ez az elhúzódó felszivódás csak alig változtatja meg a vércukorgörbét, a glykogenanyagcserét. Szerző esetekkel igazolja a hypophysaer eredetű cukorbaj létezését. (Akromegalia.) A pothogenesist tárgyalva megemlíti az öröklés fontos szerepét, az esetek megoszlását kor szerint, az elhízás és a septikus megbetegedések kihatását a cukorbajon. (B. 34.)

vitéz Kolta Ervin dr.

Actinomyces Bovis okozta endocarditis. *Uhr.* (Arch. Int. Med. 1939. 7.) Halálos lefolyású endocarditist ismertet, melyet az actinomyces bovis okozott. A kórlefolyás teljesen egyezett az endocarditis subacuta képével. Négy izben lehetett a vérből tiszta actinomyces tenyészetet nyerni a lefolyás alatt, a boncolás alkalmával a billentyükön talált felrakodásokból is kinőtt az actiomyces. Az eset jelentősége abban áll, hogy a *Jewell* által 1922-ben ismertetett kivéve

(mikor is leptothrix volt az ok) az egyetlen eset, mikor magasabb rendű bakterium okozott endocarditist. A szív actinomycosisa ritka s az eddig ismertetett esetekben a kórokozó metastasis útján került a szívbe. Az előfordult esetek közül mindössze két izben terjedt át a myocardiumról az endocardiumra is, de ezen eseteiben is a primer megbetegedés adta a klinikai képet. A közölt esetben a szervezetben még a boncolás sem talált a mitralis billentyün kivül actinomycesist, s a lefolyás az endocarditis tiszta képét adta. (B. 36.)

Erdős József dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

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

Interperitonealis haematokolposból történő hüvelyképzés atresia vaginalis estében és normalis szülés. *Lossen.* (Zbl. f. Gyn. 1939. 15.) A szerző először 3 esetet ismertet az irodalomból, melyekben hüvelyképzés után terhesség és szülés következett be, majd rátér saját esetének ismertetésre. 25 éves sovány leányon, aki még nem menstruált vérszegénység, fáradékonyság s minden hó végén szédülés és fejfájás jelentkezett. A különben teljesen normalis nőn a hüvelybemenet helyén 2 cm mély vak tasak volt látható és a hymen nem volt világosan elhatárolt. Rectalisan ökölnyi, gömbölyű, rugalmas daganatot tapintottak a kismedencében (haematokolpos), mely balra keskeny uterusban folytatódott. A szerzők a vak hüvelybemenet hátsó részén ejtett harántmetszésből kiindulva, a vak hüvelybemenetet a húgycsővel és hólyaggal összefüggésben a végbélről magasan lepraeparálta. Majd Pfannenstiel-féle hasmetszéssel meggyőződött, hogy a belső nemiszervek, eltekintve az uterus keskenységétől, normalisak; alulról megnyitotta a haematokolpost, melyből ½ l. szurokszerű, nyúlós folyadék ürült. A megnyitott haematokolpost lehúzta s hátul a gátsebhez, elől a vak hüvelybemenethez kivarrta. A műtét után az így képzett hüvely teljesen normalisnak látszott, ugyanis a haematokolpos belseje megvastagodott nyálkahártyával volt borítva. A műtét után félévvel húgycső-hüvely sipoly keletkezett, mely újabb műtétre gyógyult. Azóta a beteg panaszmentes, 28 naponként 2½ napig tartó középerős menstruatiója van. Méhe normalis nagyságúra nőtt. Műtét után 5 évvel 50 cm hosszú, 3300 súlyú gyermeket szült. A szülés normalis, igen gyors lefolyású volt. Azóta is panaszmentes. Fejlődéstanilag ez a rendellenesség úgy magyarázható, hogy a Müller-féle csőből származó hüvely nem került összeköttetésbe a sinus urogenitalissal s így a hasüregben zárva maradt. (B. 70.)

Thuránszky László dr.

Sirénképződés esete. *G. Ilbreg.* (Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 119. 1.) A közönséges és röntgenfelvételeket is bemutató közlemény a legaprólékosabb részletekbemenően tárgyalja egy eset kapcsán azt a fejlődési rendellenességet, melynek lényege az alsó végtagok egybeforradása. A mythologiai név helyett manapság inkább a sympus elnevezést használják. (H. 21.)

Rohonyi István dr.

Csecsemők és koraszülöttek koponyaüri vérzései. *H. Koch.* (Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 119. 1.) Szerző koraszülött-, újszülött- és legfeljebb 10 napos csecsemőhullák boncolási eredményeiről ad összefüggő tájékoztatást. A boncolt esetek 44.4%-ában talált koponyaüri vérzést. Ezek a számok nagyobbak, mint a más szerzők által közöltek. Szerző a koponyaüri vérzéseket meningealis-, agykamrai- és agyállományi vérzésekre osztja. Leggyakoribbak a meningealis, legritkábbak az agyállományi vérzések. Szövettani vizsgálattal ki lehet mutatni, hogy a mokroskopos vizsgálat eredményeivel szemben leggyakrabban az agyállományi vérzések fordulnak elő. A vérzések oki szempontból a következőképen osztályozhatók: 1. direct vérzések, a magzati koponyát közvetlenül érő erőművi behatás következtében (sérülések, fogóműtét, fordítás, kóros medencealak következtében); 2. indirect vérzések: a méhürben uralkodó nyomásviszonyok hatására létrejövő koponyaüri vérkeringési zavarok következtében. (H. 20.)

Rohonyi István dr.

Egy új próbaexcisiós műszer. *Reifferscheid.* (Zbl. f. Gyn. 1939. 15.) A jó próbaexcisiós műszertől megkövételjük, hogy segítségével a próbaexcisio könnyen kivehető, a portión ejtett seb gyorsan és biztosan ellátható legyen, továbbá a nyert anyag alapos szövettani vizsgálatra elegendő legyen s zúzódás, vagy szakadás által ne szenvedjen. A szerző által szerkesztett tompaszögben hajlított műszernek két ollószerűen mozgó karja van. A felső kar végén egy ékalakú üreges vágórész van, mely beleillik az alsó karon levő háromszögalakú üregbe. Az eszközzel a portioból ékalakú darab metszhető ki, az ejtett sebzés sima és kicsiny, könnyen ellátható, ha szükséges esetleg egy varrattal. A nyert anyag nem szakadozott, nem zúzott, szövettani vizsgálatra tökéletesen elegendő. (B. 69.)

Thurászky László dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

Agydaganat korai szemtünetei. *Vogel.* (Berlini Továbbképző Tanf. 938.) A látótérvizsgálat diagnosztikai jelentősége közismert. Fontos a mellső agygödri *meningioma* (3 typikus kiindulási hellyel) kórjelzése: egyoldali centrális scotona, majd vakságra vezető elsődleges látóidegsorvadás. Később a tuloldalon hemianopsia esetleg pangásos papilla *(Foster Kennedy).* Ezen az oldalon postneuritikus sorvadás később tabes. Jó utmutatást ad ilyenkor a szaglásvizsgálat melyet minden neuritis retrob. és „tabeses" látóidegsorvadás esetén elvégeznek. Mozgászavarok közt megemlítendő a tekintés bénulás felfelé, mely az ikertelep daganatára jellemző. A rheumásnak tekintett muló abducens bénulás hátsó egygödri daganat korai tünete lehet. Hallóideg neurinoma, a leggyakoribb kisagyhidszögleti daganat korai jele a corneális reflex eltünése (emellett abducens bénulás és hallászavar.) Ismétlődő szemizombénulás meningismus kapcsán (ophthalmoplégiás migrén) arteriographiás vizsgálatot kiván (carotisaneurysma). A retina angiomája esetén kisagy hämangioma ill. tömlő után kell kutatni. (Hippel-Lindau f. betegség.) (G. 73.)

Grósz István dr.

A könny baktericid hatásáról. *Jaraszynska.* (Lengyel Tud. Akad. kiadv. 938.) Szerző fecskendővel nyert könny konyhasótartalmát 0.51—1.04%-nak találta. A könny csiraölő hatása független a konyhasó concentratiótól. A lisozym kifejezetten bakteriumölő tulajdonságokkal bir a staphylo- és streptococcus-szal szemben, mig a colival szemben nem. (G. 72.)

Grósz István dr.

A könny szerepe a szarú betegségeiben. *Melanowski.* (Kairói Szemész Congr. 937.) A könnyelválasztás elégtelenségével a keratitis siccán kivül a keratitis dendriticában és neuroparalyticákan is számolni kell. A könnyet pótoló folyadék közelítse meg annak összetételét: NACl 0.5—1%, viscositás 1.1, pH 7.3. Szerző a präcorneális folyadékréteg pótlására 5%-os marha könnymirigykivonatot ajánl napi 6x-os becseppentés alakjában; ez megfelel a fennti követelményeknek *(lacrimol).* Ez azonban nem tartalmaz lisozymot. Jó eredményt látott ettől az említetteken kivül széli és trachomás szarufekélyek esetén, általában makacs, visszatérő, felületes szarúbántalmakban. A könny qualitativ vizsgálata nagyfontosságú. (G. 71.)

Grósz István dr.

Keratitis disciformis B_1-kezelésére. *Grandi.* (Boll. d'Ocul. 939. 3.) *Focosi* herpes zoster ophthal. ban látott jó eredményt aneurin kezeléstől. Szerző typusos disformis esetében 12 Betabion forte befecskendéssel ért el gyógyulást: gyors fectisztulás, a csökkent érzékenység megszünése. (G. 70.)

Grósz István dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

A gyermekkori obesitas alakjai és prognosisa. *Hering.* (Mschr. f. Khk. 1938. 73.) A gyermekkori elhízás következő alakjait különbözteti meg: 1. exogen elhízás részben alimentaris alapon, (nagymennyiségű táplálékfelvétel), részben mozgáshiány következtében kifejlődve; 2. endogen elhízás. Ez utóbbi csoportba tartozik *a)* az endokrinrendszer zavarai következtében fellépő obesitas, mégpedig elsősorban a pajzsmirigy, azután a hypophysis elégtelen működése következtében létrejövő elhízás. Utóbbinak legismertebb formája a dystrophia adiposogenitalis. Ehhez hasonló némileg a praepubertásos elhízás. *b)* A központi idegrendszer zavarán alapúló obesitas, mint azt enkephalitis, meningitis után láthatjuk kifejlődni, s végül *c)* a constitutionalis alapon kifejlődő kóros zsírfelrakódás. A különböző alakokat példákkal illustrálja s az ilyen gyermekek későbbi sorsát ismerteti. (K. 83.)

Geldrich János dr.

Nyombél vagy gyomorfekély és köldökkólika. *Peiper* és *Hofman.* (Mschr. f. Khk. 1938. 75.) Öt gyermek esetét ismertetik, akik mind hosszabb idő óta köldök körüli fájdalmakról panaszkodtak s akiken a röntgenvizsgálat duodenalis ulcust derített ki. Meg kell említeni, hogy a Weber-r. mindegyiken negativ volt s az ulcus diagnosisa a duodenum tartós spasmusán és a szembenlévő oldal minimalis behúzódásán kívül mást nem mutatott. Az ötödik esetben a gyomor curvatura minorán egy kicsiny fekély látszott. Eseteikből azt a következtetést vonják le, hogy mielőtt a köldökkólikát mint végleges diagnosist elfogadnánk, mindig gondoljunk duodenalis, vagy gyoromfekélyre is és ezirányba is végezzünk vizsgálatokat. (K. 85.)

Geldrich János dr.

Az úgynevezett veleszületett ferdenyak keletkezésének alkati és öröklődési vonatkozásáról. *H. Abels.* (Ann. Pediatr. 1939. 2.) Részletesen ismerteti a veleszületett ferdenyak keletkezéséről szóló elméleteket. Ezek egyike, abból kiinduiva, hogy az esetek 70%-ában farfekvés és nehézszülés szerepel, a fejbiccentő izom csíraplasmás megrövidülését tartja primaer oknak, melynek következtében a magzat nem tudja rendes fekvését elfoglalni, hanem secundaer farfekvésbe kerül. Részletesen ismerteti mások felfogását, ami az övével is megegyezik, hogy a veleszületett ferdenyak nem öröklött betegség, hanem egy körülírt pathologiás elváltozás, amely függ a nyomási sérülést szenvedett izom egyénenként változó reactióképességétől. Ha egy családban több testvér szenved ferdenyakúságban, úgy annak okát az anya szülőcsatornájában kell keresni. (K. 84.)

ifj. Szlávik Ferenc dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő.*

Tularaemia orvoslása sulphanilamiddal. *W. L. Curtis.* Journ. of the Amer. Med. Assoc. 113. 294.) Középkorú nő, hidegrázás, láz, hányás és fejfájás tünetei között hirtelen megbetegedett. A jobb kéz egyik ujján kis fekélyt észleltek. A vér 1 : 320 higitásban agglutinatiót mutatott tularaemiára. Négyszer 1 g napi mennyiségben beadott sulphanilamid után 3 nap alatt a beteg láztalan. A 2 hét múlva végzett agglutinatiós vizsgálat tularaemiára 1 : 5120 higitásban positiv volt. A gyógyulás után mintegy 5 hét múlva a megfelelő oldali hónalji nyirokcsomók megnagyobbodtak. A beteg egészsége visszanyerése után visszaemlékezett, hogy betegsége előtt házinyulak felboncolásával foglalkozott. (Sz. 89.)

Szodoray Lajos dr.

Az Osler-kórról. *D. Cicovacki* és *R. Stöger.* (Wien. Klin. Wschr. 1939. 30.) 4 család 52 átvizsgált tagja közül 25 szenvedett Osler-kór tüneteiben. A baj néha csak gyakori orrvérzésben nyilvánult meg, legtöbbször azonban typhusos teleangiektásiákat találtak az arcon nyakon és ajkakon. A férfiak és nők betegségi arányszáma közel azonos volt (13: 12). Öten szenvedtek szív- és négyen vesebajban az Osler-korban manifesten betegek közül. A baj lényege a capillarisok veleszületett gyengeségében rejlik, amely különböző pontokban tágulásra és vérzésre vezet; a vérben csak secundaer anaemiát észleltek. Egy eset kivételével az öröklődés szabályosan dominans volt. Az értágulatok tehát meglévő capillarisokból és nem új képződésből származnak. A *Memmesheimer* leírta elfajulást a capillarisok közül szövettanilag nem lehetett kimutatni. Szerző utal az öröklött haematuria, haemoptisis és a Sack-féle status disvascularis rokonságára és az egész betegségcsoportot angiopathia hereditaria haemorrhagica néven kívánja összefoglalni. (Sz. 90.)

ifj. Nékám Lajos dr.

A gonorrhoea-complementkötési reactio sulfanilamiddal orvosolt gonorrhoeás infectiók eseteiben. *A. Cohn.* (Amer. Journ. of Syph. 23. 461.) A gonorrhoea-komplementkötési reactio (go. compl.) technikai fejlődéséről számol be a bevezetésben. Szerinte a go. compl. segédeszköz a go. felderítéséhez és a gyógyulási folyamat nyomonkövetéséhez. 59, több, mint egy éven át klinikailag, bakteriologiailag és serologiailag kontrollált go.-os betegről számol be. A go. compl. megbizhatóságának legfontosabb problémája, hogy a reactióra befolyással van-e más tényező is. A sulfanilamid, ha clinice hatástalan, a go. compl. positiv marad. Az egyidejű esetleg positiv WaR változásai sem voltak hatással a go. compl.-re 9 olyan beteg esetében akiknek valamely komplikációjuk volt (prostatitis, arthritis stb.) és a sulfanilamidra nem gyógyultak klinikailag tökéletesen, a go. compl. ++++ maradt 1 év mulva is. Ilyenkor maradt valahol gyógyulatlanul egy-egy védett góc. 21 beteg esetében, akik a sulfanilamid kezeléstől gyorsan meggyógyultak (2—8 nap) clinice és bakteriologice, a ++++ go. compl. negativvá vált. Ez a változás nem haladt a klinikai gyógyulással párhuzamosan, hanem a legrövidebb idő 17 nap, a leghosszabb 13 hónap volt, átlagban néhány hónap. A gyengébb + +— +++ go. compl. reactio (7 beteg) gyorsabban (3—8 hét) vált negativvá. 11 beteg, könnyű lefolyású go.-os urethritisekkel, az egész kezelés tartama alatt negativ serologiai reactiót mutattak. (Sz. 88.)

Farago László dr.

ELMÉLETI TUDOMÁNYOK

Rovatvezető: *Simon Sándor.*

A-vitaminhiány okozta korai elváltozásokról. *J. T. Irving* és *M. B. Richards.* (J. of. Physiol. 1938. 94. 307.) *Mellanby* hívta fel a figyelmet először arra, hogy A-vitaminmentes diaetán tartott állatokban mozgási incoordinatio és bénulási tünetek észlelhetők. Ezt annakidején a diaetában használt különféle cerealiák toxikus hatásnak tulajdonította és felvette, hogy az idegi elváltozások elsőleges oka a neurotrophikus controll elvesztése. Szerzők patkányokat A-vitamin-mentes diaetán tartottak, majd a diaeta megkezdése után különböző időben megölték őket és központi idegrendszerüket degeneratiók kimutatására Marchi-methodussal dolgozták fel, az eredeti methodikától annyi eltéréssel, hogy formol fixálás helyett 2.5%-is kaliumbichromattal fixáltak. E kisérletek eredményeként kimutatták, hogy a központi idegrendszerben az A-vitamin-mentes diaetának már igen korai szakában degeneratiós jelenségek észlelhetők, amelyek a corpus restiformétól mindig csak ventralisan és soha rostralisan nem terjednek. A degeneratiós elváltozások a funiculus praedorsalisban a decussatio pyramidum magasságában legkifejezettebbek. Lefelé a nyaki gerincvelő felé az elváltozások általában diffusabban terjednek szét a fehérállományban, de kevésbbé kifejezettek. (A funiculus praedorsalisnak emberben a tractus testospinalis felel meg.) Súlyos sabb esetekben a degeneratiós elváltozások a Burdach-pályára, a tractus spino-cerebellarisra is ráterjedtek. Hím állatokban az elváltozások előbb fejlődnek ki, mint nőstényeken. A degeneratiók foka az A-vitaminmentes diaeta tartamától függ és mind cerealiákat tartalmazó, mind cereailanélküli A-vitamin-mentes diaetán kifejlődnek. Az agyi elváltozások az A-vitaminosis már olyan szakában kimutathatók, amikor az állat még súlygyarapodást mutat. A tünetek kifejlődése meggátolható a diaetának A-vitaminnal, vagy carotinnal történő kiegészítésével. Tekintve, hogy Marchi-eljárással a degeneratiók kimutathatóságához legalább 10 napra van szükség, valószínű, hogy a tünetek már előbb is jelentkeznek. Szerzők a medullában található degeneratiós elváltozások állandóságát összehasonlítva az egyéb kóros tünetek nagy változékonyságával, arra következtetnek, hogy a degeneratiók az A-vitaminosis alapelváltozásaihoz tartoznak. (S. 19.)

Kokas Eszter dr.

A rosszindulatú daganatok aetiologiája. *F. Kögl* és *H. Erxleben.* (Z. Phys. Chem. 258. k. 57. o. 1939.) — Rákot sok módon lehet létrehozni (mechanikus inger, Röntgen, rádium, carcinogen szénhydrogenek, ultraszűrhető virusok). Felmerül a kérdés, hogy ezek a különböző ártalmak azonos elváltozást hoznak-e létre a sejtben, s ha igen, mi az a jellemző elváltozás, mely a carcinomás sejtet a normálistól megkülönbözteti. Az utóbbi 30 esztendő kutatásai kimutatták, hogy az élő sejtben előforduló s az azokból származó aminosavak mind az 1-sorozatba tartoznak. Ez alól a szabály alól mindeddig két kivételt ismertünk csak. Az első *Jacobs* és *Craig* vizsgálataiból ismeretes. Ezek a szerzők ergotinin hydrolysisekor d-prolint isoláltak. A második kivételt *Ivanovics* és *Brückner* ismertették, akik a lépfene bacillus immunspecifikus tokanyagának hydrolysisekor d-glutaminsavat izoláltak nagy mennyiségben. A tokos lépfene bacillusok nagy ellenállóképességét a szervezet ensymáival szemben épen erre a rendszerint elő nem forduló aminosavból felépült molekulákra vezették vissza. *Kögl* és *Erxleben* részben emberi carcinomák, részben kisérleti célból álatokon mesterségesen létrehozott carcinomák hydrolysis-termékei között minden vizsgált esetben találtak d-sorozatba tartozó aminosavakat. Különösen a glutaminsav volt az, mely a legnagyobb mértékben (néha 80—100%-ig) racemmá vált. Tekintettel arra, hogy ensymák specifikussága az optikai aktivitásra is kiterjed, arra a következtetésre kell jutnunk, hogy a részben d-aminosavakból felépült tumorfehérjét szervezetünk nem tudja elbontani. Ily-

ELEKTYL-CHINOIN

12 és 24 tabl.

Gono- és staphylococcus fertőzések chemotherapeuticuma és a trachoma specificuma

módon kémiai magyarázatot kaptunk a ráksejtek korlátlan növekedésére. *Bramstein* és *Kritzmann*, valamint *Knoop* és *Euler* új keletű vizsgálatai kiderítették, az aminosavképzés, az aminálás mechanizmusát. Ezek a kisérletek azt mutatják, hogy ebben a folyamatban a glutaminsav mint nélkülözhetetlen intermediär katalyzator szerepel. *Kögl* és *Erxleben* épen a glutaminsavat találták legnagyobb mértékben racemnek. Ismerték viszont, hogy a katalyzator optikai aktivitástól függ a reakciótermék forgatóképessége. Ebből az következik, hogy a rendellenesen forgató glutaminsavon át szintetizált többi aminosav is a normálistól eltérő forgatóképességet mutat. Azt kell várnunk, hog a kóros szövet alkotórészeinek forgatóképességváltozásának megállapitása további érdekes vizsgálatok kiindulópontját képezi. (S. 20.)

Berend Miklós dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Der Arzt in der Dichtung unserer Zeit. *Bruno Wachsmuth* (F. Enke kiadása, Stuttgart. 1939. IX + 244 olda. Ára: 6 RM.) Manapság nemcsak az orvosok, de a művelt nagyközönség is nagy érdeklődést tanusít az orvosi tudomány története és soha nem sejtett óriási fejlődése iránt. A szerző abban találja ennek az okát, hogy a kultura fokozódásával az állam hygiénes gondoskodása mindinkább szélesebb néprétegekre terjeszti ki áldásos hatását. E gondolkodás szellemi vezetői elsősorban orvosok voltak s az ő működésük megismeréséhez nagyfokban hozzájárult az újabbkori szépirodalom. A szerző finom érzékkel és igen alapos tájékozódással kiválogatta az újabbkori szépirodalom azokat a legfontosabb termékeit, amelyeknek tárgya az orvos ténykedése. Ez az irodalom az utolsó évtizedekben rendkívüli módon meggyarapodott és igen nagy súlyt helyez arra, hogy hőseinek jelleme, gondolkodása ne álljon ellentétben az orvosi tudomány legújabb megállapitásaival. Ilyen módon a kitünően összeállított könyv nemcsak szórakozást, hanem igen alapos tájékozódást is nyújt az orvosi tudomány ezirányú haladásáról.

Vajda Károly dr.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift. 35. sz. *Dahr P.:* A vércsoportkutatás újabb eredményei és problemái. — *Banse H.:* Adatok az intermediaer zsíranyagcsere élettanához és kóroktanához. — *Säker G.:* Sulfapyridin eubasinum a meningitis epidemica kezelésében; ennek elméleti jelentősége, a liquorba hatolása és gyógyeredményei. — *Ernst C.:* Mellkasfali elvezetéssel létrehozott pitvarelváltozások elektrokardiographiás diagnosisa. — *Müller A.:* Chemiai tanulmányok ikterikus vizeleten. — *Molnár St.* és *Petrányi I.:* A B1-vitamin endogen értékelésének zavara. — *Gangl P.* és *Lucksch F.:* C-vitamin és enkephalitis epidemica. — *Deckert W.:* A Didmark-féle véralkoholmeghatározás analytikai hibái és ennek összefüggése a vérvétel módjával. — *Gumbrecht P.* és *Loeser A.:* Májártalmak mesterségesen előállított oestrogen anyagok peroralis bevitele után.

Münchener Medizinische Wochenschrift. 35. sz. *Seiffert E.:* Végtagok elhalásos betegségeinek és előstadiumainak kezelése. — *Landes G.:* Adat a subarachnoidealis vérzés klinikájához és kórtanához. — *Mahlo A.:* Vizsgálatok a gastritis atrophicával kapcsolatos működéskiesésről. — *Klimke W.:* Therapiás kisérletek alvási zavarok leküzdésére egy új analgohypnoticummal: a *dodomallal.* — *Szakáll A.:* Az izommunkateljesítmény határa ephedrinszármazékok hatására. — *Carrie C.:* Eszköz bőrvizsgálatok végzésére a gyakorlatban. — *Schmitz W.* és *Schramm G.:* A haldokló, a halott és az orvos. — *Latten:* Jean Dominique Larrey. — *Maerz:* Kell-e a veleszületett haemangiomát már a csecsemőkorban operálni. —

Wiener Klinische Wochenschrift. 35. sz. *Buchka A.:* A háborus sebészet gyakorlati kérdései. — *Riehl G.:* A varicosus tünetcsoport és kezelése. — *Tappeiner S.:* Sarkomagenesis és trauma. — *Dworacek E.:* Epesav hatása a vércukorra normalis és májbeteg egereken. — *Unterhuber S.:* Májcarcinoma érdekes hatása a már fennálló diabetesre és a szervezet vízforgalmára. —

La Presse Médicale 68. sz. *Dumarest F.* és *Pavic P.:* Az autonom pleurotomia gyógyító értéke. — *Sterling W.:* és *Stein W.:* A pyramis eredetű hypertonia kezelése haematoporphyrinnel. — *Ramond L.:* Részleges jobboldali hemiparesis. —

Journal of the American Medical Association, aug. 12. *H. W. Cave:* Idült, makacs ulceráló colitis. — *A. S. Minot, K. Dodd, S. S. Riven:* Guanidin hydrochlorid használata a myasthenia gravis kezelésben. — *H. R. Viets, R. S. Schwab:* A myasthenia gravis diagnosisa és kezelése, különös tekintettel a prostigminre. — *G. Dock:* Történelmi tanulmány a coronaria-elzáródást illetőleg. — *A. Ochsner, M. De Bakey, I. Rothschild:* A defunctionalizáló colostomia. — *J. F. Giering, R. Charr:* A szív anthracosilicosisban. — *S. Strouse, L. N. Katz, H. F. Binswanger:* Az elektrokardiogramm klinikai értéke. — *M. D. Joung:* Balantidiasis. — *N. Rosenthal, P. Vogel:* Granulocytopenia sulfapyridin következtében. —

VEGYES HIREK

Értesítjük Olvasóinkat és Munkatársainkat, hogy a papirhasználatot korlátozó miniszterelnöki rendelet következtében lapunk a rendes *36 oldalas terjedelme helyett egyelőre csak 16 oldalon* jelenhet meg. Ennek következtében kénytelenek vagyunk a fertőző megbetegedések és halálesetek, táblázatait elhagyni, irodalmi szemlénket, gyakorlati mellékletünket felére csökkenti (ez utóbbi csak 2 hetenként jelenik meg) és az ülésjegyzőkönyvek közlését a Budapesti Kir. Orvosegyesület szombat esti üléseinek és az egyetemi városok orvosi üléseinek kivételével — beszüntetni.

Mivel így a hozzánk már beérkezett és érkező kéziratok sokaságát nem leszünk képesek megjelentetni, kérjük T. Munkatársainkat, hogy a már eddig benyujtott és elfogadott cikkeiket —, melyeket néhány napon belül visszakapnak szerkesztőségünktől — *a harmadára rövidíteni szíveskedjenek* és a jövendőben beküldendő közleményeiket is ilyen 3:1 arányban tömörítve legyenek szívesek megírni és beküldeni. Négy hasábnál (8 ritkítva gépelt oldal) hosszabb cikket (ábrával, táblázattal együtt) tehát a közeljövőben aligha közölhetünk, de természetesen a kevesebb mondanivalónak még kevesebb hely jut.

Hazafias érzéssel kell ezt a közszempontból bölcs korlátozást fogadni mindenkinek: szerzőknek, olvasóknak egyaránt s szolgáljon vigaszul az, hogy a francia akadémia kiadványaiban a legnagyobb felfedezésnek is csak 2½ oldalt szabad elfoglalnia. Hogy ezt meghaladhassa, ahhoz az összakadémia hozzájárulása kivántatik.

Meduna László dr. főorvost, aki meghívásra Délamerikában előadásokat tartott, a chicagoi Loyola egyetem egy évre associate professornak hívta meg s a 4000 ágyas kórházat és laboratóriumát kutatásai számára rendelkezésre bocsátotta. A Journal of the American Medical Association *Meduna* munkájának ismertetésekor, azt fundamentalis jelentőségűnek mondja. (1939. jul. 22. 113. k. 4. sz.)

MALTIRON

Krompecher Budapest, V. Nádor-u. 15.

Prof. Heiniss előírása szerint készített, az irónak megfelelő fehérjedús, zsirszegény, szénhydrátokkal kiegészített gyógytápszer.

Hasmenéses bélzavarok kezelésére.

Tabl. **INFLUEN** „Cito"

Megbizható, gyorsan ható Analgeticum, Antipyreticum, Antirheumaticum, Antineuralgicum Menstruációs görcsök ellen promt hat. — scat. orig. 90 f.

CITO gyógyszervegyészeti gyár Budapest, XIV., Lengyel-utca 33. Telefon 296—673.

Szabadon rendelhető MÁV., BBI., M. kir. posta BBI., M. kir. Postatakarékpénztár BBI Szfőv. Közkórházak, Magyar Hajózási BBI., Caritas, Keresked. segélyegylet stb terhére.

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága f. évi szeptember 11-től 23-ig hirdetett *ungvári malaria-tanfolyama*, az október 1-tő 8-ig hirdetett *budapesti nemzetközi balneologiai és rheumatologiai* orvosi továbbképző-tanfolyam bizonytalan időre elmarad.

Budapest Székesfőváros Statistikai Zsebkönyvének legújabb kiadása megjelent *Illyefalvy Lajos dr.* szerkesztésében. Az orvosokat elsősorban érdeklő egészségügyi fejezet feltünteti, hogy 1937-ben Budapesten 4533 orvos működött. A főváros egészségügyi célokra fordított kiadásai 1938-ban 24 millió pengő volt. A közkórházak száma 24, ezekben összesen 19.000 ágy van. Az ápolási napok száma csaknem eléri a 6 milliót. A kórházakban egy év alatt több mint 1 millió beteg részesült ambulans kezelésben. 1938-ban az OTI. rendelőinézetében 1.350.000, a MABI-ban 400.000 új beteget kezeltek. Fertőző betegségek közül a kanyarósbetegek száma 10.000, vörheny 5000, bárányhimlő 2600 volt egy év alatt. A fővárosban működő 10 tüdőbeteggondozóban összesen 34.000 új beteget kezeltek.

Az iskolaorvosi vizsgálatok szerint az 1936—37 tanévben 97.000 tanuló közül 4600 inactiv tbc-ben, 3900 golyvában, 2800 fertőző betegségben, 1400 szervi szívbajban szenvedett. Budapest székesfőváros forgalmáról is kapunk tájékoztatást. A 35 nyilvános fürdőben — a strandfürdőket nem számítva — 3.600.000 személy fürdött meg az elmult esztendőben.

A kiemelkedő egészségügyi adatokon kívül természetesen megtaláljuk a főváros háztartásának, kulturtörekvéseinek, jótékonysági szerveinek és az összes többi jelentős működésének összefoglaló képét, ami a fővárosban élő orvosoknak nemcsak érdekességet nyújt, hanem bizonyára sok mindenben segítségére is lehet.

Az „Orvosképzés" 4-ik füzete megjelent a következő tartalommal: *Verebélÿ Tibor:* A daganatok rosszindulatúságának klinikai ismérvei; *Frigyesi József:* A császármetszés térfoglalásának kérdése a mai szülészetben; *Hainiss Elemér:* A csecsemőkori táplálkozási zavarok pathológiája és therapiája; *Burger Károly:* A menstruatióra vonatkozó újabb ismereteink; *Neuber Ede:* A skleroma serologiai és allergiás reactióiról, továbbá fajlagos kezeléséről; *Kovács Ferenc:* Nőgyógyászati szempontok a házassági tanácsadásban; *Preininger Tamás:* A gonorrhoea pathologiája; *Minder Gyula:* Az urológia haladása az utolsó évtizedben; *v. Szathmáry Zoltán:* A film szerepe a terhes- és gyermekágyasvédelemben; *v. Novák Ernő:* Meilkasfal előtti teljes nyelőcsőképzés; *Zoltán István:* Az orr- és orrmelléküreggyulladások koponyaüregi szövődményei; *Blazsó Sándor:* A kén jelentősége a táplálkozásban; *Réthei Prikkel Andor:* A térdízület belső sérüléseiről; *Weinstein Pál:* Adatok a szemfenéki vénás pulsatio jelentőségéhez; *Szodoray Lajos:* A bőrgyógyászat haladása az 1938. évben.

Az Orvosi Hetilap átköltözött új helyiségeibe a IX., Hőgyes Endre utca 7. sz. alá, a volt Rákos utcába. A kórtani intézet mögötti Pasteur kórházban kaptunk helyet s így nagy örömünkre továbbra is egyetemi intézetben folytathatjuk munkánkat, mégpedig annak a kiváló férfiúnak egykori munkahelyén, aki több évtizeden át volt lapunk szerkesztője is. — Hálásak vagyunk a kitünő elhelyezésért kultuszkormányunknak és *Ajtós E. Imre* igazgató főorvos úrnak, kik az új otthon feltalálásában és berendezésében annyi megértéssel segítségünkre voltak. Természetesen a *„Magyar Orvosi Archivum"* ügyei is itt intéződnek, sőt mivel szerkesztőnk elnöke az Orsz. Közegészségügyi Tanács *„Gyógyszerügyi és Fürdőügyi Szaktanácsának"*, valamint az *Orsz. Balneologiai Egyesületnek"*: — ezek üléseinek és ügykezelésének székhelye is Hetilapunk szerkesztősége és kiadóhivatala. Reméljük, hogy az új otthonban még több ügybuzgalommal és sikerrel fogjuk teljesíteni feladatainkat.

Ranschburg Pál dr. egyet. rk. tanár rendelését új lakásán V., Bálvány u. 2. sz. hétköznapokon (szerda kivételével) d. u. 3—5 óráig tartja.

4370—1939. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló Gyöngyösi Alapítványi Közkórházban a belügyminiszter 259.967—1937. XVI. sz. rendeletével ujonnan rendszeresített kórboncnok-bakteriologus főorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása az állami rendszerű tisztviselők részére megállapított, a IX. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő fizetés, lakbér és családi pótlékkal van egybekötve. Előléptetés szempontjából a 300—1935. B. M. számú rendeletnek a nagyobb kórházak csoportjára vonatkozó intézkedései az irányadók.

Pályázati kérvények a Gyöngyösi Alapítványi Közkórház igazgatóságához címezve *f. év október hó 10-én déli 12 óráig* nyújtandók be. Elkésve érkezett pályázatok figyelembe nem vétetnek.

A választáskor előnyben részesül az a pályázó, aki a röntgenmunkák végzését és a röntgenlaboratorium vezetését is vállalja.

Pályázati kérvényhez csatolandó 1. születési anyakönyvi kivonat; 2. hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítvány; 3. az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevél; 4. egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok; 5. közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítvány; 6. magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítvány; 7. katonai szolgálatra vonatkozó okmányok; 8. különleges szakképzettséget igazoló okmányok; 9. az 5 évi kórházi gyakorlat és megfelelő szakorvosi képesítés igazolása (1300—1932. N. M. M. sz. rend. 10. §. 1. bek.); 10. curriculum vitae; 11. annak igazolása, hogy a pályázó nem esik az 1939. évi IV. tc.., valamint a 7720—1939. M. E. sz. rendelet korlátozó rendelkezései alá.

Az állás a választás jogerőre emelkedése után foglalandó el.

Gyöngyös, 1939. augusztus 24.

Wiltner Sándor dr. s. k.
igazgató-főorvos.

Vasvármegye és Szombathely város Közkórháza.

1304/1939. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY

Az igazgatásom alatt álló Vasvármegye és Szombathely város közkórházában megüresedett két segédorvosi és egy kisegítő orvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A segédorvosi állás javadalmazása az állami rendszerű XI. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő illetmény, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítással és 50%-os térítmény ellenében I. osztályú élelmezés. A segédorvosi kinevezés kettő évre szól, mely további két évre pályázat mellőzésével meghosszabbítható.

A kisegítő orvos javadalmazása havi 80.— pengő készpénzfizetés, bútorozott szoba, fűtés-, világítással és 50%-os térítési díj ellenében I. osztályú élelmezés. A kisegítő orvos alkalmaztatása ideiglenes jellegű és bármikor minden jogigény nélkül megszüntethető.

Csak nőtlen orvosdoktorok pályázhatnak. Magángyakorlatot folytatni nem szabad.

A szabályszerűen felszerelt kérvények vitéz dr. Szűts István főispán úrhoz címezve, a közkórház igazgatóságához nyujtandók be. A beküldés határideje 1939. évi szeptember hó 20.

A pályázati kérvényhez a következő okmányokat kell csatolni: 1. születési anyakönyvi kivonat, 2. erkölcsi bizonyítvány, 3. magyar állampolgárságot igazoló okmány, 4. magyar orvosi diploma, 5. curriculum vitae, 6. testi- és szellemi alkalmasságot igazoló, újkeletű tisztiorvosi bizonyítvány, 7. az eddigi esetleges működést igazoló bizonyítványok és 8. az orvosi Kamarai tagság igazolása.

Elkésve, vagy kellően fel nem szerelt kérvényeket nem vehetek figyelembe.

Közszolgálatban állók pályázati kérvényüket szolgálati főnökük útján nyujtsák be.

Szombathely, 1939. augusztus hó 30.

Pető Ernő dr.,
m. kir. egészségügyi főtanácsos
igazgató-főorvos

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

83. évfolyam. 37. szám. Budapest, 1939 szeptember 16.

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:

Schaffer Károly: A családi vakságos idiótaság három alakjának egységéről anatomiai alapon. (885—887. oldal.)

Csillag Sándor: Ritka hörgő- és nyelőcső-idegentestek. (887—890. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (145—148. oldal.)
Irodalmi szemle: (890—892. oldal.)
Könyvismertetés: (892. odlal.)
Lapszemle: (892. oldal.)
Vegyes hírek: (892. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A családi vakságos idiótaság három alakjának egységéről anatomiai alapon.

Irta: *Schaffer Károly dr.* egyetemi tanár.

A családi vakságos idiotaság három alakjának lényegbeli együvétartozásának kérdésében az anatomiai leletnek mindinkább döntő jelentősége kitünik *Josephy* következő kijelentéséből: „Die Zummenfassung so heterogener klinischer Fälle, wie die Tay-Sachsschen Erkrankungen auf der einen Seite, die Spätfälle auf der anderen Seite sind, ist nur möglich gewesen auf Grund der Tatsache, dass sich überall histopathologische Veränderungen finden, die grundsätzlich gleichartig sind und dabei so typisch und einzigartig, dass sie die gemeinsame Betrachtung aller Fälle nicht nur ermöglichen, sondern vielmehr durchaus fordern". — Állásfoglalását így fejezi be: „Aber keine dieser mit blossem Auge feststellbaren Veränderungen ist wesentlich für die familiäre amaurotische Idiotie. Das typische und charakteristische ist nur der Schaffer-Spielmeyersche Zellprozess". A három alak, a gyermekkori (infantilis), az ifjúkori (juvenilis) és a felnőtt ill. öreg korbeli (adultus) formái közül lássuk első sorban az *infantilis formát,* mely a legkorábban felismert és legjobban körülírt kórforma volt.

Miután fejtegetéseinkben a legnagyobb súlyt a kórszövettani folyamatra fektetjük, feladatunk mindenekelőtt ennek a meghatározását adnunk, miközben az *alaktani lényeget* domborítanók ki. A folyamat legszembeugróbb vonása a *duzzadás,* melynek kiindulása az idegsejtek recés fibrillás vázának hézagaiban fekvő cytoplasmának, másik nevén hyaloplasmának elsődleges felduzzadásában rejlik, miáltal a receközök túlzottan és szeszélyesen torz módon felpuffadnak a folyamat legelején minden szemcsés képződmény nélkül. Csakis másodsorban, igaz, hogy nagyon hamar, a felduzzadt folyós protoplasmában elfajulási termékek csapódnak ki, amelyek eleinte finom, majd egyre durvábbá váló és a receközöket kitöltő szemcsék formájában feltünnek a Weigert-féle haematoxylinnal való festhetőségük által és ezen az alapon lecithinszerű tehát praelipoidos természetüeknek bizonyulnak, amelyek a folyamatnak hosszabb fennmaradása következtében sudannal, illetve osmiummal szineződve, előrehaladó elzsírosodásra való hajlamosságukat bizonyítják. E folyamatra nézve az idegvagy ducsejtekhez való kötöttsége jellegzetes és mivel az infantilis vagy Tay-Sachs-féle formában kivétel nélkül valamennyi ducsejt betegszik meg, tehát az ú. n. mindenütt jelenvalósága, *ubiquitása* a kórafolyamatnak alapvonása, ez kiegészül még egy fontos körülménnyel: a hártyák és az erek megkímélésével. Ebből a kóros magatartásból nyilvánvaló a kórfolyamatnak legszigorúbb neuroektodermás válogatása: *kizárólag neuronos elemek betegszenek meg a mesodermás elemek teljes megkímélésével!* Ezek alapján a Tay-Sachs-féle alaknál megvalósul a legszigorúbb *csiralevél-válogatás* elve, mivel egyes egyedül a külső csiralevél elemei, az idegsejtek mint neuronos elemek betegszenek meg kivétel nélkül és feltartózhatatlanul; a folyamat elnevezésem szerint neurogenes, mert kiindulása neuroektodermás elemekből történik. A kórfolyamat ubiquitása absolut olyan értelemben, hogy úgy az állatéleti (animalis) mind a vegetativ (sympathicus) idegrendszernek ducsejtjei kivétel nélkül betegek. Más szóval *az egész emberi szervezet összes szervei közül egyedül az idegrendszer az, amely ducsejtes elemeiben feltartózhatatlanul megbetegszik.* Igy tehát a központi idegrendszerhez tartozó, de belőle kihelyezett látóhártya duc-sejtjei sem maradnak megkímélve, hiszen ismeretes, hogy a látóhártya a köztiagyvelőnek (dienkephalon) előretolt függeléke. A Tay-Sachs-féle betegség eseteinek alapos feldolgozásából származik az a felismerés, hogy a több milliárdnyi ducsejtből egyetlenegy sem marad bántatlan, miből következik, hogy a retina ducsejtjei is ugyanolyan fokban és előrehaladóan betegszenek meg és *innét való a jellegzetes maculalelet, amely nélkül nincs Tay-Sachs-eset!* A szemfenéknek ezen törvényszerű viselkedése alapján már most az infantilis alak optikai componensének *helyes* értékelését meg tudjuk ejteni; *a fajlagos maculalelet az összfolyamatnak közvetlen részjelenségét alkotja,* de ugyanilyen jelentőségű az idiótaságon kívül a folyamat kezdetén a görcs és hypertonia, vége felé pedig a bénulás és atonia, merthiszen az ubiquitarius folyamatban a kéreg mozgató zónája is résztvesz. Ezen rövid áttekintés után ma már teljes határozottsággal mondjuk. anatómiailag ubiquitarius idegsejtelfajulás szerepel; klinikailag az idiotaság, a ma-

cula-elváltozás és a görcsök *együttes* eredménye az ubiquitarius idegsejtfolyamatnak.

Áttérve már most a *Vogt-Spielmeyer*-féle *juvenilis alakra*, úgy a folyamat kórszövettana tekintetében *Dide* és *v. Bogaert* fontos munkájára utalnánk, mely szerint e kórképben is a legtisztább idegsejtes elektivitást találták a mesodermalis elemek (hártyák, erek) absolut megkímélésével miképen *Schaffer* a Tay-Sachsban.. E szerzők is az intracellulás fibrillumrecét a duzzadás következtében igen határozott formában látták, szintúgy kimutathatták az idegsejtek testében az elfajulásos szemcséket safranofil granulatiók formájában és az utóbbiak az elzsírosodás szempontjából előbbrehaladottak voltak a Tay-Sachsnak praelipoidos termékeihez képest. *Sjögren* hangsúlyozza a juvenilis amaurotikus idiótaság kórképének akinetikus-extrapyramidalis jellegét és ebben a klinikai magtartásban az extrapyramidalis rendszernek túlsúlyban levő bántalmazottsága jut kifejezésre; az optikai komponens a végleges megvakulásban nyilvánul meg, amelyet a retinitis pigmentosa okoz. *Sjögren* kitünően észlelt nagy anyagában az amaurosis mint elsőrangú klinikai tünet szerepel, de ezzel szemben nem szabad elhallgatnunk *Walter F. K.* három esetét, melyekben a szemfenék teljesen szabad volt. Ez a magatartás késztette ezt a szerzőt annak a kijelentésére, hogy az amaurosis és általában a látási zavarok nem alkotják a juvenilis alaknak feltétlen klinikai tartozékát, minélfogva helyesebben egyszerűen „családi idiotaságról" kell beszélnünk. Igy tehát a juvenilis alaknak szemfenéki elváltozása egészen mást jelent mint a Tay-Sachsnak macula-lelete; itt ugyanis két különböző átöröklődő szervi bántalom találkozik, az idegrendszer és a szem részéről, amelyek biotypiásan egymáshoz láncolvák. Innét való a retinitis pigmentosa nagyobb gyakorisága a juvenilis formában, mely az alapbántalomhoz, a családi idiotasághoz képest többletet jelent és így két endogen családi bántalomnak biotypiás összekapcsolódását fejezi ki. A feltárt viszonyokból nyilvánvaló, hogy *csakis egy valóságos amaurotikus családi idiótaság létezik és ez adva van az infantilis formában, míg a juvenilis forma többletes amaurosist jelent;* nevezetesen a retinitis pigmentosa ugyan az igen szoros csatlakozás szerepét játszsza, de ritkábban adott hiánya (l. Meyer eseteit) a juvenilis idiótaság önállóságából nem von le semmit sem. Nevezetesen a retinitis pigmentosa a szem *neuroepitheljének* sajátos örökletes idiotypiás bántalma, amikor a retina pálcika-csapos rétegének elsődleges bántalmáról van szó és nem a neuroektodermás ducsejtes rétegéről mint Tay-Sachsnál. A retina fejlődéstanilag különböző elemeinek ezen magatartásából következik, hogy a szemész *A. Passow* a maga szempontjából a családi vakságos idiotaság infantilis és juvenilis formáját két különböző természetű bántalomnak tekinti, saját szavaival: „Aus den vorliegenden Beobachtungen ergibt sich aber, dess sich *vom ophthalmologischen Standpunkt aus die kindliche und jugedliche Form grundsäztlich von einander abgrenzen lassen, während hirnanatomisch wohl nur graduelle Unterschiede bestehen*". E kijelentésben találkozik az ophthalmologia a bíráló neurologiával és ennek a magatartásnak magyarázatát rögtön megadjuk az anatomiai lelet alapján.

A fenti tényekhez *anatomiai szempontból* még hozzá kell tennünk, hogy a neuronalis folyamat a juvenilis formánál nem annyira kiterjedt, mint a Tay-Sachsnál és mindenekelőtt kitünik a *retina ducsejtjeinek állandó szabadonhagyásával*, miértis itten nincsen maculadegeratio. *Walter* hangsúlyozta, hogy három esetében az idegsejtek elváltozásai a kisagyban egészen hiányoztak, a nyultvelőben és agytörzsben aránylag kisfokúak voltak és bárha az összes esetekben a nagyagyi kéreg bántalmazva volt, de helyileg mennyiségi különbséggel. *Dide* és *Bogaert* esetükben a következő agy-gerincvelői elváltozásokat mutathatták ki. Bántalmazva voltak: 1. a neostriatum nagysejtű elemei, a thalamus, a veres mag, a thalamo-hypothalamorubralis tractusnak festenyes alakulatai, a zona reticularis, a locus niger, a nucl. interstitialis, a loc. coeruleus, a kisagy Purkinjesejtjei, a nucl. dentatus és a gerincvelő mellső szarvbeli idegsejtjei; 2. a locus niger zona compactája, a nyúltvelői olajka, az olajkamagvak; 3. a pallidum, a neostriatum kis elemei, a tuber-magvak. A jelzett magvak bántalmazottsága úgy az akinesist, mint a kisagyi tüneteket megmagyarázzák. *Walter* leleteit a most említett leletekkel egybevetve, szembeszökő az egyes esetek egyéni változékonysága súlyosság és localisatio szempontjából.

Ezekután áttérhetünk a családi idiotaságnak *adultus* vagy *Kufs*-féle *alakjára* és az idevonatkozó kórszövettani viszonyokat részben a *Kufs*tól, részben a *Bogaert-Borremans*-tól származó leletekkel érzékeltetnők. *Kufs* testvéri esetében ubiquitarins elváltozásokat látott, míg legidősebb esetében, melyben a halál az 59. életévben következett be, a typikus sejtelváltozásokat az idegrendszer különböző területein egyenlőtlen módon találta fel. Erősen duzzadt, sőt nagyfokban gömbszerűleg felfuvódott agykéregsejtek szomszédságában normalis idegsejtcsoportokat tudott megállapítani, mi mellett a kisagy a kóros elváltozásoktól teljesen mentesnek mutatkozott, míg a striatum, a pallidum, a thalamus, a Luys és a veres mag csak közepesen voltak bántalmazva. Itt lenne *A. Meyer* érdekes esete megemlítendő (kezdete a betegségnek a 18., halál a 26. életévben és így mint juvenil alak, késői eset), melyet az extrapyramidalis tünetcsoport jellemzett. Itt a Tay-Sachsnak typikus idegsejtbántalma mutatkozott olyképen, hogy a kéregben a kiképződés súlyosabb fokban volt feltalálható, mint az agytörzs központjaiban. A kéregelváltozások a homloki lebenyben és még a mozgató zónában is erősek voltak, míg a nyakszirti lebenyben a gömbszerű felfúvódások nem jelentkeztek, a halántéki és fali lebeny nagyon mérsékelt megbetegedést mutatott, míg az ammonszarv a leggyengébb fokban.

Bogaert és *Borremans* esete (kezdete a 15., halál a 62. életévben, tehát nagyon elnyújtott lefolyású eset) súlyos lelki leromláson kívül még izgalmi állapotok, nagyfokú járási zavar, hyperkinetikus extrapyramidalis tünetek és kényszermozgások a karban mutatkoztak. Szövettanilag jellegzetes sejtpuffadások voltak láthatók lipoidos lerakódásokkal főleg az agykéreg alsó rétegeiben és a törzsducokban valamint a Luys-féle magban; erős szétszórt sejtkiesések a nagyagyi kéreg IV—VI. rétegeiben. Szerzők a jelzett elváltozások következtében az esetet az amaurotikus idiotasághoz tartozónak tekintik, főleg miután az utólagos vizsgálódások a családi vonást is ki tudták mutatni és így ez az eset a Kufs- és a Meyer-féle esetekkel sok érintkezési pontot mutat fel. Különösen hiányzott a Bogaert-Borremans esetében is, mintahogy az azóta leírt adultus-esetekben is a szemfenék kóros volta. Ezzel a megállapítással vagyis hogy a késői családi idiotaság eseteiben a szemfenék teljesen ép, a szóbanforgó kórképnek egy lényegi vonása tünik ki és bár a nevezett betegeken a retinitis pigmentosa egy esetben sem mutatkozott, mégis *Kufs* említi legelső esetében, hogy az idegzetileg ép apa szemfenekében ez az elváltozás volt található és ezt a családbeli magatartást ő „alternálónak" jelölte meg. Idegtanilag a betegek súlyos koordinátiós zavart, nagyfokú beszéd-írás-jási zavarokat, beszéd alkalmával az arcizmok rángását,

a kezeknek remegését s előrehaladó súlyos elmegyengeséget mutattak. Ha már most a szemfenék teljesen ép voltára vagyunk figyelemmel, nem szorul bizonyítgatásra, hogy a *Josephy* által használt kifejezés: „családi amaurotikus idiotaság amaurosis nélkül" feltétlenül mellőzendő.

Áttekintve a fenti adatokon, úgy kiemelendő, hogy a családi idiotaság 3. alakjának legfinomabb kórszövettana bennünket felvilágosított az iránt, hogy létezik egy idiotaság-forma, amelyet általánosságban az absolut neuronalis válogatás és különlegesen az idegsejtek duzzadása közösen jellemez. Ezen az alapon az ú. n. családi amaurotikus idiotaság 3. formájának nosologiai egysége biztosítottnak látszik, de ezen felül a kórszövettani jellemzés még kitünő betekintést engedett a 3. alak optikai komponensének jelentősége tekintetében is. Ez utóbbira nézve ki volt mutatható, hogy a szemfenékelváltozás csupán az *infantilis* alakra nézve lényegi vonás a retina ducsejtjeinek sohasem hiányzó és az *összes* központi és sympathicus idegsejtekkel elvileg azonos elfajulásánál fogva. A *juvenilis* formánál csupán fontos kisérő jelenség oly értelemben, hogy két endogen illetőleg idiotypiás bántalomnak összeláncolásai („Verkoppelung"), t. i. a családi idiótaság és a retinitis pigmentosa részéről. Végül az *adultus* formánál a retinitis pigmentosa teljes hiánya szerepel, minek következtében a szemfenék részéről a kórképet meghatározó vonás nem jelentkezik.

Legvégül az anatomiai elváltozások topográfiája és a symptomatologia egymáshoz való viszonyára kell utalnunk. E 3 formának tünettana a kórfolyamat helyi kiterjedéséből vezethető le. Fentebb utaltunk arra, hogy a Tay-Sachsnak absolut és ubiquitarius idegsejtelváltozásai *hiánytalanul* magyarázzák meg a kórtüneteket, így a súlyos és feltartózhatatlan idiotaságot ,a macula-degeneratiot és a görcsöket.. A Vogt-Spielmeyer-féle alaknál az előtérben álló extrapyramidalis tünetek az extrapyramidalis rendszer és a veres magnak súlyos bántalmazottsága alapján szinte maguktól adódnak és ugyanez mondható az adultus formára nézve.

Rövid cikkünk végén hangsúlyoznunk kell a kórfolyamatnak neuroektodermás ill. neuronos természetét, szintúgy ennek minden anyagcsere- vagyis tároló betegségtől való teljes, lényegi különbözését, amint ezt egy legújabb, a „Journal Belge de Neurologie"-ben megjelent cikkemben megtettem. Bárha ismétlésekbe bocsátkozni nincs szándékom, de lehetetlen ez alkalommal egy anatomiai momentumot elhallgatnom, mely a tároló jelleg ellen szól a maga részéről is és ez az a tény, hogy a családi idiótaság eseteiben többnyire *bizonyos rendszerek* azok, melyek előszeretettel megbetegszenek: Vogt-Spielmeyernél az extrapyramidalis rendszer, Tay-Sachsnál a kisagy, a rhombencephalon. Ebben bizonyos szelvényesen rendszeres magatartás jut kifejezésre, mely anatomiai jellegü vonás semmiképen sem hozható valamely anyagcserebántalommal egy nevezőre, hanem csakis egy, neuronos elektivitáson nyugvó kórfolyamattal.

Csecsemők hasmenéses hajlamaiban tejhigítások készítésére kiválóan alkalmas szénhydrát-tápszer a Krompecher-féle *Rizomaltan*, mely szárított rizsnyákot és csecsemőtápcukrot (dextrin-maltose) tartalmaz olyan célszerű arányban, hogy egy mércényi tápszernek a vízzel megfelelően hígított tejben való felfőzése által azonnal a szokásos mennyiségű nyákot és 5% tápcukrot tartalmazó standard tejhígítást nyerhetjük. A *Rizomaltan*-nak könnyű elkészíthetőségén kívül előnye még, hogy colloid szénhydrátjai colloidalisan jól oldódó állapotban vannak, ennélfogva könnyen emészthető, jól kihasználható táplálékot nyujt. Kifejezetten antidyspepsiás tápszer. Ezen tulajdonságai folytán dyspepsiára való hajlamnál és parenteralis infectióknál praeventive adjuk.

A Szent Rókus Központi Közkórház orr- gégeosztállyal ideiglenesen egyesített fülosztályának közleménye. (Főorvos: Götze Árpád.)

Ritka hörgő- és nyelőcső-idegentestek.*

Irta: *Csillag Sándor dr.*, műtőorvos, közkórházi alorvos.

A szervezetbe jutott idegentestek közül a *tracheobronchialis*- és *oesophagus*- idegentesteknek egészen kivételes jelentőségük van. Alig ismerünk olyan betegséget, mely a közönség körében nagyobb ijedelmet keltene, mint pl. egy véletlenül aspirált, vagy lenyelt műfogsor, csontszilánk. Ezek a betegnek igen kellemetlen érzést és súlyos functio zavarokat okozhatnak, eltávolításuk pedig különleges szakképzettséget kiván. A beteget a légutakba, nyelőcsőbe jutott idegentest tudata s a veszélyes következményektől való félelem nagy aggodalommal tölti el.

Az idevágó újabb irodalom áttekintésekor feltünik az esetközlések nagy száma. *Killian* korszakalkotó felfedezésével — a *tracheobronchoskopia directával* — az alsóbb légutakba és nyelőcsőbe jutott tárgyak felismerésének és eltávolításának kérdése megoldódott. A vizsgáló eljárások és érzéstelenítési módszerek tökéletesedése, a *tracheo-broncho-oesophagoskopia* technikájának mai fejlettsége még oly esetekben is lehetővé teszi az eredményes beavatkozást, melyek régebben reménytelenek voltak.

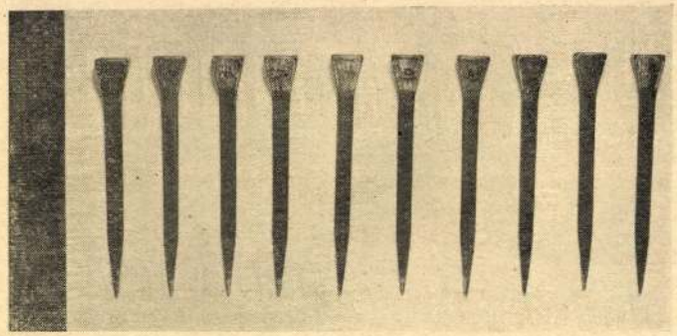
v. Eicken öthetes csecsemőkorban lenyelt nagy gombnak 11 éves korban végzett eltávolítását közli, mint az irodalomban egyetlen ily esetet. *Nuvoli* esetében 8 évig volt a nyelőcsőben egy rézpénz. *Eura* 41 éves betegének 15 évvel előbb a jobb főbronchusába jutott pénzdarabot a véletlenül végzett röntgen-vizsgálat fedezte fel.

A *légutakra* jutott idegentestek közül — különösen gyermekeknél — leggyakoribbak *(Oppikofer:* 70%) a *növényi magvak* (bab-, kukoricaszem, tök-, dinnyemag). Ezt *Campián* 24 eset kapcsán nyert tapasztalatai is megerősítik. Ezzel szemben *v. Eicken* 723 esetre vonatkozó összefoglaló statistikájában 231 fémestárgy, 106 csont és 111 különböző növényi mag fordul elő.

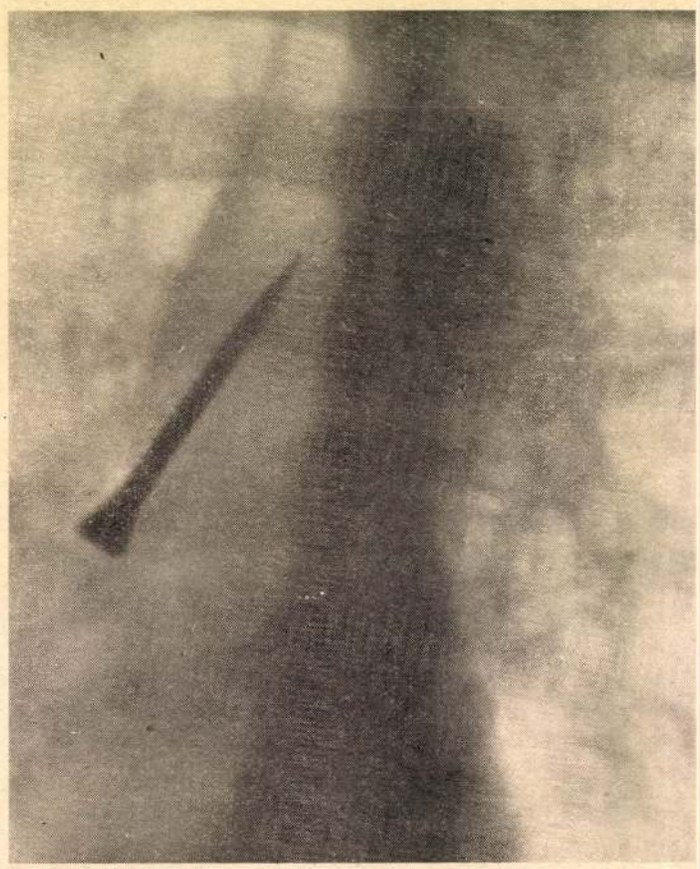
Az idegentestek *aspiratiója* leggyakoribb *gyermekeknél*, akik minden kezükbe kerülő tárgyat szeretnek a szájukba venni. Ugyanez a rossz szokás gyakori felnőttekközt is, kik a munkájuk közben használt tárgyakat (szög, tű, csavar stb.) foguk közé veszik. Hirtelen nevetés, vagy köhögés alkalmával a fogak között tartott tárgy a belégzési levegőárammal a légutakba jut. Máskor alvásközben, vagy öntudatlan állapotban, esetleg öngyilkossági szándékból aspirálják az idegentestet. Szájban, gégében végzett műtétek, kezelések, külső erőművi behatások is adhatnak alkalmat különféle tárgyaknak a légutakba jutására. A szájon át aspirált tárgyak, túljutva a hangrésen, a tracheába, vagy valamelyik — leggyakrabban a jobb — bronchusban helyezkednek el. Az idegentest helye, alakja, nagysága, minősége, csirmentes, vagy fertőzött állapota szerint az előidézett *kórbonctani* elváltozások is enyhébbek, vagy súlyosabbak lesznek. *Tracheába* jutott tárgyak esetében a nyálkahártya kisebb-nagyobbfokú gyuladásán kivül súlyosabb elváltozások rendszerint nem következnek be. A *hörgőbe* jutott idegentest mindig komoly veszedelem, ami részint a bronchus lumenének elzáródásában és a nyálkahártya gyuladásában, részint pedig

*) A Közkórházi Orvostársulat 1939. V. 24.-i ülésén tartott előadás.

a bejutott fertőző csirák kórokozó hatásában nyilvánul meg ennek következtében a tüdőszövődmények egész sora fenyegetheti a beteg életét. Az utóbbi évek irodalmából említést érdemel *Hattori* közleménye. A trachea-bronchus idegentestek sorsára vonatkozólag végzett állatokon kisérletes vizsgálatokat, különös tekintettel a bizonyos ideig bennhagyott tárgyak által okozott klinikai képre, makro- és mikroskópos elváltozásokra.



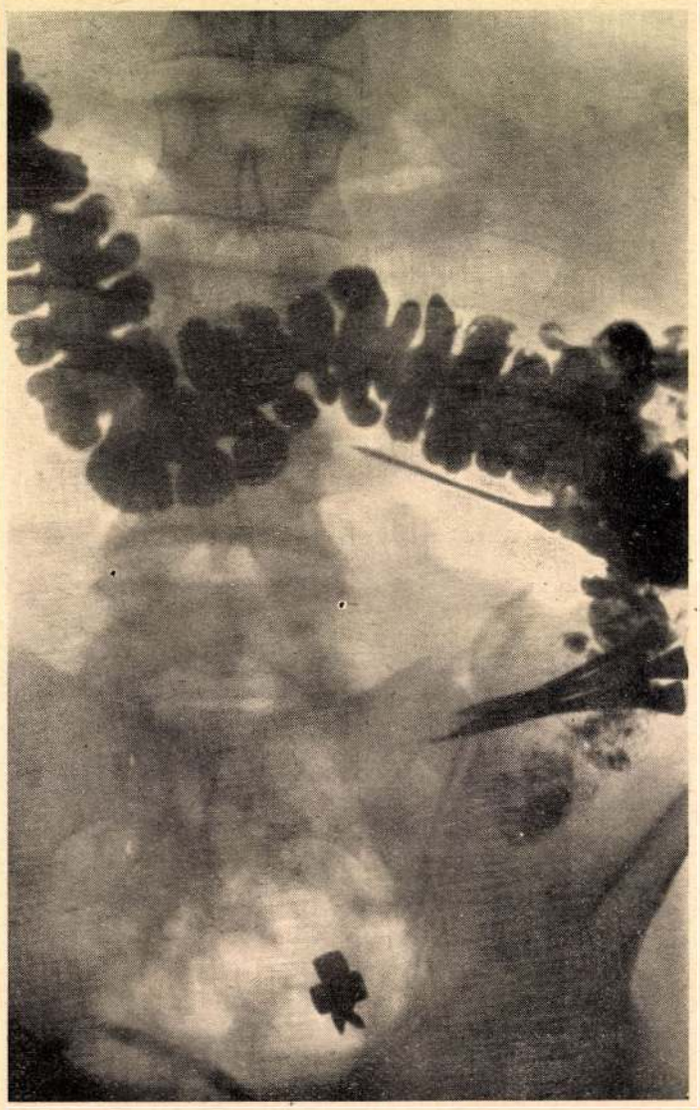
1. ábra.



2. ábra.

A *nyelőcsőbe* jutott *organikus* (csont, halszálka, növényi magvak, stb.) és *anorganikus* (fogsorok pénzdarabok, stb.) idegentestek közül *Guisez* 530 eset adta tapasztalatai szerint — ellentétben a légutakra vonatkozó adatokkal — utóbbiak gyakoribbak. A lenyelt idegentest megakadásának leggyakoribb helye a nyelőcső physiologiás szűkületei közül a felső harmad a nyelőcső kezdeti szakasza. A beékelődés oka a bárzsing falának görcse, vagy a nyálkahártya lobos duzzanata. A beékelt idegentest kimozdítása, vagyis a fogóval történő eltávolítás technikája szempontjából a legnagyobb nehézségeket a lenyelt fogsorok támaszthatják. *Vogel* egy, közvetlenül a nyelőcső bemenete alatt beékelődött és erősen rögzített, 2x3 cm nagyságú csontquadratot egymásmellett bevezetett vékonyabb tubus segítségével távolított el: a két csövön keresztül bevezetett két fogóval, két különböző helyen fogta meg a nagy csontdarabot s a szorosan rögzített, nagy idegentest eltávolítása ilyen módon a lobosan duzzadt nyálkahártya nagyfokú sérülése nélkül sikerült. A két cső bevezetését minden olyan esetben ajánlja, mikor az erősen beszorult, nagyobb idegentest kimozdítása egy fogóval nem volt lehetséges. Ha ilyenkor a helybeli érzéstelenítés elégtelennek bizonyulna, ajánlja a narkosist, mielőtt a — többnyire hosszas következményekkel járó — külön megnyitásra *(oesophagotomia)* kerülne a sor.

Alábbiakban a *Szent Rókus-kórház* 1936—37-ben egyesített *fül-, orr-, gége-osztályának* két olyan hörgő — ill. nyelőcső — idegentest esetét ismertetem, melyek nemcsak érdekességüknél és ritkaságuknál fogva érdemlik meg a közlést, hanem alkalmasak arra is, hogy értékes tanulságot nyujtsanak.



3. ábra.

I. B. 35 éves kertészsegéd 1937. III. 5-én jelentkezett felvételre azzal, hogy fél órával azelőtt egy elhagyott helyen öngyilkossági szándékból sok nagy vasszöget nyelt le. Kórházunk belosztályának öngyilkosok részére fenntartott kórtermében már többizben ápolták eredménytelen öngyilkossági kisérletek miatt. Az onnan kapott adatok szerint 1935. VIII. 16-án mentők szállították be, mert munkahelyén mosószóda és oltottmész oldatot ivott és két kisebb vasszöget

nyelt. 6 nap mulva gyogyultan távozott. 1937. II. 14-én hasonló öngyilkossági kisérlet miatt vétetett fel. Mostani jelentkezésekor a nagyon szenvedő, vézna, neuropathiás férfi szájüregének nyálkahártyáján helyenként apró suffusiók; a hypopharynxban, a gége hátsó falával szemben, hegyével a nyálkahártyába fúródott fém idegentest látható, mely fogóval, gégetükör segélyével történt eltávolítása után 6 cm hosszú, hegyes, vas patkószögnek bizonyult. *Mellkas röntgen*-vizsgálat *(Jancsó dr.):* a nyelőcső szabad, idegentest árnyék benne nem látható, a *jobb főbronchusban* azonban hegyével lefelé álló, hosszú szög árgyéka. (2. ábra.) *Gyomorröntgen:* a gyomorban *nyolc* hasonló szögárnyék.

Előzetes érzéstelenítés után *bronchoskopia superior*-t végzünk: a hangszalagok szélén véres beivódás, a jobb főhörgben — a *röntgen*-képnek megfelelően — egy hegyével felfelé álló, tehát a bifurcatio felé néző hosszú szög, melyet idegentest fogóval simán kiemeltem. A beteget most is zárt osztályra helyeztük el.

Másnap mérsékelt nyelési fájdalmakat nemtekintve, jól érzi magát. Temp. 38.1°. A gyomorba jutott nyolc nagy szöget most már a vékonybelekben mutatja a röntgen.

III. 7—8: subfebrilis, a szögek a vastagbelekben (3.—4. ábra.)

III. 9.: nyelési panaszai nincsenek, láztalan. A nyolc nagy vasszög székletével távozott.

III. 10.: Gyógyultan kibocsátjuk.

4. ábra.

Kétségtelen, hogy a beteg *psychopathiás*. Erre vall az a körülmény, hogy a legkülönbözőbb módokon próbálkozott már öngyilkossággal; most tíz db. ilyen nagy patkószög lenyelésével kisérletezett. Érdekes, hogy e nagy és nehéz idegentestből nyolcat sikerült is lenyelnie, csak egy akadt meg a garatban s egy jutott a légutakba. Tíz ilyen nagy vasszöget (1. ábra) lenyelni valóban csodálatos teljesítmény.

A másik betegem, kinek esetét érdemesnek tartom ismertetni, *N. J.* 46 éves földműves. 1937. IV. 7-én jelentkezett. Mindössze annyit mondott el, hogy *halszálka* akadhatott nyelőcsövébe, mert nyeléskor mellében „furcsát érez" Torok-gége lelete negativ, láztalan, folyadékot könnyen nyel. Órák mulva hőmérséklete 39.9°-ra emelkedik, heves szurófájdalom jelentkezik mellkasában s közérzete romlik. *Mellkas röntgen*-vizsgálat *(Sigora dr.):* az alsó tüdőmezők levegőtartalma fokozott. Közepes terjedelmű és intensitású hilusárnyék; jól mozgó rekeszek. A szív aorticusan configurált, nagyságbeli eltérést nem mutat, aorta kissé tágult. A *nyelőcső* kp. és alsó harmadának határán a passage kissé akadályozott s ott a nyelőcső lumenében kb. *mandulányi, dudoros felszinű árnyékkiesés* látható. Ezen utóbbi a nyelőcső árnyékában ill. a lumenben csaknem *centralisan* helyezkedik el, bár az árnyékkiesés helyén a nyelőcső elülső, baloldali falán *apró egyenetlenségek* láthatók és úgy látszik, mintha a fennt leírt *tumorszerű árnyékkiesés* a nyelőcső falából indulna ki (cc. oesophagie?). (5. ábra.)

E röntgenleletre, a beteg nagy lázára és nyelési fájdalmaira való tekintettel, *oesophagoskopiát* végeztem. Meglepő eredménnyel járt:

5. ábra.

A vizenyőssen duzzadt, igen belövelt nyálkahártyájú oesophagus beszükült lumenében, a röntgen-leletben is megjelölt helyen, a kp. és alsó harmad határán szürkés húsfoszlányok láthatók, melyeket eltávolítva, szürkés-sárga idegentest conturjai tünnek elő. A meglehetősen beszorult idegentestet fogóval kiemelve, abba egy *halcsigolyát* ismertünk fel, kétoldalán hosszú, hegyes csonttüskével. Az újból bevezetett oesophagoskoppal az előbbi alatt egy újabb ugyancsak bűzös húsfoszlányokba ágyazott csigolyát látunk, ezt is eltávolítjuk. Újból — most már *harmadszor* — levezetjük a tubust, controlképen s a már eltávolított két halcsigolyán kivül még egy harmadikat látunk, melyet szintén kiemelünk; ez egy teljes és egy fél halcsigolya együttes darabja volt. A *három és fél halcsigolya* (6. ábra.) eltávolítása után *negyed-*

szer vezetem le az oesophagoskop csövét, a nagyfokban megduzzadt lumenű nyelőcsőbe, melyet most már végig szabadnak találok.

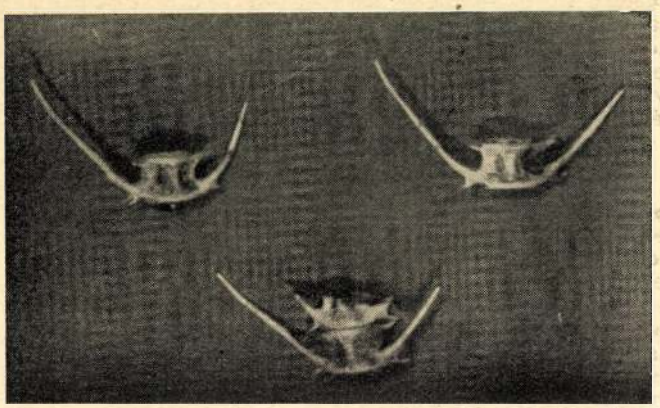
Az erőteljes, pirospozsgás beteg a beavatkozást igen jól türte. A *három* idegentest eltávolítása után csodálkozásunkra bevallotta, hogy előző nap áldomást ittak s a nagy *mulatozás közben halat* ettek s akkor nyelhette le „boros" állapotban a veszedelmes halcsontokat.

IV. 9.: Nyelési fájdalom; jobb közérzet, temp.: 38.9, *Controll-röntgen:* a nyelőcső végig szabad, az előző leletben leírt *árnyékkiesés* már nem látható.

IV. 10.: a nyelés jó, temp. 37.9°.

IV. 11.: láztalan, panasza nincs. Gyógyultan lávozik.

Az eset érdekességét abban látom, hogy *három* oly ritka idegentest akadt meg a nyelőcsőben, melyek közül egy is életveszélyes. A beteg elmondott panaszai nem is sejtették az oesophagoskopiás leletet.



6. ábra.

A tanulság az, hogy még *látszólag jelentéktelen* panaszok esetén is el kell végezni a megfelelő vizsgálatokat (röntgen), nehogy késve avatkozunk be, mikor már a fertőzéses szövődmények tulléptek a nyelőcső falán *(perioesophagitis, mediastinitis).* Az , hogy betegünk súlyos állapota ellenére is már a *negyedik* napon gyógyultan távozhatott, csupán az *idejében* végzett *oesophagoskopiának,* illetőleg eredményes *extractiónak* volt köszönhető.

Reá kell végül mutatnom esetünk kapcsán az idegentest-extractio utáni *ellenörző-oesophagoskopia* fontosságára is — különös tekintettel a *többszörös* idegentestek lehetőségére — *csak akkor tekinthető befejezettnek a műtét, ha az ellenőrző nyelőcsővizsgálat alkalmával kétségtelenül megállapíttatott valamennyi szerepetjátszó (lenyelt) idegentest eltávolításának ténye(*

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

Soós Aladár: Étrendi előírások III. bővített kiadás . . . . . 5.— P helyett 4.— P

Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája, 230 old. 110 ábra és 16 oldal műmelléklettel 5.— P

Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal . . . . . 6.50 P helyett 5.50 P
Vászonba kötve . . . . . 8.— P helyett 7.— P

Rigler Gusztáv: Közegészségtan és a járványtan tankönyve . . . 25.— P helyett 5.70 P

Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala, 86 oldal . . . . . 2.50 P helyett 2.— P

Issekutz Béla: Gyógyszerrendelés . 8.— P helyett 6.— P

Krepuska István: A füleredetű agytályogok kór- és gyógytana . . 4.— P

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvéttel történő rendeléskor a portóköltséget is felszámítjuk.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

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

Bittorf módszer szerint nyert hystiocyták eredete septikus endocarditisekben. *O. Bykova.* (Pres. Med. 1939. 54.) Bittorf massage után a fülcimpából vett vérben endothelialis atypikus sejteket talált, melyek száma esetleg 49%-ig is emelkedhetik. Ujjhegyből vett vérben alig találjuk meg őket. A sejtek makrophagok, endothelialis sejtek, epitheloidok, hystiocyták. Egyes szerzők azon véleményen vannak, hogy a sejtek a fülcimpa capillarisaiból származnak, mig mások a reticuloendothelialis apparatus származékainak tartják.

Szerző 12 endocarditises betegen végzett vizsgálatokat, összehasonlítva az ujjhegyből vett vért, a fülcimpából vett vérrel. A monocyták száma négyszeres, alakjuk atypikus, protoplasmájukban azur granulatio volt látható.

Kórbonctanilag a fülcimpában minden esetben érelváltozások voltak találhatók. A talált atypikus sejtek igy minden valószinüség szerint helyi eredetüek és a fülcimpában keletkeztek, septikus érelváltozások következményei.

A vizsgálatok azt eredményezik, hogy a septikus idült endocarditis nem csak a szívnek a megbetegedése, hanem az egész érrendszeré. (B. 35.)

vitéz *Kolta Ervin dr.*

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

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

Az ovulatio hiányának klinikai tünetei. *Novák.* (Amer. J. Obst. 37. 605. 1939.) A cikk elején összefoglalja röviden a menstruatio és ovulatio között fennálló endokrin kapcsolatokat s azt mondja, hogy a legujabb időkben különösen *Hisaw* és munkatársainak nézete érvényesült, amely szerint az ovulationál a fontos tényező a gonadotrop hormon, amelyet a HEL képez, ennek a tüszőt érlelő factora hatására érik a tüsző, mely viszont csak akkor reped meg, ha ehhez a luteinisaló factor is társul. Gyakran látjuk, s erre hivja fel a figyelmet, hogy teljesen normalisnak látszó asszonyoknál meglehetősen gyakran ovulatio nem következik be. Igy azt találta, hogy a meddőség bizonyos eseteiben ezen ovulatio elmaradás a primaer ok. Ugyancsak ezen ovulatio hiánya idéz elő asszonyoknál functionalis vérzéseket is. Szerző az utóbbi időben méhkaparásokat végzett 6 fiatal lányon, akiken bizonyos ok miatt a méhet később el kellett távolítani. E vizsgálatokból kiderült, hogy egy kivételével, bár a betegek rendesen mensruáltak, secretoricus méhnyálkahártyát nem talált, hanem a nyálkahártya a proliferatio különböző phasisainak képét mutatta. Az ovulatiot szemelőtt tartva, szerző felhivja a figyelmet arra, hogy sterilitás esetén mind a két nem részéről forogható fenn magtalanság. Mentől több meddő esetet látott, annál inkább észrevette, hogy a férfi részéről fennálló magtalanság milyen fontos szerepet játszik a meddőség kérdésében. (teljes aspermia, nekrospermia). Előfordulhat a menstruatio és ovulatio közti viszony felbomlása, jóformán teljesen physiologiás körülmények mellett, úgy a fiatal korban (pubertas) mint klimacteriumban. Fiatal korban előforduló anovulatoricus menstruatiok mellett szólnak előbb említett vizsgálatai, melyeket fiatal lányok méhnyálkahártyáján végzett. Nem egy esetben találta a proliferatio legkülönbözőbb phasisát secretios phasis nélkül, teljesen rendesen menstruáló és a nemi érettség korában lévő asszonyoknál, megjegyzi azonban, hogy ez még gyakoribb a klimaxhoz közelálló egyéneknél. Ezek alapján szerzőnek az a véleménye, hogy functionalis vérzés vagy rendes menstruatioszerű vérzés bekövetkezhet histologiailag bármilyen képet mutató méhnyálkahártya mellett. Ezen ovulatio nélküli menstruatio az oka szerinte a legtöbb functionalis vérzésnek, amely primaeren a hypophysis dyfunctiojára vezethető vissza. Hogyha therapiásan sikerülne ilyen esetekben valahogyan ovulatiót előidéznünk, úgy a problemát megoldottnak vehetnénk. Ennek ellenére jelenleg sokkal felületesebb eljárásokkal kell megelégednünk s itt szerző főleg a terhesvizeletből kivont hormonadagolásra (gonadotrop hormon), progesteronra gondol. Végül szerző felhivja a figyelmet arra, hogy újabban a méh functionalis vérzéseinél meglehetősen eredményesen használják a herehormon különböző fajtáit. (B. 68.)

ifj. *Scipiades Elemér dr.*

Az inversio uteri keletkezése és kezelése. *Rosenkranz.* (Geburtsh. u. Frauenhk. 1939. 4.) Az inversio uteri egyrészt vérzéseknek, másrészt hirtelen halál bekövetkezésének oka

lehet. Keletkezésében legtöbbször erőszakosan alkalmazott Credé-expressio, rövid köldökzsinór mellett a magzat erőltetett extractiója, fájáskeltők indicatio nélküli gyakori adagolása következtében beálló ú. n. kimerülési fájásgyengeség, amit a szerző tertiaer fájásgyengeségnek nevez, szerepelnek. E tényezők mellett constitutionalis okoknak is nagy jelentőséget tulajdonítanak. Szerző két magánházi szülésről számol be, amelyekben a keletkezett inversio uteri a fent említett okokra volt visszavezethető. Kezelésben mindenekelőtt fontosnak tartja a méhszáj megtekintését, hogy a nem teljes inversio esetén beálló vérzést a sérüléses, vagy atoniás vérzéstől pontosan elkülöníthessük. Egyébként az inversio azonnali visszahelyezését ajánlja előzetes transfusio és utólagos méhösszehúzó, ergotin, hypophysin, hideg méhüri öblítés, stb. alkalmazása mellett. (B. 65.)

Babos István dr.

Női gonorrhoea chemotherapiája ulironnal. *Kirschner.* (Zbl. f. Gyn. 1939. 16.) Az uliron hatásmechanismusának lényege a baktericid hatás mellett a szervezet specificus immunactiválásában rejlik. Emellett szóbajön még a bakteriummérgek semlegesítése. Ez a magyarázata annak, hogy az uliron-kezelés friss esetekben gyakran teljesen eredménytelen, s hogy a szervezet gyógyulási hajlama csak a 3. héttől észlelhető. A túlkorai gyógykezeléssel a helyes időben alkalmazott ulironlökés esélyeit erősen ronthatjuk, mivel a beteget uliron-ellenállóvá tehetjük. Azonban 3 hétig várni az adnexgyulladás veszélye miatt nem nagyon tanácsos, miért is a szerző *Schreuss* tapasztalatai alapján parenteralis fehérje helyett, mely nem adott kielégítő eredményt, vaccina therapiát ajánl emelkedő dosisban. Ezzel kapcsolatasan 3 esetét említi, melyek azonban nem nagyon meggyőzőek. Az elsőnek Bartholinitis miatt Arthigon-kezelés után 9 g uliront adott. 12 napi negativ lelet után ismét positiv lett. A második esetben acut adnexitis is volt, ez 18 g uliron után végleg negativvá vált. A 3. eset tulkorai uliron-kezelés miatt uliron-ellenállóvá lett. 27 g uliron után arthigonnal kisérelték meg legyőzni az ellenállást. Ezután újabb 9 g uliron adagolása ellenére is positiv maradt s csak helyi kezelésre vált negativvá. Kellemetlen melléktüneteket csak egy esetben észleltek, ahol 36 g. uliron után enyhe bőr és izületi jelenségek léptek fel, de a szer elhagyására azonnal eltüntek. Bénulási tüneteket nem észleltek. Ezzel kapcsolatosan megemlíti, hogy neuritises bénulásokat csak gonorrhoea esetében észleltek, jóllelet az uliront staphylococcus sepsis esetén nagyobb mennyiségben alkalmazták. *Lembke* ezt a széteső bakteriumok felszabaduló toxinjaival magyarázza. Ezzel egyidejüleg észlelték, hogy különösen azokon jelentkeznek bénulások, főleg a tibialis és peroneus területén, akik sokat mozognak, tehát katonákon, sportolókon, stb. *Engelhardt* és *Binkenmaier* kisérletileg is igazolták ezt, amennyiben forgó dobban kifárasztott galambok 4.5—5 g uliron összmennyisége után 100%-ban bénulási jelenségeket mutattak. Ugyanakkor *Hüllstrung* és *Krause* 10-szer nagyobb adagoktól sem láttak fárasztás nélkül bénulásos jelenségeket. A fárasztás mellett természetesen az adag is nagy szerepet játszik. Az irodalomban szereplő bénulások 30—75 g-tól jönnek létre. 39 esetről számol be, melyek közül 24 adnexitissel complicált. Ulironlökést 3 napon át 3x2 tabletta alakjában 9 g mennyiségben adtak. Helyi kezelést csak az eredménytelen esetekben alkalmaztak. Az esetek 38.4%-a azonnal negativvá vált és a megfigyelési időn belül negativ is maradt.. 61.6% visszaesett. Ezek közül 6 a 4. ulironlökés után is positiv maradt. Ezeken helyi kezelést végeztek. Végeredményben tehát 39 esetből 33 gyógyult uliron-kezelésre, ami 84.7%-nak felel meg, s ez egyezik az irodalmi adatokkal. (B. 64.)

Zsigmond Zoltán dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

Rheumás betegségek a gyermekkorban. *Hässler.* (Dtsch. Med. Wschr. 1939. 20.). A rheumás betegségek sorába tartozik a polyarthritis rheum. ac., a szív rheumás infectiója s végül a chorea minor. A polyartritis gyakran csak rövid ideig tartó és alig észrevehető elváltozásokat okoz a gyermekek izületeiben. Diagnostikai szempontból fontos a vérsejtsüllyedés vizsgálata, amennyiben polyarthritis alkalmával mindig gyorsult süllyedési értéket kapunk. Ugyanez vonatkozik a szívizom és szívbelhártya rheumás infectiójára is, amely a gyermekkori rheumás betegségekhez 80—90%-ban csatlakozik. A gyulladás legtöbbször az egész szívet éri izomzatával, burkával és belső kibélelésével együtt, úgyhogy igazán pankarditisről kell beszélnünk. Miután ennek a prognosisa mindig komoly, fontosnak tartja ezért a recidivák megelőzését, a szóbajövő esetleges genygócok (mandulák, odvas fogak, stb.) eltávolításával. Ugyancsak ide tartozik a chorea is, amelyet Seyderhelm B1-hypervitaminosisra vezet vissza. Ezzel szemben nem tartozik a szorosan vett rheumás infectiók sorába a chronicus polyarthiritis és a Still-féle betegség. Therapiás szempontból említésre méltó, hogy a szívcomplicatióval járó rheumás betegeket legalább egy évig tartja reconvalescenseknek s csak ennyi idő múlva szabadítja fel őket az orvosi megfigyelés és ellenőrzés alól. — (K. 111.)

Geldrich János dr.

A meningitis epidemica kezelése öblítésekkel. *Künzel.* (Dtsch. Med. Wschr. 1939. 20.) A meningitis epidemicával kapcsolatosan röviden kitér a modern chemotherapiára és hangsúlyozza, hogy e szerek mellett nem szabad teljesen elhagyni a serumtherapiát és a már *Quincke* ajánlotta ú. n. liquorrés-átmosásokat, amikor is annakidején bizonyos desinficiens anyagokat vittek be, de ennek alkalmazásától azóta elállottak, mert az agyra egyáltalán nem közömbös az ilyen szerek bevitele. Szerző átöblítésre phys.konyhasót ajánl, de nem zárkózik el az uliron alkalmazásától sem, bár a gyermekkorban *Schaefer* vizsgálatai szerint hatása legalább is még kétes. (K. 110.)

Wirth József dr.

Adatok a gyermekkori nephrosis pathogenesisához és therapiájához. *Linneweh.* (Mschr. f. Khk. 1938. 74.) A nephrosis keletkezését egy infectióra s annak kapcsán a menifestté váló oedemakészségre és oedema-megjelenésre vezeti vissza. Az oedema keletkezésében legnagyobb szerepet a hypalbuminaemia, a hyponkia és a hypercholesterinaemia játsza. Ennek megfelelően irányítja a gyógykezelést. Első és legfontosabb feladatunk tehát az infectio megszüntetése, ezzel egyidejüleg az oedemák lecsapolása. Ez utóbbi történhetik a thyreoideakezeléssel, míg sikeresebben ureum-, illetőleg az általa ajánlott glykokoll-adagolással. Az oedemakészség megszüntetésére pedig a fehérjedús, sószegény diaeta szolgál, aminek keresztülvitelére a marhavérből készült serumfehérjéket ajánlja. (K. 82.)

Geldrich János dr.

Néhány constitutionalis momentum a koraszülés aetiologiájában. *Brander.* (Mschr. Khk. 1939. 77.) 376 olyan koraszülöttet vizsgált át iskoláskorukban, akik közül 186-nál terhességi vagy szülési complicatiók voltak, míg 190-nél ilyen körülmények nem állottak fenn. Mig régebben a koraszülöttek anyjánál 1/2%-ban találtak hyperthyreosist, addig szerző 1.9%-ban talált strumát, hyperthyreosist. A nem complicált esetekben nagyobb számban talált feltünően alacsony termetű anyákat, mint a complikáltaknál. Átvizsgált eseteinek 28.6%-ában a testvérek is koraszülöttek, míg egyébként a népesség 12.8%-ban fordult csak elő koraszülés. Az anyák 21.7%-a egynél többször szült idő előtt. (K. 81.)

Zimányi István dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő.*

Hajviselet okozta dermatitis. *H. Shellow.* (Arch. of Derm. and. Syph. 40. 91.) Fiatal nőbeteg nyakán és a hát felső részén 5 hónapja ovalis, hyperaemiás, elmosódott határú folt volt. A beteg nem használt sem hajszeszt, sem hajfestéket, viszont úgynevezett „apródfrizurát" viselt, azaz simán a nyakára fésülte a haját és ott egy félkörben futó tekercsben visszagöndörítette. A dermatitis helye pontosan a hajtekercsnek felelt meg. Amint a beteg másként fésülködött, a dermatitis eltünt. Két napig tartó visszatérés az „apródfrizurához" a bőrgyulladás kiujulását okozta. Ebben az esetben a dermatitist tisztán a hajtekercs erőműví izgatása váltotta ki. (Sz. 85.)

Faragó László dr.

A fülfüggelékek eredetéhez. *T. Brander.* (Acta Dermato-Vener. XX. 3.) A fülfüggelékek apró puha, nyeles, rendszerint praeauricularis elhelyezkedésű daganatok, melyek fejlődéstani szempontból járulékos fülkagylónak tekinthetők. Klinikailag megkülönböztetendők tuberculomok, fibromák és atheromáktól. Előfordulásuk 1.5‰-re tehető az egyik oldalon, 0.09‰-re a mindkét oldalon. A szerző a saját, valamint az irodalmi adatok alapján két csoportba osztja őket: kisebb részük solitaer módon fordul elő és nem örökletes, mert egy petéjű ikerpárban is előfordult már discordantia. Na-

gyobb részük azonban valószínüleg szabálytalanul dominans módon öröklődik. (Sz. 86.)

ifj. Nékám Lajos dr.

Korai syphilises reinfectio érdekes esete. *C. K. Incedayi.* (Acta Dermato-Vener. 1939. XX. 3.) 38 éves férfi, extramatrimonialis úton szerzett syphilissel fertőzte feleségét. Erélyes antilueses kúra következtében (7.95 g neosalvarsan, 20 ccm bismogenol) a klinikai tünetek teljesen visszafejlődtek és a serologiai reactiók negativvá váltak. Az erélyes kúrára beálló teljes gyógyulás bizonyítéka, hogy közben feleségétől visszafertőződvén, másodszor is typusos initialaffectio fejlődött ki rajta és a serologiai reactiók újból erősen positivakká váltak. A reinfectio bizonyítja, hogy már egy erélyes antilueses kúra is teljes gyógyulással járhat. (Sz. 91.)

ifj. Nékám Lajos dr.

Pemphigus orvoslása concentrált viostreollal (D-vitamin). *E. B. Tauber és G. E. Clarke.* (Arch. of. Dermat. aud Sy. 40. 82.) *Ludynak*, továbbá *Kingnek* és *Hamiltonnak* kedvező eredményeiből kiindulva 9 pemphigusban szenvedő betegnek adagoltak hosszú időn keresztül napi 100,000—5000,000 E. D. vitamint. 1 eset kivételével mindegyikben több-kevesebb javulást észleltek tartós nausea formájában. A 9 eset közül 4 esetben következett be az észlelés folyamán exitus. A boncolások egyik szervben sem mutatták a nagy adag D-vitamin szedés következtében feltételezhető calcificatiót. (Sz. 87.)

Szodoray Lajos dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Bibliography of the writings of Harvey Cushing. Irta: *Charles Thomas.* Baltimore. Ára 5 Dollar. *Harvey Cushing* 70-ik születésnapja alkalmából a nevét viselő társulat összegyűjtötte s kiadta a nagy amerikai agysebész irodalmi munkáinak jegyzékét. A 108 oldal terjedelmű könyv előszavát *A. C. Klebs* írta. Igen szellemes fejtegetéseit a következő sorokkal fejezi be: „Vous n'êtes pas septuagenaire — Vous avez sept fois dix ans!" Ezután *Harvey Cushing* életrajzát találjuk, mely kitüntetéseit és egyetemi gradusait is tartalmazza. (A budapesti egyetem tiszt. doctora.) A következő fejezet monographiáinak és könyveinek címeit tartalmazza telegramm stylusban tartott rövid kivonatokkal (13 tétel). Folyóiratokban 306 dolgozata jelent meg, tanítványaitól pedig 328 általa inspirált dolgozat. Tanítványainak névsora fejezi be a füzetet. A könyv igen értékes történeti dokumentum s méltó Harvey Cushing egyéniségéhez. Ő elismerten a világ első agysebésze, bostoni kórházi állását 65 éves korában hagyta el, hogy mint neurologus a Yale egyetemen New Havenben folytassa munkásságát, jelenleg mint historicus. Három nagy amerikai egyetem tanára volt: Johns Hopkins, Harward, Yale, az orvosi tudomány három nagy ágát, a sebészetet, a neurológiát és a történelmet művelte s mindhárom területen maradandót alkotott. Hazánk jó barátja 1909-ben a nemzetközi orvosi congressuson Budapesten járt, látogatásának emlékeit az orvosi tudomány mesterműveit tartalmazó könyvtárában őrzi. Csodálatosan szép, jóformán páratlan pályafutás.

Grósz Emil prof.

Goethe als Patient *Wolfgang H. Veil.* (Gustav Fischer kiadása, Jena, 1939. 71 oldal. Ára: fűzve: 2 RM.) *Goethe* nevének említésekor legtöbbünk lelki szemei előtt a zavartalan testi és lelki egészség képe jelenik meg. Mi orvosok átérezzük annak a régi közmondásnak a mély igazságát: mens sana in corpore sano és első pillanatra el sem tudjuk képzelni, hogy az, aki 80 éves korában a Faust második részének legszebb sorait írta nem lett volna teljesen egészséges ember. Hiszen a világirodalom e legtökéletesebb alkotásában, amelyhez foghatót csak a magyar irodalom produkált „Az ember tragédiájá"-ban, megtaláljuk a világ minden phylosophiáját és minden poezisét és megtaláljuk a kulturemberiség legegyetemesebb képviselőjének majdnem három emberöltőre terjedő élettapasztalatait, sok-sok reményét és számos csalódását is. *Goethe* a tudás minden terén, amelyhez az egész világot átfogó genialitásával csak hozzányult, szépet, tökéletesen és maradandót alkotott. S e példa nélkül álló teljesítmények különösen akkor váltanak ki bennünk nagy csalódást, ha *Veil* könyvében orvosi szemmel végigkisérjük ennek a szellemi herosnak életefolyását és meglepetéssel látjuk, hogy távolról sem volt egészséges ember, hanem szokatlanul hosszú életének minden szakában mind testi betegségeknek, mind mélyreható lelki megrázkódtatásoknak volt kitéve, amelyek azonban még átmenetileg sem csökkentették törhetetlen munkabírását és classikus alkotóképességét. Minden orvos és az irodalom minden barátja nagy lelki gyönyörüséggel és még több haszonnal fogja olvasni e kitünően kiállított könyvecskét.

Vajda Károly dr.

A szem és környékének rosszindulatú daganatai. *R. Thiel.* Kiadó F. Enke, Stuttgart 1939. A Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde mellékletsorozatának 6. füzete, mely a német természettudósok és orvosok 95. gyülésének (Stuttgart 1938.) előadásait tartalmazza. A szem sugárzás okozta ártalmait és azok megelőzését *Rohrschneider* ismerteti. A szem és környékének daganatait *Thiel* dolgozza fel; itt főleg az orbita röntgendiagnosztikájára tér ki és leírja orbitographiás eljárását. A sugárkezelés irányelveit *Grashey* (Köln)-től származnak. A kérdés rhinológiai vonatkozásai is megvilágítást nyernek *(Zange)*. A jól összeállított közel 100 oldalas könyvecske jó útmutatásul szolgál e fontos határterületen.

Grósz István dr.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift. 36. sz. *Pitzen P.:* Csontgümőkór és baleset. — *Gottesbüren H.:* Heveny és chronikus csontvelőgyulladás kezelése a Hamburg-eppendorfi sebészeti klinikán. — *Hassencamp E.:* Nikotin hatása a vérkeringésre. — *Habert V. és Wilhelm F.:* Toxikus diphtheria. — *Ruf H.:* Az ingermentes, de alapos bőrtisztogatás problémája. („Satina") — *Schmitz W. és Schramm G.:* Baleseti neurosis és birodalmi törvényszék.

Wiener Klinische Wochenschrift. 36. sz. *Asperger H.:* Ekzema vaccinatum egy esete. — *Dietl K.:* Tuberculosisgondozás a gyermekorvos szempontjából. — *Hamburger F.:* Megelőzés és gyógyítás a gyermekgyógyászatban. — *Januschke H.:* Csecsemőtáplálástani kérdések pharmakologiai megvilágításban. — *Kernau Th.:* Koraszülött gyermek további sorsáról. — *Koch H.:* Heveny appendicitis kórisméje a gyermekkorban. — *Ossoinig K.:* Angolkóron tett megfigyelések az anya-tanácsadóhelyeken. — *Pricsel R. és Schuler F.:* Májcirrhosis a kora gyermekkorban. — *Steinhardt Th.:* Diphtheriavédoltás és Schick-reactio eredményei. *Steinmauer H.:* Meningitis cerebrospinalis kezelése prontosillal. — *Türk E.:* Alkoholos permydrinoldat perlingualis alkalmazása pylorospasmus ellen.

VEGYES HIREK

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága közli, hogy f. évi november második felére tervbevett orvosi tanfolyamát a repülés élettanának tárgyköréből bizonytalan időre elhalasztotta.

A Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesületének elnöksége közli, hogy f. évi szeptember hó végére tervezett bajai nagygyülését bizonytalan időre elhalasztja.

A Népszövetség Egészségügyi Osztályának hírei. (Chronicle of the Health Organisation, 1939. 8.) 1. Az egészségügyi Osztály kezdeményezésére *Leon Bernard* kartársai és barátai *alapítványt* tettek a kiváló hygienikus és tuberculosis szakember tiszteletére. A díjat tizenhat jelölt közül *W. A. Sawyer* a Rockefeller Alapítvány Nemzetközi Egészségügyi Szakosztályának igazgatója nyerte, akit a sárgaláz leküzdése és socialis kérdések megoldása körül végzett munkája tett erre érdemessé. — 2. A Kinába küldött *járványügyi bizottság* két tagja jelenleg azon út építésénél teljesít szolgálatot, amely Kinából Burmába vezet és amely több helyen malariás vidéket szel át. — 3. *A gyógyszernövények egységesítése céljából* alakított bizottság az elmúlt évben 85 drog monographiáját állította össze, jelentést készített a maximalis és a szakásos dosisokról és felállította a tincturák, extractumok, stb. készítésénél követendő irányelveket. — 4. Az amerikai államok *Falu Egészségügyi Conferentiáját* a nemzetközi helyzet miatt bizonytalan időre elhalasztották. — 5. Az Egészségügyi Osztály 10 évvel ezelőtt kezdett a *rákkérdéssel* foglalkozni. A cervix uteri rákját tették tanulmány tárgyává, de csakhamar rájöttek, hogy a nomenclatura különbsége miatt nem lehet a nemzetközi adatokat összehasonlítani. Az egyöntetűség biztosítása,

valamint a gyógyultak öt évre terjedő megfigyelése után 1937-ben és 1938-ban jelentést adtak ki az eredményről. A harmadik jelentés, amely már 24 klinika eredményeit tárgylaja, most kerül közlésre. Még korainak tartják a gyógyeredményekről nyilatkozni. — 6. *A „Bulletin of the Health Organisation"* most megjelent száma az Egészségügyi Osztály évi jelentésén kívül cikket közöl az egészségügyi jelzőszámokról, a falusi lakáskérdésről és a leptospirosisról. Ez utóbbi, melyet *B. Wlach — Sorgrader* írt értékes összefoglalása a *leptospirosis* kérdésének.

Az Orvosi Hetilap átköltözött új helyiségeibe a IX., Hőgyes Endre utca 7. sz. alá, a volt Rákos utcába. A kórtani intézet mögötti Pasteur kórházban kaptunk helyet s így nagy örömünkre továbbra is egyetemi intézetben folytathatjuk munkánkat, mégpedig annak a kiváló férfiúnak egykori munkahelyén, aki több évtizeden át volt lapunk szerkesztője is. — Hálásak vagyunk a kitünő elhelyezésért kultuszkormányunknak és *Ajtós E. Imre* igazgató főorvos úrnak, kik az új otthon feltalálásában és berendezésében annyi megértéssel segítségünkre voltak. Természetesen a *„Magyar Orvosi Archivum"* ügyei is itt intéződnek, sőt mivel szerkesztőnk elnöke az Orsz. Közegészségügyi Tanács *„Gyógyszerügyi és Fürdőügyi Szaktanácsának"*, valamint az *Orsz. Balneologiai Egyesületnek":* — ezek üléseinek és ügykezelésének székhelye is Hetilapunk szerkesztősége és kiadóhivatala. Reméljük, hogy az új otthonban még több ügybuzgalommal és sikerrel fogjuk teljesíteni feladatainkat.

Frontátvonulások és kisérő jelenségeik aug. 29—szept. 9. között. Szeptember 3-án három erős frontátvonulás történt. Utána hat egymást követő frontmentes napunk volt, (szept. 4—9.), ami összel is *a legnagyobb ritkaságnak számít!* A frontátvonulások részletes adatai a fenti táblázatban találhatók:

Átvonulás ideje Budapesten			A front fajtája	Fejlettsége	Kisérő eseményei
hó	nap	óra			
Aug	29	8	Betörési	Gyenge	Szélélénk., később Cumulus-felhők
,,	30	3	,,	,,	Hirtelen szélélénk., Cum.-Castellatus-felhők
Szept.	1	6	,,	,,	Légnyomásugrás, felhőátvonulás
	2	6	,,	,,	Cumulonimbus-felhők
	3	4	Felsikl.	Erős	Praefrontalis eső 2 órától, 12 mm.
	3	8	Betörési	,,	Heves zápor 5 mm.
	3	17	,,	,,	Heves zivatar
	3	21	,,	Gyenge	Kis széllökés-k.

*) 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.

549—2—1939 sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A mátraházai m. kir. állami Horthy Miklós tüdőgyógyintézetben betöltendő *egy alorvosi állásra* pályázatot hirdetek. Az alorvosi állás javadalma a X. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fütés és világítással, valamint I. oszt. élelmezés az önköltségi ár 50%-ának megtérítése mellett.

A kérvény 2 pengős okmánybélyeggel ellátva s a m. kir. belügyminiszterhez címezve, az intézet igazgatójához adandó be *1939 október 9-ének déli 12 órájáig.*

Egyenlő képesítés esetén előnyben részesülnek a tüdőgyógyászati szakképzettséggel rendelkezők. Az alorvos alkalmazása egy év tartamára ideiglenesen történik,, mely alkalmazás jó szolgálat esetén meghosszabbítható. Az ideiglenes alkalmazásból kifolyólag végleges kinevezésre jogigény nem támasztható. Az állásra csak nőtlen orvosdoktorok pályázhatnak.

A kérvényhez csatolandó: 1. születési anyakönyvi kivonat és annak igazolása az 1939. IV. tc. végrehajtása tárgyában kiadott 7720—1939. M. E. rendelet 1. és 3. §-aiban foglaltak értelmében, hogy a pályázó nem esik az idézett törvény 1. §-ának korlátozása alá; 2. hatósági erkölcsi, valamint a családi állapotot igazoló bizonyítvány; 3. magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítvány; 4. az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevél; 5. egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok; 6. curriculum vitae, az esetleges nyelvismeretekre vonatkozó adatokkal; 7. közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítvány; 8. katonai szolgálatra vonatkozó okmányok; 9. esetleges szakképzettséget igazoló okmányok; 10. egyéb tanulmányi és szolgálati bizonyitványok; 11. orvosi kamarai tagság igazolása; 12. nyilatkozat afelől, hogy a pályázó közhivatalban, közintézetben, illetve közintézményben állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmaztatást betölt-e, avagy sem. Igenlő esetben az alkalmazó szervet és az élvezett járandóságok összegét meg kell jelölni. Közszolgálatban állók kérvényeket felettes hatóságaik által láttamoztatni tartoznak. Az a pályázati kérvény, mely a 12. pontban előírt nyilatkozatot nem tartalmazza, figyelembe nem vehető.

Mátraháza, 1939. évi szeptember hó 9-én.

Genersich Andor dr. s. k.
eü. főtanácsos, igazgató főorvos.

SOLTHIO AKTIV KÉNOLDAT:
indikációja a percutan kéntherapia egész területe.
Tiszta kezelés! — Mély hatás!
Főraktár: DR. BAYER ANTAL gyógyszertára
Budapest, VI. kerület, Andrássy-út 84.

RIZOMALTAN
KROMPECHER BUDAPEST, V., NÁDOR-UTCA 15.
rizsnyák-dextrin-maltose-gyógytápszer tejhigitások készítéséhez
Dyspepsiára hajlamos csecsemők számára
Rendelhető: Közgyógyszerellátás, Pósta, Bányatárspénztár, és MÁV terhére.

203.680—1939. XVI. B. M. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Magyar Szent Koronához visszacsatolt felvidéki területen állami igazgatás alá került beregszászi kórházban 1 *belgyógyászati osztályos főorvosi állásra* és 1 *bőrgyógyászati osztályvezető intézeti orvosi állásra* pályázatot hirdetek.

A pályázati kérvényhez eredetben, vagy hiteles másolatban csatolandók: 1. orvostudori oklevél; 2. állampolgársági igazolás; 3. születési anyakönyvi kivonat (keresztlevél); 4. életrajzi adatok (curriculum vitae) esetleges működés igazalása; 5. szakorvosi képesítés; 6. Magyarországnak a trianoni békeszerződés által megállapított területéről pályázóknál orvoskamarai tagság igazolása; 7. esetleges katonai szolgálat igazolása; 8. közszolgálatban nem állóknál fedhetetlen előéletüket, közszolgálatra alkalmasságukat igazoló hatósági erkölcsi bizonyítvány, illetőleg újkeletű tisztiorvosi bizonyítvány; 9. egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok; 10. az 1939. évi IV. tc., végrehajtása tárgyában kiadott 7.720—1939. M. E. sz. rendelet 1. és 3. §-ai értelmében leendő igazolása annak, hogy a pályázó nem esik az idézett törvény 1. §-ában meghatározott korlátozás alá. 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 járandóságok összegét meg kell jelölni. Közszolgálatban álló pályázók a fentebb felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, az említett törzskönyvi lap (minősítési táblázat) hiteles másolatával igazolhatják.

Az állások betöltésénél —, amennyiben szakszempontból az illető állásra képzettségüknél és gyakorlatuknál fogva megfelelnek, — a 2.300—1939. M. E. sz. rendelet (megjelent a Budapesti Közlöny 1939. évi február hó 26-iki 47. számában) 7. §-ában foglaltak értelmében — feltéve, hogy a közszolgálatban alkalmazáshoz szükséges követelményeknek megfelelnek — más jogszabályokban meghatározott elsőbbségi igényre tekintet nélkül elsőbbségi igényük van azoknak: *a)* azaz 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 visszacsatolt felvidéki területeken volt, állásukat azonban magyarságuk miatt minden ellátás nélkül elvesztették és azóta állandóan a visszacsatolt felvidéki területen 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 állomáshelye az 1921. évi július hó 26. napján a visszacsatolt felvidéki területeken volt, állásukat azonban magyarságuk miatt, minden ellátás nélkül elvesztették és Magyarországnak a trianoni békeszerződéssel megállapított területére költözve, itt közszolgálatban sem elhelyezést nem nyertek, sem ellátásban nem részesültek; — *c)* akik az 1938. évi november hó 2. napján visszacsatolt felvidéki területeken kinevezett (évi fizetéses, megválasztott) minőségben cseh-szlovák közszolgálatban állottak; — *d)* az *a)* alatt említettek olyan leszármazói, akik jelenleg Magyarország területén laknak; — *e)* mindazok, akiknek az 1939. évi november hó 2. napján a visszacsatolt felvidéki területeken állandó lakhelyük volt, feltéve, hogy azóta is állandóan Magyarország területén laknak.

Az említett 7. § hatálya alá tartozó 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. Ugyancsak hiteltérdemlően tartoznak igazolni azt is, hogy az említett kormányrendelet 7. §. *a), b), c), d),* vagy *e)* pontja hatálya alá tartoznak. Az esetleges idegen nyelven kiállított bizonyítványok hiteles magyar fordítása is csatolandó.

A meghirdetett állások átmeneti létszámba tartoznak és ezért azok a végleges létszám megállapításáig ideiglenes minőségűek. A főorvosi ellátással általában az állami rendszerű VIII. fiz. oszt.-ra, az intézeti orvosi állással a IX. fiz. oszt.-ra nézve mindenkor megállapított illetmények járnak. A 2.300—1939. M. E. sz. rendelet 7. §. (1) bekezdésének *a), b),* vagy *c)* pontja, továbbá a 8. §. (2) bekezdése alá eső pályázók ezen rendelet 13—19. §-aiban foglaltak figyelembevételével lesznek fizetési osztályba és fokozatba sorozva.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felbélyegzett pályázati kérvényüket e pályázati hirdetménynek a „Budapesti Közlöny" című hivatalos lapban történt első közzétételétől számított 15 napon belül hozzám címezve nyújtsák be. Az e határidőn túl beérkező és nem kellően felszerelt pályázatokat nem veszem figyelembe.

M. kir. belügyminiszter.

Gróf Apponyi Albert Poliklinika közkórháza.

549.—1939. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika közkórháza pályázatot hirdet a fogászati osztályán megüresedett alorvosi állásra. Az alorvosi állás javadalmazása havi 100.— pengő, elfoglaltsága napi 2—3 óra. A választás egy évre szól, azonban kétszer két évre meghosszabbítható. Az állás a megválasztás után azonnal elfoglalandó. A kérvényhez a következő okmányokat kell csatolni:

a) születési anyakönyvi kivonat; *b)* származást igazoló okmányok; *c)* hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló igazolvány; *d)* az ország területén orvosgyakorlatra jogosító oklevél, vagy annak hivatalos másolata; *e)* egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok; *f)* curriculum vitae; *g)* Budapesti Orvosi Kamarai tagsági igazolvány; *h)* közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tiszti orvosi bizonyítvány; *i)* esetleges katonai szolgálatot igazoló bizonyítványok; *j)* szakorvosi képesítést igazoló bizonyítvány.

A pályázati kérvények folyó évi szeptember hó 30-án déli 12 óráig adandók be a Gróf Apponyi Albert Poliklinika igazgatói irodájában. (VII., Szövetség-utca 14.).

Budapest, 1939. szeptember 4-én.

Dr. Fekete Sándor s. k.
egyet. m. tanár, főorvos,
kórházigazgató h.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

Rationális összetételű

cholagogum, cholereticum

Bilagil - chinoin

Az epeutakat fertőtleníti. Kövek távozását elősegíti. Görcsoldó, bélmozgató.

20 és 40 tabletta

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

83. évfolyam. 38. szám. Budapest, 1939 szeptember 23.

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:

Balázs Gyula: Radioactiv anyagok okozta mérgezések (893—897. oldal.)
Vizer Tibor és **Dóczy János:** Tapasztalatok a Brossa-féle tumor reactióval. (897—899. oldal.)
Kovács Ernő: Ektopia perinealis testis esete. (899—900 oldal.)
Dorogi Lajos: Haematoma extravaginale funiculi. (900—901. o.)
Dávid Margit: Az uliron gyógyértéke a havibaj idején vett váladék ellenőrzése alatt. (901—903. oldal.)
Irodalmi szemle. (903—904. oldal és a borítólap III. oldalán.)
Könyvismertetés: (a borítólap III. oldalán.)
Lapszemle: (a borítólap III. oldalán.)
Vegyes hírek: (a borítólap IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Radioactiv anyagok okozta mérgezések.

Irta: *Balázs Gyula dr.*, egyetemi magántanár, közkórházi főorvos.

A radioactiv anyagok (r. a. a.) az orvostudományban és az iparban felfedezésük óta fokozódó mértékben kerülnek használatba. Kezdetben szinte mistikus hatásokat és képességeket tulajdonítottak ezeknek az anyagoknak s az objectiv tudományos vizsgálódás csak később tisztázta a chemiai és főképpen physikai lényegüket s még később s empiriás úton ezen anyagoknak az emberi szervezetre bizonyos körülmények között hasznos, de vigyázatlanság esetén súlyos, sőt gyógyíthatatlanul ártalmas hatását is. Sugárzó energiájuk ma már az orvostudományban nélkülözhetetlen s a rosszindulatú daganatok gyógyításában állandó és biztató fejlődést mutat. De nemcsak a tudomány, hanem az ipar sem tudná már nélkülözni ezeket, bár jelentőségük itt ma még nem olyan nagy, mint a tudományban.

A r. a. a.-kat, illetve készítményeiket az orvostudományban diagnostikai és therapiai célokra használják. A diagnostikában (röntgen) az erek (arteriographia) és bizonyos szervek, mint máj lép láthatóvá tételére — injectio alakjában. A therapiában helybeli és általános hatások elérésére használjuk Helybelileg: a radiumot, mesothoriumot tűk, tubusok alakjában a rosszindulatú daganatok kezelésére; kenőcsök, borogatások, kötések, iszap alakjában: bőrbetegeségekben, myalgiákban, neuralgiák ellen; belsőleg és parenteralisan pedig ivókúra, belégeztetés, befecskendezés, fürdő, cukorka alakjában idült izületi bajok, vérbetegségek érelmeszesedés, öregedés esetén, stb. Az ipar még r. a. a.-ot tartalmazó talpbetéteket és suspensoriumokat is készít. A találékony üzleti szellem egy időben a radioactiv anyagok mistikus hírét igyekezett a lehető legtökéletesebben kihasználni és számtalan értéktelen, de elvétve veszedelmes készítményeket is hozott forgalomba.

Megemlítjük még, hogy vannak természetes r. a. a.-ot tartalmazó tényezők — gyógyforrások — is (pl.: a budapesti Juventus forrás), melynek activitása elegendő ahhoz, hogy therapiás hatásokat érhessünk el vele, sőt állítólag olyan erős activitású források is vannak (Amerika), melyek hatása toxikus. Egyébként kisebb, gyakorlati szempontból teljesen elhanyagolható activitású vizek, talajok, kőzetek, csaknem mindenütt találhatók.

Az iparban a r. a. a.-kat az ú. n. világító anyagok, festékek*) gyártására és az órák számlapjainak, mutatóinak (világító óralapok) bevonására használják. A velük bánás mind a tudományban, mind az iparban igen nagy körültekintést és tulajdonságaiknak teljes ismeretét kívánja meg, mert a szervezetet bizonyos körülmények között néha rövidebb, néha hosszabb idő (évek, évtizedek) alatt észrevétlenül és alattomosan támadja meg, hogy mire a durvább, észrevehető tünetek jelentkeznek már gyakran teljesen befejezett tények előtt állunk, úgy hogy szomorú szerepünk csak a szervezet biztos és feltartózhatatlan pusztulásának szemléletéből áll. Ennek megértéséhez szükséges ismernünk a r. a. a. általános tulajdonságait, továbbá a szervezetre gyakorolt hatásukat és végül sorsukat a szervezetben.

Jellemző tulajdonságuk, hogy atomjaikban önként átalakulások történnek. Ezek az átalakulások vagy elektromos töltésű részecskék lelökődésével (alfa és beta sugárzás) vagy elektromágneses rezgés (gamma-sugárzás) kibocsátásával járnak. A radioactiv testek bomlásakor a belső atommag bomlik s ezért bomlásuk mindig új elem keletkezésével jár. Mivel a keletkezett új elem maga is hasonló módon tovább bomlik, az új elemek egész sorozata keletkezik, míg végül a sorozatos bomlás az ólommá átalakulással befejeződik. A sorozatnak e végső tagja már stabil s így radioactiv tulajdonsággal nem bír. Alfa-sugárzás akkor keletkezik, mikor a mag bomlásakor positiv töltések lökődnek ki, béta-sugárzás pedig akkor, mikor a magból 1—1 elektron távozik. A γ-sugárzás ellentébne az α- és β-sugárzással nem corpuscularis, hanem elektromágneses rezgés. Az alfa-sugárzás áthatoló képessége kicsiny, mivel anyagi tömege aránylag nagy. A bőrbe alig $^1/_{10}$ mm-re tud csak behatolni; a β-sugárzás áthatolóképessége azonban csaknem egyenlő a lágy, a γ-sugaraké pedig a legkeményebb röntgensugarakkal. A *radioactiv testek bomlását*, mely, mint említettük önként megy végbe, *sem megakadályozni, sem siettetni, vagy lassítani, szóval befolyásolni semmiféle eszközzel, vagy módon sem tudjuk.* A radioactiv alapelemeknek, valamint bomlástermékeinek élet-

*) Az ú. n. világító festékek legtöbbnyire bizonyos kristályos zinkvegyületből, pl. zinfsulfid és valamilyen r. a. a. pl. radium, mesothorium, radiothorium sók keverékéből állanak, melyhez kötőanyagul még lakkot is kevernek.

tartama különböző. — Több milliárd és a másodpercek tört része között változik. Az élettartamot az ú. n. felezési idővel jelezzük, ami alatt az értendő, hogy mennyi ideig tart, míg az elem felerészben elbomlik, azaz a felezési idő a bomlás gyorsaságát jelenti.

Három radioactiv alapelemet ismerünk, ezek: 1. *urán;* 2. *thorium*; 3. *aktinium*. Ez utóbbinak azonban gyakorlatilag nincs jelentősége. Igen kisfokú radioactiv tulajdonsággal bír még a kalium és rubidium is.

A radioactiv testek activitását Curie-egységekben mérik. 1. Curieegység activitása van olyan anyagnak, amely ugyanannyi sugárenergiát bocsát ki magából, mint 1 g bomlástermékeivel egyensúlyban lévő radiumelem. A Curie-egység ezredrésze a millicurie, milliomodrésze a mikrocurie. Az orvosi gyakorlatban a r. a. gyógyszerek, radioactiv vizek, fürdők, iszapok activitásának mérésére az ú. n. Mache egységeket használjuk. Egy Mache egységnyi (M. E.) activitása annak a sugárzó anyagnak van, mely ionisáló hatása következtében 1 liter levegőben akkora vezetőképességet hoz létre, hogy a telítési feszültség mellett másodpercenként $^1/_{1000}$ elektrostatikai egységnyi elektromosság halad rajta keresztül.

A r. a. a.-ok halmazállapota szilárd, kivéve radium és thorium emanatiót, mely gázalakú. Az orvostudományban közülük aránylag keveset használunk. — Az *uran*-sorozatból a *radiumot* sói alakjában és a *radium-emanatiót*, a *thorium* sorozatból a *thorium X*-et, a *mesotorium I., II.*-t és a *radiothoriumot*. Az iparban főképpen radiumot, mesothoriumot és radiothoriumot használnak. Mivel ezekből az anyagokból állás és munka közben emanatio is keletkezik így a radium- és thorium-emanatióval is számolni kell.

Az orvostudományban és iparban használatos r. a. a. sugárzása és felezési ideje a következő:

Uran-sorozat:

Elem	Sugárzás	Felezési idő
Radium	α, β, γ	1580 év
Radium emanatio	α	3.82 „

Thorium-sorozat:

Elem	Sugárzás	Felezési idő
Mesothorium I.	β	6.70 év
Mesothorium II.	β γ	6.13 óra
Radiothorium	α β	1.90 év
Thorium X.	α	364 nap

A r. a. a.-ok sugárzásai vegyi hatást tudnak létrehozni: a vizet alkotó elemeire bontják, a fényérzékeny lemezre úgy hatnak, mint a fény, stb. De hatásuk van az élő szervezetre is, mégpedig kettős: egyrészt hatnak chemiai sajátságuknál fogva — ez a gyakorlatban szerepet nem játszik —, másrészt physikalisan, sugárzás útján. Amennyiben a szervezetbe jutott mennyiségük kicsiny volta chemiai hatást nem okoz, még ártalmas hatás származhat a belőlük kiinduló sugárzó energiából. Támadásuk kétféle lehet: helyi és általános. *Helybeli hatás:* ha kellő activitású r. a. a.-ot helyezünk a bőrre és megfelelő ideig hagyjuk rajta, akkor idővel azon a helyen a röntgensugárokozta elváltozásokkal azonos tüneteket észlelhetünk: eleinte bőrpír jelentkezik, majd hólyag képződik, végül pedig nehezen gyógyuló fekély támad. Ha azonban az időtartamot helyesen határozzuk meg, akkor anélkül, hogy ártalmas hatás következne be, bizonyos kóros elváltozások a r. a. a. hatására meggyógyulnak. A gyógyító hatás miképtje azonban jórészt még ma sem tisztázott.

Általános hatás: ha a r. a. a.-ot valamilyen módon a szervezetbe visszük, akkor ha az adag megfelelő volt, átmeneti serkentő hatást fejt ki a szervezet bizonyos functióira. Az anyagcsere, a húgysav kiválasztása fokozódik, a fehér- és a vörösvérsejtek száma megnő. *Stoklasa* szerint a r. a. a. *sugárzásai* közül az α sugárzás emeli a sejtek oxydatiós folyamatait, a β és γ sugárzás pedig az anyagcserére és a növekedési folyamatokra hat fokozólag. Nagyobb adagok után az anyagcsere csökken, úgyszintén a fehérvérsejtek száma is. Még nagyobb adagok után már súlyos, gyakran halálra vezető tüneteket észlelhetünk, melyek az anyagcsere nagyfokú csökkenésében, a leukocyták csaknem teljes eltünésében, a vörösvérsejtek számának kisebb-nagyobbfokú kevesbbedésében, vérzésekre és másodlagos fertőzésekre nagyfokú hajlamosságban nyilvánulnak meg. R. a testek kis mennyiségének gyakori, vagy állandó felvétele esetén az előbbi tüneteken kívül még csontelhalásokat (különösen az állkapocs csonton) továbbá rosszindulatú daganatok képződését is tapasztalhatjuk.

Összefoglalva azt mondhatjuk, hogy a r. a. a.-ok kis adagban a szervezet védőerejét activálják, nagy adagban pedig csökkentik, esetleg a szerzetet el is pusztítják.

A szervezet sejtjei, valamint a sejt egyes részei is más és más érzékenységet mutatnak a r. a. a.-okból kiinduló sugár behatására. Általában legérzékenyebb a sejt mag éspedig elsősorban az oszlásban lévő sejt magja; igen érzékenyek a vérképző rendszer sejtjei és a fehér vérsejtek.

A szervezetbe jutott r. a. a.-ok egy része a kiválasztó szervek, ú. m.: vese, tüdő, nyálmirigyek, stb. útján csökkenő mennyiségben kiválasztódik, másik része pedig bizonyos szervekben *tartósan* deponálódik, akár egyszeri nagy adag, akár igen kicsiny, de gyakran vagy folytonosan ismétlődő mennyiségben kerüljön is a szervezetbe. Halmozó szervek többek között a csontvelő, máj, lép, vese és tüdő. Különösen a vérképző szervekben és itt is elsősorban a reticulo-endothelialis rendszerben deponálódnak. *Flinn* vizsgálatai szerint a belsőleg vagy injectio útján bevitt r. a. a.-nak kb. $^1/_{10}$ része deponálódik. A depot-kból a r. a. a.-ok semmiféle eljárással el nem távolíthatók, s így az olyan r. a. a.-ok is, melyeknek bomlási ideje igen hosszú, s ezáltal gyenge sugárzást bocsát ki, hosszú idő alatt egészen jelentéktelen sugárzó energiával is ártalmas hatást fejthetnek ki. Tehát a depokban a r. a. a.-ok feltartóztathatatlan bomlásuk folytán állandóan sugároznak s a sugárzásuk következtében a környezetükben lévő, vagy velük érintkezésbe jutó sejteket (vér) pusztítják, másrészt a sugárhatásra elpusztult sejtekből bizonyos bomlási, vagy szétesési termékek szabadulnak ki vagy keletkeznek, melyek a keringésbe jutva a szervezetet elárasztják. Az újabb elméletek szerint ezek a termékek is nagyban hozzájárulnak mind a therapiás, mind a toxikus hatások létrehozásához.

Említettük, hogy a depókból a r. a. a.-ok eddig még semmiféle mesterséges eljárással sem távolíthatók el, tehát hatásuk mindaddig tart, amíg spontan ki nem ürülnek, vagy teljes egészükben radioinactiv bomlástermékké át nem alakulnak; pontosabban a sugárhatás mindaddig tart, ameddig a sugárzó anyagok mennyisége az alá a küszöb alá nem süllyed, amelynek a sugárzása physiologiás hatások kifejtésére már nem képes. Bizonyos esetekben azonban egy ember élettartama erre nem elegendő.

A r. a. a.-ok által a szervezetben okozott kóros elváltozások tehát az elmondottak alapján gyakorlatilag kizárólag physikai hatásokra vezethetők vissza s tüneteikben teljesen azonosak a röntgensugárzás okozta ártalmakkal, tehát kérdéses, hogy a r. a. a.-ok okozta el-

változásokat joggal nevezhetjük e mérgezéseknek. Mivel itt, ellentétben a röntgensugárral *anyagról* van szó, az irodalomban polgárjogot nyert a r. a. a. okozta betegségről, mint mérgezésekről beszélni.

Ezek a mérgezések főképen mint medicinális, laboratoriumi és mint ipari mérgezések fordulnak elő. újabb kutatások szerint a r. a. érceket termelő bányászok között is. Az irodalomban eddig két öngyilkossági mérgezést is közöltek, míg gyilkossági mérgezésről *idáig* nem tudunk.

A medicinális mérgezések vagy túladagolásból, vagy túlérzékenységből kifolyólag keletkeznek. Az emberek érzékenysége igen különböző. Még az ú. n. therapiás adagoktól is egyesek súlyos ártalmakat szenvedtek. *Stoklasa* szerint egy felnőtt emberre a radiumsókból radium elemre számítva 1 mg a halálos dosis, *Springer* és *Fernau* szerint 0.5 mg. Az ipari és laboratoriumi mérgezések oka régebben a r. a. a.-ok veszedelmes tulajdonságainak nemismerése volt, az újabb időkben az elővigyázati rendszabályok elhanyagolása. Az üzemekben, laboratoriumokban helybeli sérülést és általános betegséget is észleltek. Az előbbiek legtöbbször az ujjakon, kezeken mutatkoznak olyanokon, akik az ilyen anyagokkal puszta kézzel foglalkoznak. Általános betegség pedig részint peroralisan (a felrakó ecsetnek a szájban hegyesítése), részint a légnemű emanatio vagy a r. a por belehelése következtében támad. Különösen veszedelmes a légnemű emanatio, továbbá a munkahelyiségekben keltekező por, mely rárakódik a bent dolgozó bőrére, ruhájára, a helyiségek padlózatára, falaira és a légzéssel bejut a légutakba és tüdőkbe is. Gyakran tapasztalták, hogy a munkások felső, sőt alsó ruhája a rárakódott r. a. portól sötétben világít. De nemcsak a munkahelyiségekben állandóan foglalkozókat fenyegeti a veszély, hanem a takarító személyzetet is a takarítással felkavart por belégzése következtében. Az üzemek alkalmazottain pontos mérésekkel kimutatták, hogy a kilégzett levegőnek is r. a. tulajdonsága lehet, sőt előfordulhatnak olyan esetek is, hogy a kilégzett levegő activitása olyan nagyfokú volt, hogy a sötétben világított.

Az embereken észlelt *mérgezések tünet- és kórtana*, tekintve az előfordult esetek aránylag csekély számát, kellőleg még nem tisztázott. Az állatkisérletek eredményét pedig természetesen teljes egészükben nem vihetjük át az emberre. A mérgezések tünetei és lefolyásuk igen változatos. Vannak jellemző közös vonások, de lényeges eltérések is. Az individualis jelenségeket kívül itt is sok függ attól, hogy a r. a. a. milyen mennyiségben, milyen alakban, milyen úton és mennyi idő alatt jut be a szervezetbe. A mérgezés fajtáját illetőleg a chronikus mérgezések gyakoribbak (ipariak és medicinálisak), a subacutak (medicinális) és különösen az acutak (öngyilkosságiak) ritkábbak.

A mérgezések objectiv tünetei (egyes kivételes esetektől eltekintve és ott is csak áamenetileg) elsősorban a vér sejtes elemeinek összetételében és itt is elsősorban a fehér vérsejtek csökkenésében mutatkoznak. Ez érthető is, mivel, mint említettük a r. a. a. sugárzására a leukocyták a legérzékenyebbek. Kezdetben és különösen a chronikus mérgezések esetén relativ és esetenként absolut lymphocytosis mutatkozik, majd a leukocyták számának állandó csökkenése egészen a teljes eltünésig. A vörösvérsejtek száma néha alig változik, néha kevesebb, máskor nagymértékben fogy. A vörösvérsejtek, mint maggal nem bíró sejtes elemek ellenállóképessége a sugárzás iránt sokkal nagyobb.

Az acut mérgezést általános rosszullét, súlyos gyomor-bél tünetek, esetleg véres hányadék és ürülék, láz és a leukocyták nagyfokú csökkenése, esetleg teljes eltünése jellemzik. A leukocyták és a vörösvérsejtek száma eleinte átmenetileg emelkedhetik, különösen az utóbbié, ha az esetleges vérzések foka nem jelentékeny.

A chronikus mérgezésben a subjectiv tünetek eleinte levertség, fejfájás, szédülés és gyors kimerülésben, csont és tagfájdalmakban, ingerlékenységben nyilvánulnak meg. Emanatio, vagy r. a. por belégzése esetén még mellkasi fájdalmak, periodikus dyspnoek és köhögési inger is jelentkezik. Az objectiv tünetek előbb lymphocytosisban, majd leukopeniában s emellett néha anaemiában nyilvánulnak meg. A vérkép hasonlíthat egyéb okokból keletkezett vérképzőszervi betegségekhez (aleukia, myelotoxikus anaemia, anaemia perniciosa). Gyakori a vérzéses hajlam. Néha a fogak kihullása, csontnekrosis (állkapocs), a csontok törékenysége jelentkezik. Rosszindulatú daganatok, folyamatok képződnek (sorkoma, carcinoma, tüdőfibrosis) főképen akkor, ha a sugárártalomhoz még porbelégzés is járul, ami pl. bányászokon elég gyakori. A mérgezett szervezet igen hajlamos a fertőződésre, ami rendszerint általános sepsist hoz létre. Az esetek nagyrészében mint halálok is az általános sepsis szerepel bronchopneumonia kiséretében.

Mivel, mint említettük, a mérgezések száma aránylag kevés s a lefolyásuk igen változatos érdemesnek látszik az irodalomban közölt esetekből pár különböző eredetű typusos és atypusos eset ismertetése.

Acut mérgezés Thorium X-el [(öngyilkossági). — *Hampert* és *Romheld*].

Huszonhatéves nő öngyilkossági szándékból 40 millió M. E.-t tartalmazó oldatot ivott meg. Utána többször hányt. Kórházbaszállítása után gyomormosást, hashajtót és calcium injectiót kapott. Ennek ellenére a következő napokban is hányt és erős hasmenése volt. Az ötödik napon állapota átmenetileg javult, majd pár nap múlva ismét rosszabbodott és a mérgezés utáni 16. napon meghalt. A naponta pontosan végzett vérvizsgálat szerint a vörösvérsejtszám kisebb-nagyobb ingadozás mellett 5.2 millióról 7 millióig emelkedett. A leukocytaszám átmeneti emelkedés után fokozatosan csökkent. A kinduilási érték 9.800 volt, s a a3. napon 21.400-ra emelkedett, de a 15. napon már csak 600 volt. A lymphocyták a 3. napon csaknem eltüntek (2%), majd ismét emelkedni kezdtek s a 13. napon már 34%-ot értek el. A vérkép egyébként csekély balratolódást mutatott. A mérgezett a betegség lefolyása alatt többször kapott transfusiót és konyhasós infusiót és nucleutrat injectiókat. A hányadék, vizelet és széklet vizsgálata erős radioactivitást mutatott, különösen a széklet activitása volt igen nagyfokú. A halál után 2 órával megejtett boncolás súlyos nekrotizáló enterocolitist, az epicardiumban, a pleurán, peritoneumon vérzést, agyvizenyőt, továbbá a máj és vesék parenchymás degeneratiótját derítete ki. A csontok photographiai úton activitást nem mutattak.

Idült mérgezések r. a. gyógyszerek következtében.

a) Halálos végű mérgezés orvosi ellenőrzés nélkül végzett radium ivókúra következtében. Egy amerikai gyáros, hogy physikai teljesítőképességét emelje 2 év alatt 1400 üveg „Radiothor" nevű r. a. vizet fogyasztott el. A folyadék üvegenként 1 mikrogramm radiumot és 1 mikrogramm mesothoriumot tartalmazott. Nemsokára beteg lett súlyos anaemia tünetei között. A szájban ulcerosus stomatitis jelentkezett, fogai kihullottak és állkapcsa elhalt. Később általános sepsis és agytályog következtében meghalt. A holttestben 36 ezredrész miligramm radiumot sikerült kimutatni.

b) Halálos végű thorium mérgezés orvosi túladagolás következtében. 57 éves nőt orvosa idült izületi bántalmai miatt Thorium-X injectiókkal kezelt. 21 nap alatt összesen 5.000.000 M. E.-t kapott. Az utolsó injectio után (3.000.000 M. E.) vérképe a következőképen alakult: a leukocyták száma 2656-ra csökkent, ebből neutrophyl 88%, lymphocyta 18%, eosinophyl 2% volt. Kifogástalan közérzettel ment haza, de rosszul lett, hányt, tagjaiban erős fáidalmat érzett. Rövid idő múlva lázas lett 39—40 C°), a nyaki nyirokmiri-

gyei jobboldat megduzzadtak, a leukocyták pedig a vérből csaknem teljesen (összesen 100) eltüntek. A beteg az utolsó injectiót követő 12 napon meghalt.

Radioactiv anyagok okozta chronikus ipari és laboratoriumi mérgezések.

a) Mérgezés r. a. világító festékkel folytatott munka következtében. Az egyik amerikai gyárban, ahol a munkásnők az órák számlapjainak és mutatóinak az ú. n. világító anyaggal bevonásával foglalkoztak, a munkásnők közül sokan megbetegedtek, sőt 15-en súlyos leukopeniás anaemia, sepsis és állkapocsnekrosis tünetei között meg is haltak. A világító anyag alapanyaga zinksulfid volt, melyet radium, mesothorium és radiumthoriummal activátlak. 100 g ilyen világítóanyag radiumtartalma 0.7—3 mg% volt. A munkásnők szervezetébe a r. a. anyagok úgy jutottak be, hogy a világító anyag felkenésére használt ecsetet szájukkal hegyesítették meg. A betegeken elektroskoppal, a meghaltak hullarészeiben photographiai úton sikerült kimutatni r. a. testek jelenlétét. A mérgezési tünetek egyes esetekben már egy évi foglalkozás után jelentkeztek.

b) Mérgezés r. a. gyógyszerek és világítóanyagok készítése következtében. Egy berlini üzemben 1929 és 1935 között 3 alkalmazott halt meg, egy pedig beteg lett. Mind a négy esetben, (amelyek közül az egyik visszanyerte egészségét) a betegség kezdeti tünetei izgatott és csillapíthatatlan köhögéssel, légszomjjal kezdődtek, majd súlyos vérelváltozás következett be. A boncoláskor az egyik munkáson pneumoniát, a másikon melanosarkomát találtak. A harmadik halálos esetben pedig bronchus carcinomát, mely metastasisokat okozott a femurban és a csigolyákban, továbbá a májban, petefészekben és a mellékvesékben. Ez utóbbi esetben *Rajewsky*nek *sikerült* a tüdőben erős radioactivitást kimutatni.

Egy frankfurti üzem alkalmazottai közül ketten haltak meg hasonló tünetek között. Egy chemikus, ki radium és mesothoriummal dolgozott, alkalmazása után 2 évvel folyton fokozódó légszomj tünetei között betegedett meg, mely tünetek minden orvosi kezeléssel ellenkeztek. A betegség kezdetétől számított 2 évre fulladásos tünetek között meghalt. A boncolás tüdőfibrosist állapított meg. A másik áldozat egy assistesnő volt, aki az előbb említett chemikussal dolgozott együtt. Betegségének kezdeti tünetei ugyanolyanok voltak (fokozódó légszomj), mint az előbbi esetben s a halálok is ugyanaz — tüdőfibrosis — volt. Meg kell még említenünk, hogy mindketten a vigyázatlan munka következtében kezükön localist sérülést is szenvedtek. *Rajewsky*nek ezekben az esetekben is sikerült a hullarészekben jelentékeny radioactivitást kimutatni.

Erdekesek azok az újabb kutatások, amelyek a titokzatos és már több száz éve ismert ú. n. „schneebergi bányászbetegség" okaira próbálnak fényt deríteni, ami az ottani ércbányák (az ércek radiumtartalmúak) munkásai között gyakori. A betegség, mely a tüdőt támadja meg, rendszerint több évi munka, néha csak a munka abbanhagyása után kezdődik. Eleinte köhögés, mellkasi panaszok, hurutos tünetekkel, később erős leromlás jelentkezik, majd dypsnoë támad. Rendszerint 2—3 év alatt az ilyen beteg elpusztul. A boncolás legtöbb esetben tüdőrákot mutat. Mind a klinikai tünetek, mind a boncolási lelet igen hasonló a fentebb leírt r. a. anyagokkal történt ipari mérgezésekhez. Kezdetben a betegség okát porbelégzésnek, arsennek, stb. tulajdonították s csak az utóbbi évtizedekben vetették fel a r. a. anyagok okozta ártalmak lehetőségét. Ezért méréseket végeztek mind a bánya levegőjében, mind vizében, valamint a kőzet porában is. A mérések a bánya levegőjében kb. 20—50 M. E.-nyi, a bányavízben kb. 30 M. E. radium emanatiót mutattak ki. A szakemberek szerint e mennyiségnek hosszú időn át történő belégzése egyedül, vagy más ártalmakkal társulva elegendő ahhoz, hogy okozója legyen a schneebergi bányászok gyakori tüdőrákjának. Hasonló betegség, bár kisebb számban, a joachimsthali uranművek munkásain is előfordul. Ezeken azonban inkább a vérelváltozás domináló jelenség, míg a tüdőrák ritkább. Az itt végzett vizsgálatok a levegőben 20—40, a vízben 200—500 M. E. activitást mutattak ki. A joachimsthali uranércek radiumtartalma tonnánként 1 g radium.

A r. a. anyagok okozta mérgezések, illetve betegségek *felismerésében* elsőrendű fontosságú a qualitativ és quantitativ vérkép, s mint már említettük legelsősorban a leukocyták számbeli és aránylagos viselkedése. Igen korai tünet lehet a relativ, esetenkint az absolut lymphocytosis, később a leukocyták számának jelentékeny csökkenése, illetve a mérgezés súlyosságának megfelelően azok teljes hiánya. A vörösvérsejtek száma gyakran alig változik, néha azonban ebben is jelentékeny csökkenés észlelhető. Acut mérgezésben átmeneti leukocytosis léphet fel. A vérkép finomabb, de lényegileg nem fontos változásait illetőleg a megfelelő szakmunkákra utalunk. Negativ vérképet csak egészen kivételes esetekben észleltek. A vérkép változásai akkor is bekövetkeznek, ha a testet csak külső sugárzás érte, vagy éri, pl. therapiás radiumbesugárzás. Csontnekrosisok, rosszindulatú daganatképződés már későbbi tünetek, s rendszerint csak akkor jelentkeznek, ha r. a anyagok bekebelezése is megtörtént, azonban az utóbbi localis hatás alapján is keletkezhet (radiologusok) s metastatikus úton terjedhet. A mérgezés diagnosisában in vivo még nagy szerepet játszhat a kilehelt levegő, vizelet és bélsár radioactivitásának elektroskoppal kimutatása, ami a halál után is sikerül, amikor photographikus úton a hullarászekből is, elsősorban a halmozó szervekben is tudunk r. a. anyagokat kimutatni.

Eddig sajnos semmiféle komoly *gyógyító eljárással* sem rendelkezünk. Természetesen elengedhetetlen az, hogy ez anyagok további behatásától megóvjuk a beteget. A továbbiakban csak tünetileg járhatunk el s igyekszünk a beteget minden rendelkezésre álló gyógyszerrel és eljrárással roborálni: könnyű, tápláló, vitamindús diaeta, magaslati klima, májkészítmények, arsen, vas, réz, stb. *Flinn* és *Scheidlin* állítólag igen jó eredményeket értek el ammoniumchlorid és phosphorsav adagolásával. (Zbl. f. Gewerbehyg. 1930. 330. o.)

A prophylaxis alapja a r. a. anyagokkal szemben a *legnagyobb* elővigyázat mind az orvostudományban, mind az iparban. A therapiában szem előtt kell tartani a betegek különböző érzékenységét a r. a. anyagokkal szemben és számolni kell a legnagyobbfokú túlérzékenység lehetőségével is. Tehát alacsony adagokkal kezdjük s az adagok ismétlését, illetve emelését gondosan latolgassuk, miközben a vérképet állandóan ellenőrizzük. Még ilyen gondos kezelés mellett sem kerülhetjük el az esetleges kellemetlen tünetek jelentkezését. Egészen alacsony adagok viszont hatástalanok. Tapasztalt szerzők különösen az egyszeri nagy adagtól óvnak. A kezelésben itt is a régi elv irányadó; hogy: mindig individualizálni és sohasem sablonizálni.

A Budapest székesfővárosi br. Eötvös Lóránd radiumkórházban, ahol *igen nagy*, (5 g!) radiummal dolgoznak, a betegek, orvosok és ápolószemélyzet megvédésére *Czunft Vilmos dr.* főorvostól nyert értesülésem alapján igen szigorú óvórendszabályok vannak érvényben: A radium (1—10 mg) zárt és leforrasztott platina tubusokban és tükben van szétosztva. Emanatio, ami a kezelő személyzetre nézve rendkívüli veszedelmeket jelentene ezekből a zárt tubusokból nem kerülhet ki, csak a tubusok, vagy tokok repedése, sérülése következtében. A tokok esetleges sérülését specialis berendezéssel pontosan ki lehet mutatni. Ezzel az összes készítményeket évente többször megvizsgálják. A radium emanatio leszívására a főépülettől teljesen különálló épület szolgál. A személyzet pedig állandó orvosi ellenőrzés alatt

áll. Az épület összes helységében ismételten végzett mérések az emanatio nyomait sem mutatják.

Az iparban a prophylaxis részint személyi, részint technikai. A személyi prophylaxishoz tartozik a r. a. anyagokkal dogozó munkások és egyéb személyzet állandó orvosi ellenőrzése, a munkaidő maximálása és a szabadság idejének minimálása. Ezenkívül megfelelő ruházat (ólomkesztyű, ólomkötény) viselése, az egyéb ruházat sűrű váltása, a r. a portól és az emanatiótól védő szűrőmaszkok viselése, a munkások kellő oktatása. A technikai védőberendezések: porképződés és emanatio jelenléte esetén kellő szellőztetés exhaustorokkal, a r. a anyagok porítása, szitálása különleges szekrényekben történjék, a r. a. anyagok mérésekor ólomüveg védelem, a r. a. anyagokat tartalmazó edényzeten pedig ólomvédelem szükséges. (Bővebben: *E. Neikel dr.*: Berufsschadigungen durch radioactive Subsstanzen.) A legtöbb művelt államban, s így hazánkban is mindazok az ártalmak, amelyeket a radium és radioactiv anyagok okoznak a 7600—1936. M. E. rendelet szerint foglalkozási betegségeknek tekintetnek és kártalanítási eljárás alá tartoznak.

A Szent István kórház II. belosztályának (főorvos: Kern Tibor, egyet m. tanár.) és I. sebészeti osztályának (főorvos: Pólya Jenő egyet. rk. tanár) közleménye.

Tapasztalatok a Brossa-féle tumor reactióval.

Irták: *Vizer Tibor dr.* és *Dóczy János dr.*

A kórismét az emberi test nedvei, különösen a vér vizsgálata révén föllállítani úgy az orvostudomány, mint a kuruzslók legrégibb törekvései közé tartozik.

Természetes, hogy ez a törekvés az egyik legsúlyosabb betegség a rosszindulatú daganatok esetén, ahol a korai kórisme sajnos ma még csak az esetek kis százalékában állítható föl, a reactiók egész légióját hozta létre. Ezeknek egyszerű felsorolása is hosszú oldalakat venne igénybe. Csupán a keretet szeretnénk néhány szóval megadni, amelyekbe vizsgálataink tárgya, a Brossaféle reactio besorozható legyen.

A reactiókat gyakorlati szempontból három csoportra oszthatjuk.

Az első csoport a vér normális alkotó elemeinek mennyiségi vagy minőségi megváltozásai kimutatásával igyekszik a rosszindulatú daganat kórisméjét megállapítani.

Kuenstler a vörös vérsejtek resistentiáját hypotoniás oldatokkal szemben rákos betegeknél fokozottnak találta. Mint utóvizsgálatok kimutatták, ez minden cahexiára jellemző tünet.

Szintén csak relativ értéke van a vérsejt süllyedés vizsgálatainak. Fönn állhat rosszindulatú daganat normális süllyedés mellett is, viszont fokozott süllyedést számtalan egyéb betegség is okozhat. Bizonyos szerepe lehet a süllyedés vizsgálatának műtétek után, ha recidivára gyanakszunk. *Nicole* megfigyelte, hogy olyan betegek, kiknél fokozott a vérsejt süllyedés, anélkül, hogy erre magyarázatot találnák, később gyakran kapnak rákot.

Bock és *Rausche* vizsgálatai szerint gyomorfekélyes betegek hajlamosabbak vérzésre, mint gyomorrákosok, aminek oka a gyomor rákban szenvedők nagyobb mértékű vér alvadása lenne.

Csorriere, Mortin és *Driessens* a rákos betegek 75%-ánál normálisnál kisebbnek találta a véralvadási tendentiát.

Levy, Doin és *Burgheim* rákos betegek plasmájának cholesterin tartalmát fokozottnak találta.

Oszaki és *Kurzweilu* az esetek 93%-ában alcalozist talált ép úgy, mint graviditásnál. Állítólag ugyancsak a hydrogen ion concentratio megváltozásán alapul a Raffo-féle reactio is, amely 1% neutrál vörösoldat elszintelenedésén alapul. Helyes eredmények különböző vizsgálóknál 48—100% között ingadoznak.

A második csoportba sorozhatjuk azokat a kémléseket, amelyekkel a vér colloidjainak nagyobb labilitását mutatjuk ki.

Ide tartozik a Botelhó-féle reactio, amelyet külföldön kiterjedten használnak. Ide tartoznék a Brossaféle reactio is, amelyről később bővebben lesz szó.

Több olyan kicsapódási reactiót is leközöltek, amelyek állítólag antitestek képződésén alapulnának. A reactiók specificus voltát azonban nem minden szerző ismeri el. Ezek a reactiók átmenetet képeznek a II. és III. csoport között.

Landau és *Germann* kicsapódási reactiójánál alcoholos rák kivánatot használ antigénnek. 90%-ban positiv eredményről számolnak be.

Weisz reactiója hasonló ő alcoholos marhaszív kivonattal dolgozik.

Ugyancsak antigen — antitest reactiv volna a Lehmann—Facius-féle kicsapódási reactio is.

A harmadik csoportba specificus antitesteket vagy ezek hiányát kimutató eljárásokat sorolnánk.

Ezek között időmen az első Abderhalden reactiója amelynek alapja, hogy rákos betegek vére a rákos szövetet elbontja. Ide tartozik Komija reactiója. Lényege, hogy ½ óráig főzött ráksejteket rákbetegek seruma föloldja. Ugyancsak specificus antiserumokat mutatott ki Lehmann—Facius is.

Fuchs szerint rákos betegek savója rákos egyén fibrinjét elbontja, rákosét nem. Freund—Kaminer reactiója azon alapszik, hogy rákbetegek seruma homolog daganatsejtet nem tud feloldani.

Hirszfeld és *Auler* komplement kötéses eljárást dolgoztak ki, ez 60—70%-ban positiv, de gyakran positiv terhességnél is. Kapcsolatok vannak a Wassermann reactióval is.

Igen értékesek *Karcag* vizsgálatai. Ő rákos betegek serumának ultra filtratumát spectroscoppal vizsgálja és specifikus elnyelést tudott megállapítani. Elméleti szempontból jelentősek *Bugyi Balázs* vizsgálatai is.

Bernhord 5 reactiót végez. A Fuchs-féle fibrin elbontási reactiót ez szerinte a rákos esetek 90%-ában positiv.

A Waldschmitz—Leitz polarographiás eljárást (80%-ban positiv) de gyakran gyulladásoknál is.

A Freund—Kaminer-féle citolyzist (80%ban positiv) a Léhmann—Facius-féle kocsapódási reactiót és az atoxyl resistens lipase meghatározását (ez rákos betegeknél megszokott szaporodni).

Ugyszólván az összes rosszindulatú daganat reactio nagy hibája, hogy igen gyakran positivek gyulladások és terhesség esetén is. *Bernhard* különösen epehólyag máj és hasnyálmirigy betegségekben kapott gyakran positiv eredményeket és mastitis chronica cystica esetén. Figyelmeztet, hogy az epehólyag betegségekben, ahol a rák reactiók positivek, később gyakran lépett föl tényleg rák. Nagyjelentőségünek tartja a reactiókat a recidiva kérdés elbirálása szempontjából is. Olyan betegeken, akik műtét után positivek maradtak vértransfusiót végzett s a reactio gyakran negativvá vált. Reméli, hogy így csökkenteni fogja a recidivák számát.

A külön féle reactiókkal az egyes szerzők a legkülönbözőbb igen gyakran homlokegyenest ellenkező eredményeket értek el. A reactiók egy része klinikailag használható, ha nem is 100%-osan megbizható eredményeket ad, amelyre, ha nem is építhetjük diagnozisunkat, de alátámaszthatjuk azt.

A Brossa féle reactio (utána vizsgálta Minucci del Rosso) nagy előnye technikailag könnyű és gyors kivítele. Sorozatos vizsgálatok kivítelére kiválóan alkalmas.

Két ccm destillált vizbe 2 csepp vért teszünk, majd 2 ccm 1‰ kongó vörös oldatot. Néhány perc muiva 6 csepp 2% chinin hydrochlorid oldatot(Csak erövid ideig tartható el!) positiv reactio esetén zavarodás áll be.

Mi 3 csőbe tesszük a vért és kongó vörös oldatot és 2, 4, illetve 6 csepp chinin hydrochlorid oldatot adunk hozzá. Igy egyrészt a reactio leolvasása élesebbé lesz, másrészt gyakran már 4 csepp sőt egyes esetekben már 2 csepp chinin oldat hozzáadására is zavarodást kapunk, ami rosszindulatú daganat valószinüségét nagyban fokozza.

A reactio nem specifikus. Magyarázata a colloidok nagyobb labilitása, illetőleg a vér védő colloid hatásának csökkenése. A 2% chinin hydrochlorid oldat destillált viz + kongo vörös oldatba csöppentve kicsapódik.

Az esetek positiv, illetve negativ volta a Wassermann reactiótól független.

Nem tapasztaltunk szigorú párhuzamosságot a vérsejt sülyedéssel sem, bár itt természetesen a positiv esetek egy részével a vérsejt sülyedés is gyorsult volt. Ami különösen fontos, sok gyulladásos megbetegedésnél a Brossa reactio negativ.

Nem függ össze a vérsejt számmal sem egy 540 000 vörös vérsejttel beszállított anaemia perniciosás betegünknél például negativ volt. Negativ volt több leucaemiánál is.

Nem befolyásolja a sárgaság sem.

Határozott kapcsolat van evvel szemben a maradék nitrogennal 100% mgr %-on felüli maradék nitrogen emelkedésnél mindig positiv eredményt kaptunk.

Rosszindulatú daganatban szenvedő betegeinknél a következő eredményeket kaptuk:

	Positiv	Negativ
Carcinoma ventriculi	39	4
Carcinoma oesophagi	7	—
Carcinoma Vesic. felleae et Pap. Vateri	6	—
Carcinoma Hepatis	3	—
Sarcoma Omenti	—	1
Carcinoma Intestini	3	—
	58 positiv 5 negativ összesen 63, positiv 92%, ebből 51 már a II. csőben.	
Sarcoma laryngis	1	
Sarcoma mediastini	1	
Carcinoma pulmonis	7	
Osteosarcoma	2	
Carcinoma bosocelulare	3	
Tumor renis	2	1
Carcinoma vesic.	1	1
	17 positiv 2 negativ összesen 19, positiv 17, 89% 17 már a II. csőben.	
Carcinoma namamae	21	
Carcinoma genit	43	9
	64 positiv 9 negativ összesen 73, positiv 64, 87%-ban positiv ebből 36 már a II. csőben.	

Összesen 139 positiv 16 negativ, összesen 155.
Positiv 89%, ebből 104 már a II. csőben.

Amint látjuk az egyes daganat féleségek között kiindulási pontjuk szerint bizonyos különbségek észlelhetők. Az esetek száma ugyan nagy, de egyes következtetéseket azért talán szabad lesz levonni.

Meglehetősen jók a gyomorráknál észlelt eredmények s talán ez az a betegség, ahol a reactio a legnagyobb szolgálatokat teheti. A carcinoma oesaphagiben szenvedő eseteink mint positivak voltak, már a második csőben is, sőt egy esetünkben már az első csőben is. A máj és az epevezetékek felől kiinduló daganatokra később fogunk kitérni.

A tüdő rákban szenvedők mind positivek voltak már 4 cseppre is, azonban a reactio értékét itt nagy mértékben csökkenti az a tény, hogy súlyos tuberculotikusoknál is gyakran positiv a reactio. Megkülönböztető kórismézésre felhasználhatjuk chronikus pneumaniával szemben ahol rendesen negativ. Érdekes, hogy 3 basalsejtű ráknál is, dacára a daganat kis terjedelmének, positiv eredményt kaptunk. Urologiai eseteink száma tulságosan kicsiny ahhoz, hogy állást lehessen foglalni. Megemlítjük, hogy negativ hólyag rákos betegünk közvetlenül a vizsgálat előtt rádium besugárzásokat kapott. Hogy ez mennyiben befolyásolja a reactiót, nem tudjuk eldönteni.

Mellrákosok 100%-ában positiv volt az eredmény. Itt azonban kedvezőtlen körülmények is vannak, amelyekről később fogunk szólni.

A női nemi szervekből kiinduló rosszindulatú daganatoknál felhasználható, annál is inkább, mert gyakron már a II-ik csőben is positiv.

Természetes, hogy ép oly fontos, mint a positiv esetek száma a negativeké is. A legtöbb daganat reactio hibája épen itt rejlik.

Idegrendszeri megbetegedések	54 negativ	2 positiv
Ulcus ventriculi	52 „	1 „
Gastroptosis Catarrhus ventric.	53 „	1 „
Cirrhozis hepatis	15 „	6 „
Colelithiasis	32 „	4 „
Hepatitis	20 „	2 „
Diabetes mellitus	20 „	— „
Arteriosclerosis	13 „	2 „
Apoplexia	13 „	3 „
Vitium myodeg. cordis	90 „	6 „
Pneumonia	11 „	1 „
Pleuritis	13 „	— „
Appendicitis	9 „	— „
Leucaemia	5 „	— „
Anaemia gravis	8 „	1 „
Morbus Basedowi	5 „	— „
Fibroma	3 „	— „
Lipoma	1 „	1 „
	422 negativ	30 positiv
Összesen 452. Positiv 6%, ebből 7 a II-ik csőben is.		
Pyelitis	8 negativ	1 positiv
Nephritis	22 „	24 „
Összesen 55.		
Myoma uteri	8 negativ	— positiv
Egyéb jó indulatú daganatuk	7 „	1 „
Gyulladásos daganat	10 „	1 „
Női nemi szervek	25 negativ	2 positiv
Összesen 27. Positiv 7%, ebből 2 a második csőben is		
Fibroadenoma mammae	2 negativ	1 positiv
Mastitis chronica cystica	— „	2 „
	2 negativ	3 positiv
Összesen 5.		
Tbc. pulmonum	33 „	104 „
Peritonitis tbc.	2 „	1 „
Tbc. renis	— „	3 „
	35 negativ	108 positiv

Összesen 143.
Összesen 682 nem rákos beteg.

A positiv és negativ esetek összegezésétől eltekintettünk, mert a beteg anyag szerint például, hogy hány súlyos gümőkóros beteget vizsgáltunk az eredmények egészen különbözők lesznek.

Legnagyobb gyakorlati jelentősége van az első csoportnak. Ezek között az idegbetegségek csoportjában neurastheniás, neuralgiás, tabeses és egyéb idegbetegeket csoportosítottuk. Itt a positiv esetek száma kevesebb mint 4%. Nagyon fontos a gyomor bél betegek csoportja, amelynél csak 2% positivet találunk szemben

a carcinoma ventriculisak 90% positivitásával. Itt a reactio a legjobb szolgálatokat teheti. A cholelithiazionál már nagyobb a positiv esetek száma (11%), de a reactio még mindig használható, különösen ha a II-ik csövet is figyelembe vesszük. A cirrhozis hepatisnál az esetek csaknem 1/3 positiv eredményt ad. Ha meggondoljuk, hogy az elsődleges máj rák csaknem mindig cirrhotikus májban fejlődik ki, praecarcinamás állapotra gondolhatunk, bár a % kissé tul nagy (2 cirrhosusra 1 rák). A cirrhozis és a májrák eldifferentiálására tehát a reactio nem alkalmas. A többi megbetegedésnél differential diagnostikai szempontból különösen a tüdőgyulladás fontos (elkülönítő kórisme idült tüdőgyulladás-rák). Az eredmények itt is értékesek. Anaemiánál rendes negativ a reactio, ami szintén fontos lehet.

A vese megbetegedések közül pyelitises betegeknél rendesen negativ a reactio. Nephritisnél viselkedése a maradék nitrogen magasságától függ.

Nőgyógyászati megbetegedések közült myománál és egyéb jóindulatú daganatoknál rendesen negativ gyulladásos esetek legnagyobb részénél szintén.

Tüdőgümőkórban a betegség súlyossága szerint kapunk positiv vagy negativ reactiót. Peritonitis tuberculosánál változó, vese tuberculosisnál rendesen positiv.

Mastitis chronica cystica esetén szintén positiv (ez más reactiónál is így van). Itt szintén praecancerosus állapottal állunk szemben.

Igen fontos kérdés volna, mennyiben ad választ a recidivákra nézve. Itt azonban az idő (1 évig folytattuk kisérleteinket) nem volt elegendő arra, hogy végleges véleményt alkossunk. Az operált betegek jelentős része műtét után negativvá lesz. Viszont van olyan betegünk, akit 5 évvel ezelőtt operáltak. Klinikailag kimutatható recidiva nincs és positiv. További észlelések lesznek hivatva eldönteni, mennyiben lehet itt következtetéseket levonni.

Összefoglalás. A Brassa féle reactiót mintegy 850 esetben végeztük el.

Rosszindulatú daganatban szenvedőknél 89% positiv.

Súlyos tuberculosis és nephritis esetén az esetek nagy százalékában szintén positiv.

Ha a fenti betegségeket kizárhatjuk, positivítás a rák kórisméjét alátámasztja.

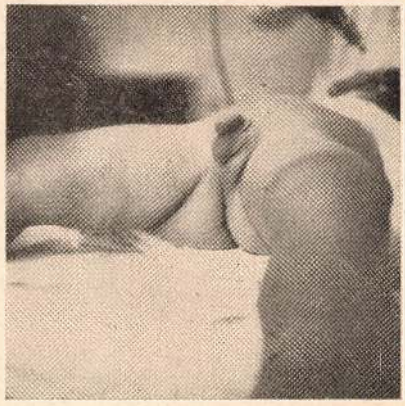
A Pázmány Péter Tudományegyetem gyermekklinikájának közleménye. (Igazgató: Hainiss Elemér ny. r. tanár.)

Ektopia perinealis testis esete.

Irta: *Kovács Ernő dr.*

Gyermekkorban a herék betegségei közül a fejlődési rendellenességeknek van legnagyobb gyakorlati jelentőségük. Gyakoribb eset, hogy a here nem száll le a herezacskóba (retentio testis); igen ritka az, hogy a here a lágyékcsatornán kijutva rendellenes helyre kerül (ectopia testis). Minthogy ez utóbbi esetek ritkaságszámba mennek (kilinánk sebészfőorvosa, *Koós dr.* 36 évi változatos anyagában egyszer sem észlelt hasonló esetet, úgyszintén a hazai orvosi irodalomban sem találtunk hasonló közleményt), másrészt pedig könnyen okozhatnak diagnostikus tévedéseket, nem tartjuk érdektelennek esetünk rövid ismertetését.

K. I. 2 éves jól fejlett fiúgyermeket azzal a panasszal vetük fel a klinikára, hogy születése óta sérve van. A bal herezacskófél üres; ez alatt a gát felé húzódólag egy hasonló, bőrrel fedett herezacskószerű képlet látható, melyben herének tetsző, szabadon mozgatható testecskét találunk. Egyéb eltérés nincs a gyermeken. Kórisménk: ectopia testis perinealis lat. sin. A baloldali here a jobb oldalinál valamivel kisebb. — Himvesszője rendes fejlettségű, (l.: műtét előtti ábrát.) A műtétet aethylchlorid aether al-



tatásban végezzük és a szokásos metszéssel indulunk, csak kissé jobban lefelé vezetve a metszést. A felületes, igen zsíros fasciát kettéválasztva, a canalis inguinalis nyílásától kb. 4 cm-re kettéválasztjuk a mély fasciát is. A tökéletes ondózsinórt felemelve igyekszünk a herét régi helyéről kibillenteni. Ez nehezen sikerül, mert egy köteg erősen rögzíti a gát bal oldalához. Ezt tompán szétfejtve, a herét ki tudjuk emelni. A kiemelés után helyet készítünk a bal herezacskófélben és annak sövényéhez egy varrattal hozzárögzítjük. Vérzéscsillapítás, réteges varrat, kötés. Pár nap mulva elsőleges sebgyógyulás. Hetekkel későbbi ellenőrzés nem mutat eltérést. (l. műtét utáni ábrát.).

Hogy a here fejlődési rendellenességeit megérthessük, ismernünk kell a fejlődéstani viszonyokat. A here az ébrényi élet második hónapjában indul fejlődésnek harom különböző részből: az ivari lécből, a *Wolf*-csőnek és az ősvesének egyes részleteiből. Eredetileg a hashártyán belül az ágyéktájon helyezkedik el, onnan lassanként száll le; a 3—6. hónapban a medencében, a 7—8. hónapban a lágyékcsatornában, a 9. hónapban már a herezacskóban találjuk. A here vándorlását, leszállását (descensus testiculorum) a következő tényezők okozzák: 1. a gubernaculum Hunteri nevű szalag, amely a 3. hónaptól kezdve növekedésben elmarad s a herét így lassanként kifelé húzza. 2. A process. vagin. peritonei nevű hashártya-kettőzet, amely maga előtt tolva a bőrt, a herezacskót hozza létre, amelybe azután a gubernaculum Hunteri maga után húzza a herét.

A here vándorlásának rendellenességeit nagyjában két csoportra osztjuk: 1. Elmarad a here leszállása (retentio testis), 2. a lágyékcatornán kijutva kerül rendellenes helyre (ectopia testis). Mindkét esetben tehát olyan helyen van a here, ahol születés után nem szokott lenni.

1. A here leszállásának elmaradásából eredő helyzeti rendellenességeket feloszthatjuk hasi és lágyéki re-

tentiókra aszerint, hogy a hasüregben (retentio testis abdominalis) vagy a lágyékcsatornában történt a here megrekedése (retentio testis inguinalis). A herevisszatartás mindkét csoportja lehet egyoldali vagy kétoldali. (Monorchismus, illetőleg kryptorchismus.) A retentio oka lehet: a here, illetve ondózsinór fejlődési zavara a méhenbelüli életben, a lágyékcsatorna zártsága, valamint hormonkiesés az anya részéről. E fejlődési rendellenesség jelentősége abban van, hogy a szűk térviszonyok mellett sorvad, vagy legalábbis nem fejlődik rendesen a here. Ezáltal belső elválasztása zavart szenved, ami a nemi jelleg fejlődésében okozhat rendellenességeket, valamint az egyén fajfenntartását károsan befolyásolhatja. A here, illetőleg az ondózsinór megcsavarodása (torsio testis) is aránylag gyakran előforduló le nem szállott heréknél, ami kizárt sérvet vagy féregnyúlványgyulladást utánozhat s ezáltal téves kórismére vezethet.

Kezelése lehet belgyógyászati, sebészi, illetőleg a kettő együtt. A belső kezelés hormonok adásából áll, mely kezdetben csak here-készítmények adását jelentette. Ma a hormonkutatás előhaladásával még más hormonok alkalmazását is javasolják, úgyhogy a herekészítményeken kívül alklamazzák a thymus és hypophysis készítményeket is; tehát a kezelés pluriglandularis. A hormonalis kezelés főként ott kecsegtet sikerrel, ahol anatómiai akadály nincs a here útjában (Szálagos összenövések, stb.). A műtéti kezelés belgyógyászati kezeléssel dacoló esetekben javalt 7—10 éves korban; absolut és azonnali javallat szövődmények közbejötte (torsio testis, stb.). Ajánlatos a sebészi kezelést is hormon-adagolással kiegészíteni: lehozott herét fejlődésében gonadotrop hormonokkal serkentjük. Ez különösen javalt kis, sorvadt herék esetében, sok szerző kedvező tapasztalata alapján.

2. Sokkal ritkább az, hogy a here a hasüregből kijutva a herezacskón kívül foglal helyet (ektopia testis). *Coley* 126 helyzeti rendellenességéből 9 volt ektopia. Leggyakrabban a gáton és a combon jelenik meg az eltévedt here. (ektopia perinealis, illetve ektopia cruralis.) Ectopia perinealis létrejöhet a comb és herezacskó közti bőrredőben (ektopia scrotofemoralis) vagy a raphe és az ülőgumók közti részen (ektopia perinealis). Ektopia cruralis esetén a here combsérvet utánozva jelenik meg a typusos helyen s így diagnostikai tévedés forrása is lehet. Ritkábban előforduló here-kihelyeződések az e. transversa, amelyben mindkét eltévedt herét egyik oldalon találjuk meg. Nagyon ritka. Még ritkábban fordul elő a francia szerző által „Ectopie pénienne" elnevezés alatt leírt alak, melyben a penis alsó vagy felső részén a bőr alatt találjuk meg a kihelyezett herét. A herekihelyeződés oka ismeretlen: egyesek a túlfejlett, súlyos herét említik, mások a szövetek lazaságát, illetve az ondózsinór rendellenes hosszát tekintik oknak.

Orvoslása műtéti; a műtétet több szempont teszi szükségessé. Ilyen esetekben a here legtöbbször olyan védtelen, vagy alkalmatlan helyen van, hogy könnyen sérülhet, vagy pedig szabad mozgásában korlátozza a beteget, pl. a gáton vagy ülőgumók táján az ülést teszi lehetetlenné.

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

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

Haematoma extravaginale funiculi.

Irta: *Dorogi Lajos dr.*

Az ondózsinór sérülései külső erőművi hatásra — ütés, rugás, esés, lövés, — közvetlen és közvetett módon jönnek létre s nyilt és fedett sérülések lehetnek.

A nyilt sérülések megállapítása könnyű s kezelésük nem vitás. — A sérülés műtéti ellenőrzésekor a herezacskóban lévő képletek esetleges sérülését egyidejüleg ellátjuk. Ezzel szemben a here és az ondózsinór fedett sérülései komolyabb feladatot jelentenek. A fedett sérülések között a legtöbb fejtörést az ondózsinór, nevezetesen a plexus pampiniformis és a ductus deferens sérülése, folytonosság-megszakítása okozza. Ütés, rúgás, esés, az ondózsinór erős összenyomása és *Englisch* szerint a hasprés erőszakolt fokozása idézik elő ezek sérülését.

Az erőművi tényezőkön kívül természetesen nagy jelentősége van a visszér-sérvnek (varicocele), mert ilyenkor nemcsak a billentyűk elégtelenek, hanem a visszerek fala is elvékonyodott. Könnyen érthető, hogy a vékonyfalú, szakadékonyabb visszerek már aránylag gyengébb erőművi hatásra is megszakadnak.

A klinikai kép változó aszerint, hogy a vérzés a tunica vaginalis communis és propria lemezei között, vagy pedig magában a cavum vaginale testis-ben foglal helyet. Az előbbi esetben *haematoma extravaginale*-ról, az utóbbiban *intravaginale*-ról beszélünk.

Az irodalomban aránylag kevés adatot találunk. *Kocher* egyik esetében a duzzanat egy nap alatt emberfejnyi nagyságú lett. Ugyancsak *Kocher* munkájában (Die Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane) találunk utalást arra, hogy *Bourgeois* 1879-ben, *Pott, Bowmann, Jamain, Thormann* és *Svalin* hasonló eseteket írtak le. *Svalin* a hasprés fokozódása, *Demme* erős köhögés után láttak haematoma extravaginale funiculi-t kifejlődni. A vérömleny nemcsak a herezacskóban, hanem magasabban, a fossa iliacaban is keletkezhet és onnan terjed le. Ez különösen a *Bramann* és az *Uhthoff* által is közölt esetekben fordulhat elő, amikor a vérömleny az arteria iliaca communis aneurysmájának megrepedése folytán keletkezett. *Demel* szerint aránylag ritka a kórkép.

Az erőművi behatás után a herezacskó és az ondózsinór duzzanata rendkívül gyorsan kifejlődik. Fájdalom és az ondózsinór mentén élénk nyomásérzékenység jelentkezik. A herezacskó duzzanatával egyidejüleg, különösen erősebb erőhatásokra a herezacskó bőrén, sőt a himvesszőn és a lágytájékon is mutatkoznak bőralatti vérzések.

A herezacskóban puha, rugalmas terimenagyobbodást tapintunk. Ha a sérülés óta már néhány nap eltelt, ez tömötté, keménnyé alakulhat át. Az előbbi esetben a vérömleny még híg, csak részben alvadt meg, az utóbbiban már szervülőben van. A puha, rugalmas, vagy kemény terimenagyobbodás alsó végén találjuk a rendes nagyságú, esetleg kissé megnagyobbodott herét. Ezt azonban külön mozgatni nem sikerül.

A felsorolt tünetek *Wehner* szerint annyira jellemzőek, hogy a haematoma extravaginale funiculi megállapítása minden esetben könnyű.

Az elkülönítő kórismében az ondózsinór megcsavarodása, heveny here- és mellékheregyulladás, esetleg kizárt lágyék- vagy combsérv jöhetnek szóba. A kizárt sérvben az ondózsinór és az ondóvezeték jól tapintható,

a haematoma extravaginale-ben azonban nem. Ha a kizáródott sérv tartalma bél, a kopogtatási hang is értékelhető az elkülönítésben .

A haematoma extravaginale funiculi tünetcsoportja szegényes és a kórisme felállítása — annak ellenére, aránylag kevés betegségtől kell elkülönítenünk — korántsem olyan könnyű, amint azt *Wehner* állítja. A kórelőzményi adatok közül legjobban értékelhető hogy az erőművi hatás után hirtelen támad a duzzanat. A herezacskó és a lágyéktáj bőrén mutatkozó vérzések sem kórjelzőek s az ondózsinór tapinthatósága sem döntő jelentőségű.

Klinikánk gazdag sérüléses anyagában egy alkalommal észleltünk haematoma extravaginale funiculit.

K. M. 54 é. földműves. 1937. VIII. 4-én keresi fel járóbeteg rendelésünket és elmondja, hogy előző nap egy borjút vezetett, az megrántotta és hogy el ne essen, nagyot lépett. Rendkívül erős fájdalmat érzett, főleg baloldalt a nerezacskójában. Nem sokkal később zacskója megdagadt. Orvosa jeges borogatást rendelt, majd — mert a duzzanat folyton növekedett, panaszai nem csökkentek és vizelni nem tudott — a klinikára utasította.

A közepesen fejlett és táplált férfi mellkasi, hasi szervein eltérés nem észlelhető. Status varicosusra utaló jeleket nem találtunk.

A herezacskó jókora gyermektenyérnyi, bőre feszes, fénylő, a lágyéktájék felső részén kb. ½ tenyérnyi területen vörhenyesen elszíneződött. Az elszíneződés felfelé elég élesen határolt. Heves fájdalom a herezacskó bal felének tapintására. A bal ondózsinór hüvelykujjnál vastagabb, kemény tapintatú, rendkívül fájdalmas köteg alakjában követhető egészen a lágyékcsatornáig. A here a herezacskó alsó részében tapintható, de nagysága és állománya beszűrődött, megvastagodott, a bőrön át nem ítélhető meg.

A himvessző hatalmasan duzzadt, bőre szederjesen elszíneződött. A prostata kissé megnagyobbodott, sima felszínű, nem érzékeny. A Douglas-üreg szabad. Hőmérsék: 37.3 C°; érverés: 104; vérnyomás: 140—110 Hg mm.; vizeletben nyomokban fehérje.

A kórelőzmény és a lelet egészen jellemző volta miatt a ruptura plexus pampiniformis folytán keletkezett haematoma extravaginale funiculi kétségtelen volt és ezért tartózkodó kezelést (felpolcolás, jégtömlő, majd hideg-vizes borogatás) határoztuk el. A nagy fájdalmak miatt két napon át morphiumot adtunk. Másnap már tud vizelni. A harmadik napon már nincs szükség fájdalomcsillapítóra s a negyedik napon teljesen panaszmentes. A vélömleny felszívódása a szokott módon folyik le, a 14. napon távozik. A herezacskó férfiökölnyi, bőre ráncos, zöldes-sárgán elszíneződött. Az ondózsinór ujjnyi vastag, tömött tapintatú, nem fájdalmas, a here rendes nagyságú.

A kórelőzményi adatok, a klinikai kép és a kórlefolyás alapján kétségtelen a haematoma extravaginale funiculi és hogy azt a kórelőzményben szereplő „megrántás" és „nagyot-lépés" következtében a funiculus és a plexus pampiniformis megfeszülése és a fonat egyik visszerének megrepedése idézte elő. Műtéti beavatkozás hasonló esetben csak akkor válhat szükségessé, ha a vérzés forrása a különben ritka verőér-sérülésből ered. A visszeres vérzés a tartózkodó kezelésre a tapasztalat szerint kifogástalanul gyógyul.

Csecsemők hasmenéses hajlamaiban tejhigítások készítésére kiválóan alkalmas szénhydrát-tápszer a Krompecherféle *Rizomaltan*, mely szárított rizsnyákot és csecsemőtápcukrot (dextrin-maltose) tartalmaz olyan célszerű arányban, hogy egy mércényi tápszernek a vízzel megfelelően hígított tejben való felfőzése által azonnal a szokásos mennyiségű nyákot és 5% tápcukrot tartalmazó standard tejhígítást nyerhetjük. A *Rizomaltan*-nak könnyű elkészíthetőségén kívül előnye még, hogy colloid szénhydrátjai colloidalisan jól oldódó állapotban vannak, ennélfogva könnyen emészthető, jól kihasználható táplálékot nyujt. Kifejezetten antidyspepsiás tápszer. Ezen tulajdonságai folytán dyspepsiára való hajlamnál és parenteralis infectióknál praeventive adjuk.

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

Az uliron gyógyértéke a havibaj idején vett váladék ellenőrzése alatt.

Irta: *Dávid Margit dr.* klinikai gyakornok.

A női kankó kórjelzésében különös nehézség származik abból, hogy a női húgyivarszervek labyrinthusa számas rejtekhelyet nyújt a gonococcusoknak. A hüvely, a húgycső és a méh nyálkahártyáján kívül a Skene-járatok, Bartholini-mirigyek, méhkürt, stb. szolgáltatják a megtelepedésre legkitünőbb helyeket. Már pedig a kankó pontos bakteriologiai kórjelzése igen fontos, nemcsak a gyógyítás, hanem a népegészségügy szempontjából is. A gonococcus fellelésének elősegítésére napjainkban az ingerlő eljárásoknak egész sorát ajánlják, így $AgNO_3$, H_2O_2, $CuSO_4$, formalin, Lugol-oldat, stb. becseppentését, pilocarpin, fajamás-fehérje, vaccina befecskendezését, azután diathermiás felmelegiést, phototaktikus eljárást, Landecker-féle „Höchesonne"-t röntgen-besugárzást, stb.

Valóban mai tudásunk szerint a provocálás elengedhetetlen segédeljárása a kórjelzésnek, valamint a gyógyulás megállapításának is. Egy mondhatni élettani provocatio kihasználását ajánlotta *Schmidt—La Baume*, aki a nemiszervek váladékát a havivérzés ideje alatt is vizsgálta, ama meggondolás alapján, hogy a méh nyálkahártyája ilyenkor leválik és a nyálkahártya mélyebb rétegeiben rejtőződő kórokozók is a felszinre kerülnek. Azt a tényt, hogy az addig rejtett go. ilyenkor a felszinre kerül, klinikai tapasztalatok is bizonyítják, amennyiben a havibaj alatt a kankóval fertőzött nő ragályozó képessége fokozottabb. Azt, hogy egyébként tünetmentessé vált kankó a havibaj alatt positiv go.-leletet adjon, *Schmidt—La Baume* a nyakcsatorna-mirigyek, az endometrium és a függelékek fertőzöttsége esetén várta és találta is. 4778, a hószám közti időben (intermenstruum) vizsgált esete közül kankósnak talált 284 beteget, míg ha ugyanezeket vérzés ideje alatt is vizsgálta 410 esetben mutatta ki a váladékaikban a gonococcust. Közlése szerint legtöbb positiv esetet a vérzés 3—5. napján találta.

Francz szerint ez az eredmény még javítható, ha ez idő alatt más ingerlő eljárásokat is alkalmazunk, így fajamás-fehérjét, vagy vaccinát fecskendezünk be. *Naujuks* szerint a vérzés után vett készítményben több esetben található gonococcus, mint aolannal, vagy arthigonnal végzett provocatióra. *Blaschko* és *Gross* is a legjobb ingerlő eljárásnak tartja a mensest. Ugyanezt irja le *Zill* is. *Moritz* a nyakcsatorna és méhbélés kankója alkalmával tartja provocáló hatásúnak a havivérzést. „Rendkívüli jelentőségü"-nek mondja *Wendeborn* ezt a módszert. Ajánlja minden olyan esetben, hol a többi használatos provocáló eljárásokkal a gonorrhoeás fertőzöttséget megállapitani nem sikerül, illetve ahol a negativitás felől kétenyeink vannak, vagy kankós fertőzöttség gyanúja áll fenn. Különösen hangsúlyozza a jelentőségét a prostituáltak vizsgálatában. Legújabban *Bleier* és *Kaplan* foglalkoztak a havibaj provocáló szerepével. Ők is kipróbálták a szokásos ingerlő eljárásokat, sőt tenyésztéssel is megkisérelték tökéletesiteni eljárásukat, de mindezeknél jobbnak tartják a vérzés alkalmával vett anyag tenyésztési és górcsövi vizsgálatát.

A havibaj alkalmazásával vet váladék vizsgálata érdekes lehetőséget ad a kankó egyéb problemáinak

vizsgálatához is. Tanulságosnak látszik pl. többek között annak a megállapítása, hogy mennyiben értékesíthető a havibaj által előidézett physiologiás ingerlés a szájon át adagolt *uliron* alkalmazása mellett. Mi főként azt vizsgáltunk, hogy mennyiben befolyásolja az uliron a vérzés idejében vett váladék gonococcustartalmát, helyesebben: hogy a menstruatiós készítmény hamarább és nagyobb százalékban válik-e gonococcus-mentessé uliron alkalmazása mellett, mint anélkül?

Meglehetősen nagy anyagon végeztük vizsgálatainkat, amennyiben 276 kankós nőt figyelhettünk meg. Betegeink egy negyedén, 69 esetben húgycsövi, egy negyedén ugyancsak 69 esetben nyaqcsatornabeli kankót állapítottunk meg. Összes betegeink felében, azaz 138 esetben a két folyamatott együtt észleltük. Az összes fenti esetek közül 36 beteg függeléke is beteg volt.

Hatvankilenc, csupán húgycsövi folyamatban szenvedő betegünk nem mutatott semmiféle változást a vérzési idő alatt, amennyiben, ha a váladék itt a vérzés előtt positiv volt, akkor a vérzés idején vett készítményben is positiv maradt. Ha már a havibaj előtt go.-mentessé vált a beteg, akkor a menses sem provocálta többé a folyamatot. Ellenőrzésül más, a gyakorlatban megszokott ingerlő eljárásokat is végeztünk a fenti tapasztalataink alátámasztására, a fentiekkel egészen egybevágó eredménnyel.

Tulapdonképen a húgycsövi és nyakcsatornabeli, valamint a csak nyakcsatornabeli folyamatok azok az eseteink, melyeket a hószám alatti go.-lelet és az uliron-gyógykezelés együttes alkalmazásának szempontjából elsősorban figyelembe veszünk. Ilyen betegünk 207 volt. Ezeket két nagy csoportra osztottuk. Az egyik részük, azaz 103 beteg tisztán csak uliron-kezelésben részesült, vagyis öt napon át naponta 3x2 tabletta uliront kapott, majd öt napos szünet után ezt megismételte. A másik csoport, 104 beteg pedig a fenti uliron-adagoláson kívül helyi kezelésben is részesült: naponta egyszer 2%-os ichtargan-glycerines vattagomolyt helyeztünk a méhszáj elé és még emellett a húgycsőbe 1%-os ezüstnitrát oldat 1 ccm-ét fecskendeztük. Mindkét csoport tagjai naponta kétszer, reggel és este 1 : 10.000 higítású kalium hypermanganikum oldattal hüvelyöblítést végeztek, inkább tisztasági, mint gyógyítási célból. Minden betegen másodnaponként váladék-vizsgálatot végeztünk, a menses előtt közvetlenül is és annak tartama alatt naponta. Ott ahol helyikezelést is alkalmaztunk, azt a két uliron-lökés közötti öt napos szünetben is folytattuk, tekintetnélkül arra, hogy a váladékvizsgálat mit eredményezett. Harminc esetben, mikor a gyógyeredmény nem volt kielégítő, még egy harmadik uliron-menetet is beiktattunk ugyancsak öt napos szünet után. A vérzés ideje alatt a helyi kezelés szünetelt.

Ama ritka esetekben, ahol az uliron-lökés bevezetése után a váladék gonococcustartalma már a szer szedése után 2—3 nappal negativvá vált, azt észleltük, hogy a vérzés ideje ezekre a napokra esett, a váladékban gonococcus nem jelent meg. Ilyen esetünk 42 volt. Ha ellenben ez öt nap alatt az uliron nem befolyásolta kedvezően a folyamatot, vagyis a váladékban a kórokozókat továbbra is ki lehetett mutatni, természetesen a vérzés ideje alatt is positiv eredményt kaptunk.

Ha a vérzés a két uliron-turnus közötti napok valamelyikén jelentkezett, tehát az első uliron-lökés után, akkor olyan esetekben, ahol a go.-lelet már ezt megelőzően positiv volt, a következőket észleltük; 165 betek közül 65-ön közvetlenül a vérzés ideje előtt a váladékban hámsejt- és fehérjeszaporulat lépett fel és benne eleinte csak egy-két gonococcust találtunk, a vérzés bekövetkeztekor pedig a gonococcusok száma fokozódott. Feltünő volt, hogy a kórokozók nem a megszokott csoportos elrendeződésben jelentek meg, mint azt a kezelés megkezdése előtt láttuk, hanem a genysejteken kívül, elszórtan. A vérzés lezajlása után a váladékból a kórokozók ismét eltüntek, de ezt csak nagyon ritka esetben észleltük. Épen ezért, ha az első uliron-lökés után a váladék go.-mentessé is vált, minden esetben egy másik uliron-menetet is beiktattunk. Ezt a jelenséget, mint már említettük, 65 betegünkön észleltük. (39.3%) 100 esetben a váladék go.-mentessége változatlan maradt, mind a vérzés előtt, mind a vérzés utáni napokban. Legfeljebb a hámsejtek és a fehérvérsejtek aránya a mutatott némi eltérést a megelőző vizsgálatokhoz viszonyítva.

Azokban az esetekben, ahol a váladék positiv volt az első uliron-lökés egész folyamán, a vérzés alatt is változatlanul positiv maradt.

Ahol a havibaj a kétszer öt napos uliron-lökés után jelentkezett, ott 276 betegünk közül csak 30 esetben jelent meg gonococcus ismét a váladékban a vérzés ideje alatt. Ez utóbbiak voltak azok az esetek, ahol a harmadik uliron-menet bevezetése is szükségessé vált.

Ha a második, illetve harmadik uliron-lökést a betegek befejezték, akkor a gyógyulások valódiságáról úgy győződtünk meg, hogy provocáló eljárásokat végeztünk. Éspedig a húgycsőbe és a nyakcsatornába lugol-oldatot, vagy 3%-os ezüstnitrát oldatot cseppentettünk be három ízben. Ha mindezek után a váladék változatlanul negativ maradt, gonococcus vaccinát adtunk izom közé, vagy gyűjtőérbe. Végül diathermiás átmelegítést is végeztünk. Összes eseteinkből (276) 15-ben észleltük azt, hogy a két illetve három uliron-turnus befejezése után a szokásos provocáló eljárások befejezése után a vérzés alatt az addig negativ váladékban ismét megjelentek a gonococcusok.

Ha azt vizsgáljuk, hogy miként befolyásolja az uliron a vérzés alatt vett készítmény megbízhatóságát, akkor a következőket állapíthatjuk meg:

1. Uliron-lökés tartama alatt a havivérzés nem hat ingerlően;

2. Ha a két uliron-lökés közötti szünetben lépett fel a vérzés, úgy az esetek egy részében előzetesen negativ váladékban ismét megjelent a gonococcus. A havibaj tehát provocálta a lappangóvá vált folyamatot, éspedig 39.3%-ban.

3. Két uliron-lökés után csak az esetek egy kisebb részében 10.6%-ban hatott provocálóan a hószámi vérzés. Ahol e hatását nem észleltük ott még a későbbi, pl. egy hónap után jelentkező havivérzés sem mutatott a váladékban eltérést, a gyógyulás tehát végleges volt.

Az uliron tehát oly nagy fokban járul hozzá a kankó gyógyításához, hogy még a legjobban ismert physiologiás ingerlő folyamat, a havivérzés kapcsán sem sikerült a gonococcusokat az uliron hatása alatt álló szervezetben annyiszor kimutatni, mint ahányszor azt *Schmidt—La Baume* és saját vizsgálataink folyamán uliron alkalmazása nélkül azt találtuk. Megjegyezzük, hogy kétes esetekben nem elégedtünk meg soha pusztán methylenkék festéssel, hanem a készítményeket *Gram* szerint is megfestettük.

Mivel mi úgy tapasztaltuk, hogy menses főképpen a függelékes szervek lappangó kankója esetén hozza felszinre a gonococcusokat, tehát nekünk az uliron-hatás elbírálása szempontjából azok a betegek voltak a legfontosabbak, akiknek egy, vagy mindkét oldali függelékes szervei is kankósan betegek. Ugyanezen a vélemé nyen van *Schmind—La Baume* is, aki kórjelzés szempontjából tulajdonképen ezekben az esetekben tartotta legértékesebbnek a vérzés idején végzett vizsgálatot

Nem tartozik jelen dolgozatunk tárgykörébe annak megállapítása, hogy az uliron a kankós betegségek hány százalékát gyógyítja meg, ezt illetőleg utalunk a bőséges irodalmi adatokra és csak *Hoffmann* azt a közlését említjük meg, hogy az uliron adagolásától főképpen bartholinitis gonorrhoica és go.-s bubók eseteiben kapott gyors és kielégítő eredményt. Mi nem tudjuk az irodalom e kedvező adatait megerősíteni, amelyek szerint a függelékes szervek kankója pusztán uliron adagolására meggyógyulna. A mi 30 szövődményes esetünkben ulironkúra ellenére is positiv maradt a gonococcus lelet a vérzés alkalmával. Itt azonban megfelelő lázkeltő, vagy vaccinakezelést vezettünk be ulironnal egyidejüleg és csak így kaptuk meg a kívánt és semmiféle ingerlő eljárással meg nem változtatható negativ bakteriologiai eredményt.

Itt számolunk be három olyan kétoldali adnexitisben szenvedő betegünkről, kiken az uliron nem tudta a kívánt eredményt meghozni, mert a hónapokon át tartó észlelés alatt, minden vérzés előtt a fehérvérsejt szaporulata mellett egy-két gonococcust is találtunk a nyakcsatornából vett váladékban. Ezekben az esetekben a go.-complementkötési reactio ismételten is negativ eredményt adott, mintegy jeléül annak, hogy a szervezet nem rendelkezett megfelelő immunbiologiai reactióképességgel. Ezeket a *Bucura* ajánlotta kezelésben részesítettük, vagyis vaccinát fecskendeztünk a portio szövetébe körkörösen a nyakcsatorna körül. Ezt az eljárást több ízben ismételtük, sőt a nyakcsatornába magába is cseppentettünk vaccinát. Ezzel egyidejűleg a betegek uliront kaptak a szokott methodus szerint és semmiféle egyéb helyi vegyi kezelésben nem részesültek. Mindhárom gyógyult. Menses után ez az eredmény nem változott.

Kisérleteinket befejezve és tapasztalatainkat összefoglava azt mondhatjuk, hogy az uliron gyógyhatása olyan kedvező, hogy alkalmazása után az eddig legjobbnak tartott ingerlő folyamat, menses is csak igen ritkán tud előhozni gonococcusokat, pedig egyébként az eddig alkalmazott más kezelési módszer mellett a menses a gyógyultnak látszó esetekben is igen gyakran provocálta a még lappangó kankós folyamatot.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

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

Igen kis digitalis adagok hatása szívbetegekre. *Beer.* (Münch. Med Wschr.. 1939. 30.) Kevés gyógyszer adagja igényel annyira individualis megítélést, mint éppen a digitalisé. Szerző igen kicsiny digitalis-adagok — kb. 5—8 mg-os napi adagok — hatását tette klinikai vizsgálat tárgyává. A betegek legnagyobb része már hosszú idő óta szenvedett ismételt és digitalis-kezelés ellenére is újból és újból jelentkező decompensatióban. E betegeken az esetek igen nagy részében sikerült a szerző által alkalmazott igen kis adagokkal hoszú ideig tartó compensált állapotot elérni és fenntartani. A hatásosan kezelt betegek átlag életkora 74 év volt, míg a betegek egy másik csoportján, hol az átlagkor 40 év volt, e kis adagok hatástalanok maradtak. E tapasztalati tényekre magyarázatot adni egyelőre nem tudunk. (B. 40.)

Binder László dr.

A C-, B₁- és A-vitaminok tényleges gyógyértéke a belgyógyászatban. *Kuthan.* (W. Klin. Wschr. 1939. 25.) A vitaminoknak, mint gyógyszereknek alkalmazására az indicatiók ma még korántsem tisztázottak. A számtalan alkalommal és betegségben ajánlott vitamin-kezelés eredményességének kérdése a legtöbb esetben vitás, ha egyáltalán valamely eredmény kimutatható. Ha ma az orvos a vitaminkezelést oly meggondolással kezdi el, hogy most egy, a beteg szervezetében gyorsan, hatékonyan és biztosan lényeges változásokat előidéző gyógykezelésről van szó, akkor biztosan csalódás fogja érni. Szerző — elég skeptikusan — a vitaminkezelést biztosnak csak a következő esetekben tartja: C-vitamin vérzéses stomatitis és gingivitis esetén, B₁-vitamin alkoholos és gyomor-bélzavarok fennállása mellett keletkező neuritis esetében, A-vitamin a fedőhám betegségeiben; míg minden más esetben hatásuk bizonytalan. Tisztában kell lennünk azzal, hogy a vitaminkezelés a rejtett hypovitaminosisok esetén főleg megelőzésképen hatásos azáltal, hogy a szervezet csökkent ellenállóképességét növeli, de nem szabad elfelejtenünk, hogy emellett az oki kezelést sohasem teszi feleslegessé. (B. 41.)

Binder László dr.

SEBÉSZET

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

Emberi bőrhomoeoplasticus átültetéséről. *Binhold.* (Ztschr. f. Chir. 252. 3.) Embereken végzett nagyszámú átültetési kisérletei azt mutatják, hogy a bőr homoeotransplantatiója lehetséges, mert kb. 50%-ban sikerült az átültetett lebenyt megtapadásra bírni. Sok esetben a transplantatum felszívódott a továbbiakban és csak az esetek egyharmadában maradt meg véglegesen. Az átültetett lebeny megtapadása szerinte független a vércsoporttól. (F. 41.)

Fedeles-Findeisen László dr.

C-vitamin jelentősége a callusképződésben. *Lexer.* (Arch. f. Klin. Chir. 159. 4.) Tengerimalacokon végzett nagyszámú kisérletben vizsgálta a csontregeneratiót és a törések gyógyulásánál oly fontos hyperaemiát a törvégek körül, egyrészt C-vitaminosisban, másrészt meg a normaltáplálékhoz feleslegben adott C-vitaminkezelés mellett. Vizsgálatainak eredménye az volt, hogy a scorbutjelenségek súlyosságával fordítva arányos a törésvégek körül fellépő érhálózat nagysága. Szövettanilag ilyenkor a callus visszafejlődése és pótló kötőszövetfellépés jellegzetes. A feleslegben adott C-vitamin mellett a törésvégek körül fellépő hyperaemia, illetve érhálózat gyorsabban jelentkezik és hosszabb ideig tart; ugyanakkor bő callusképződés észlelhető. Klinikai alkalmazásától függ, hogy van-e jelen hypovitaminosis. C-vitamin adagolása csak akkor hathat előnyösen, lassan gyógyuló törések esetében, ha hypovitaminosisos szervezetbe juttatjuk. (F. 43.)

Fedeles-Findeisen László dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

Malignus szemkidülledés dysthyreosisban. *Rechling.* (Berlini Továbbképző Tanf. 1938.) Gyorsütemű szemkidülledés esetén fokozott figyelemmel kisérendő a szem állapota (óraüvegkötés, kaliumpermanganat öblítések, vagy fürdők, olajok, stb.) A chemotikus kötőhártya ékalakú excisiója (4 hasáb kivágása az egyenesek közt, alappal a hám felé, él sklera felé) a stagnatiót szünteti meg s ezzel a szarú táplálkozását javítja meg. Kiterjedt scarifikálás nem elegendő, mert előrehaladottabb szakban nincs vizenyő, hanem rostos szövetszaporulat. A basedowos szemkidülledés a hypophysis-köztiagy-rendszer betegségének következménye. (G. 68.)

Grósz István dr.

Szarúátültetés mai állása. *Castroviejo.* (Arch. of. Ophth. 1939. 6.) *Filatow, Elschnig, Thomas* technikájának ismertetése után saját módszerét írja le, melynek lényege kettős késsel nyert négyszögletű transplantatum, lejtős alappal, hogy be ne csússzék a mellső csarnokba. Mozdulatlanság biztosítására cornealis fonalrendszer szolgál. Friss anyag hijján halvaszülött magzat azonnal enucleált szeme szolgál, mely 48 óráig 2—3 C°-on tartatik Ringer-oldatban. Teljes siker várható alkalmas esetben: normalis nyomás, aránylag ép szarúkörnyezet, stb. Nem alkalmas a totalis tömött leukoma, lencsehijjasság, zöldhályog, vaskos pannus, mellső vagy hátsó összenövések. A különben jól bevált hullaszem felhasználása terjedni fog s vele a keratoplastika műtéte is. Egyelőre a közönség és sajtó útját állja ennek. (G. 67.)

Grósz István dr.

Trachoma kórtana. *Thygeson.* (Kairói Szemészcongr. 1937.) A trachoma elemi teste alaktanilag és fejlődés szempontjából azonos a psittacosis elemi testével, mely utóbbi biztosan virusbetegség. Az elemi test trachomában nagy gyakorisággal található s ezért aetiologiai jelentőséggel bír;

számuk arányos a klinikai activitással. Míg bizonyos szűrők eltávolítják az elemi testet a suspensióból, az Elford-féle colloidszűrővel csíramentes, de elemi testet tartalmazó szűrlet nyerhető. A szűrhető agens azonos a Halberstädter—Prowazek-féle elemi testtel. (G. 66.)

Grósz István dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

A korai sebészi beavatkozás genyes mellhártyagyulladás esetében. *König.* (Dtsch. Med. Wschr. 1939. 1.) 30 esete kapcsán — 8 gyermek, a többi felnőtt — a következő eredményre jutott: leghelyesebb néhány punctio után, a második és harmadik hét között elvégezni a mellkas megnyitását, különben igen erős mellhártyavastagodás keletkezik. Gyermekek pleurája kevésbbé vastagodik meg. Ha az említett időnél tovább várunk, sokkal gyakoribb a pyopneumothorax, sepsis, peritonitis. Pneumococcus genyedés alkalmával bordaresectiót végez, híg, folyó geny esetében (streptococcus) thorakotomiát. (K. 108.)

Martyn Róbert dr.

A meningitis epidemica kezelése ulironnal. *Schaefer.* (Dtsch. Med. Wschr. 1939. 5.). Tizenhét meningitises gyermeket 2 hónapostól 4½ évesig kezelt uliron nevű sulfamid készítménnyel és lumbalpunctiókkal. Az uliront 4 napon keresztül napi 0.5 g mennyiségben, tablettában adagolta, majd 3 napos szünetekkel többször megismételte. A 17 beteg közül 11 meghalt, ami 61%-os halálozásnak felel meg, tehát ez a kezelési mód sem befolyásolja semmivel sem jobban a betegség lefolyását. (K. 112.)

ifj. Szlávik Ferenc dr.

Phymosis és a természetes pseudophymosis kezelése. *Temming.* (Kirderäztl. Pr. 1938. 12.) Szerző szerint 6 hetes korig diagnostizált phymosisok 90%-a a fityma egyszerű physiologiás letapadása, ami beavatkozásra nem szorul, csak a 6. hónap után, ha addig magától nem oldódik. A valódi phymosisok egyszerű tágítással nem oldhatók meg, csak sebészi úton, ami fejlődéstanilag is magyarázható, t. i. a fityma semmiféle összefüggéssel sincs a női nemiszervek tágulékony részeivel, így hüvellyel, méhnyakkal, méhhel. — (K. 113.)

ifj. Szlávik Ferenc dr.

Spontan pneumothorax újszülöttben. *Silver.* (Amer. J. Dis. Childr. 1939. 57.) Az irodalomban ismert 5 totalis spontan pneumothorax esethez csatolja saját esetének ismertetését. A pneumothorax keletkezésének mechanismusa a következő: valamelyik primaer bronchusban nyák, vagy meconuim aspiratiója következtében egy olyan szelepszerűen működő akadály keletkezik, amely a levegőt beengedi, de kiáramlását többé-kevésbbé gátolja. Ezért kezdetben partialis atelektasia, majd emphysema keletkezik, az emphysema rupturája következtében pneumothorax jön létre. A klinikai tünetek a totalis spontan pneumothorax valamennyi esetében egyformák voltak: szülés után lassan fokozódó dyspnoe, a tüdő egy része felett gyengült, vagy hiányzó légzés, a harmadik és hatodik nap közt hirtelen shok jelentkezik erős cyanosissal és szívgyengeséggel. A röntgenfelvételen jól látni a teljesen collabált tüdőt és dislocált mediastinumot. A kezelés megegyezik a későbbi korban keletkező spontan pneumothorax kezelésével. (K. 114.)

Kerpel-Fronius Ödön dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő.*

Ekzemások porphyrin-kiválasztása. *C. Carrié* és *H. Schumacher.* (Derm. Wschr. 1939. 1027.) 21. eset kapcsán megállapítja, hogy kiterjedt ekzemák heveny szakában fokozott a porphyrin kiválasztása a vizelettel. A fokozódás csak az egészséges állapotban végzett porphyrin-kiválasztás meghatározása után állapítható meg bizonyossággal. Kevésbbé kiterjedt, vagy félheveny ekzemák esetében a porphyrinuria keletkezése nem törvényszerű. Májműködési zavart nem észleltek. (Sz. 92.)

Emődi György dr.

Erythematodes gyógyítása nikotinsavamiddal. *W. Kühnau.* (Klin. Wschr. 1939. 117.) A nikotinsavamid adagolását részben a fokozott porphyrin-kiválasztásra vonatkozó adatok, részben a fényhatás jelentőségének alapján kísérelte meg. Az adagolás tabletta (0.2 g), vagy injectio (0.1 g izomba) alakjában történt. A jelenségek néha napok alatt visszafejlődtek. (Sz. 93.)

Emődi György dr.

A nikotinsav hatása az arsenobenzolkezelés folyamán jelentkező koproporphyrinuriára. *E. Scolari.* (Giorn. Ital. di Derm. e Sif. 1939, 546.) Arzenobenzolkezelés folyamán koproporphyrinuria léphet fel, ami a máj bántalmazottságával magyarázható. A szerző kísérletének elméleti alapja a következő meggondolás volt: 1. Májkivonatok védőhatásúak az arzenobenzolok toxikus tüneteivel szemben és csökkentik a koproporphyrinuriát. 2. A májkivonatok niktonisav-tartalmuak. 3. A nikotinsav csökkenti a porphyrinuriát pellagrában és májelégtelenséggel társult alkoholos pseudopellagrában. Nyolc esetben napi 100—300 mg nikotinsavat adagolt intravénásan, a befecskendést olykor muló melegérzés és erythema követte. A porphyrinkiválasztás értékei általában a kezelés nyolcadik napja körül váltak normálissá, pl. 100—150 gammáról csökkent a kiválasztás 40—50 gammára. (Sz. 94.)

Emődi György dr.

ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

Lehet-e a pyramisgenyedésnek elejét venni. *Voss.* (Acta. Otolaryng. XXVII. 5.) Szerző e két kérdésben szembehelyezkedik a pyramisgenyedés complexumának legszakavatottabb ismerőjével, *Otto Meyerrel*, ki azt állítja, hogy megakadályozni e veszedelmes betegség fejlődését nincs módunkban. Szerző klinikai tapasztalatai nyomán megerősíti, hogy pyramisgenyedések bizonyos eseteiben, ahol a folyamat retro- és sublabyrinthaer fejlődik ki és az itt elhelyezkedő cellák a processus mastoideus sejtjeivel anatomiailag direct összeköttetésben állanak — e veszedelmes kórképet meg lehet akadályozni. Elengedhetetlen feltétele azonban ennek az, hogy minden acut otitis miatt végzett antrotomia esetében a csecsnyulvány tökéletesen — mintegy anatomiai praeparatum — ki legyen takarítva, ami alatt a csontos labyrinthtok körüli és a recessus epitympanicusbna helyet foglaló cellák megnyitása és kikaparása is értendő. Ugyanilyen fontos a prophylaxist illetőleg az oparatio időpontjának helyes megválasztása, ami tapasztalat és intuitio dolga. (A. 60.)

Ajkai Zoltán dr.

Létrejöhet-e légembolia tonsillektomia alkalmával az infiltratiós anaesthesia következtében? *Frenckner.* (Acta Otolarig. XXVII. 5.) Szerző részint sorozatos kisérletei, részint theoreticus elgondolásai alapján cáfolja egyes szerző aggodalmait: tonsillektomia alkalmával végzett helyiérzéstelenítés következtében sem veszélyes, sem halálos légembolia nem jöthet létre. (A. 61.)

Ajkai Zoltán dr.

UROLOGIA

Rovatvezető: *Babits Antal.*

Elsőleges vesekérgi, el nem sajtosodó idült vesegümőkór. *Woldbolz.* (Ztschr. f. Chir. 45. l.) A szerző ismerteti a vesegümőkór 3 jellemző tünetét, melyek a genyvizelés, bacilluria és rossz veseműködés. Ha e három tünetet megtaláljuk, a vesét el kell távolítani. Ezen klinikai képnek kórbonctanilag a vesepapillák és velőállománynak a vesemedencével összefüggő részének elsajtosodása és kifekélyesedése felel meg. Észrevették azonban a kutatók azt is, hogy vesegümőkórnál a kéregállomány sokszor teljesen ép, vagy csak másodlagos elváltozások vannak, melyek a pyramis elsajtosodásának a következményei. A klinikai vizsgálatok tökéletesedése az érdeklődés előterébe állította a vesegümőkornak az ú. n. cortikalis alakját, amit a szerző is észlelt egyik betegénél. Nevezetesen a vizsgálatok és állatoltás egyik vesében gümős folyamatot mutatott ki és a vesét eltávolították. A vese külsőleg épnek látszott, de sorozatos metszetekkel a kéregállományban kilenc typusos gümőt találtak, a velőállományban pedig csak gyulladásos beszűrődést. Az ilyen esetet úgy lehet magyarázni, hogy az elsődleges gócból a gümőbacillus több alkalommal ismétlődve lökődik a véráramba. Azonban vagy a bacillusok kevés száma és csökkent virulentiája, vagy az egyén ellenállása és immunitása olyan nagyfokú, hogy a vesefertőzés csak ilyen kevés számú gümős gócot eredményez a kéregállományban, de nem okoz vesemedencegyulladást, míg a gyakoribb pyramis széteséssel járó vesegümőkórnál a glomerulusokon kiválasztódott bacillusok először vesemedencegyulladást okoznak s azután a coccusfertőzéses pyelonephritishez hasonlóan a pyramisok

egyenes kivezető csatornáin vagy a nyirokutakon keresztül fertőzik és roncsolják a velőállományt. Ez utóbbi a rosszindulatú, az előbbi jóindulatú alak, amely hegesedésre, esetleg spontán gyógyulásra hajlamos, azért bacillaris lelet alapján nem szabad a vesét eltávolítani, hanem csak akkor, ha a vesének működési zavara mellett abból genyet is ki tudunk mutatni. (B. 25.)

Ágota Ferenc dr.

A vesekő kórtana és gyógykezelése. *Livermore.* (The Journ. of Urol. 1930. 3.) Az amerikai négerek nem hajlamosak kőképződésre és a vesekőbeteség Afrikában szinte ismeretlen. A memphisi kórház statisztikája szerint a vesekő négyszer olyan gyakori fehérbőrűeknél, mint a feketéknél. A feketék azért nem hajlamosak a kőképződésre, mert leginkább savanyú és magas vitamintartalmú ételekkel táplálkoznak. A klimatikus viszonyok is szerepet játszanak, mert forró és száraz vidékeken (China, India) gyakori a vesekő, a tropusokon, ahol sok a nedvesség és gyümölcs, ott ritka. Vizsgálatai szerint a kőképződésben szerepet játszik: a vízforgalom megzavarása, calcium carbonat és phosphat tartalmú vizek élvezete, pangás, fertőzés, anyagcserezavar. A kolloidalis elmélet a kőképződés magyarázatára ma már alig állja meg a helyét. A gyógykezelésben a műtét után a kiderített kőképződési tényezőnek megfelelően állítja be az élet- és étrendet. (B. 24.)

Ágota Ferenc dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Lésions et traumatismes sportifs. *M. Boigey.* (Masson et Cie kiadása. 325 oldal, 210 ábrával. Ára: 65 fr.) Szerző a könyvét nemcsak orvosoknak, hanem testnevelőtanároknak, edzőknek, sportbaleseti segélynyujtóknak s magunknak a sportolóknak is írta. Ennek megfelelően nem szigorúan vett orvosi tudományos könyv, hanem népszerűbb stilusban megírt közérdekű munka. A szerző azonban olyan ügyesen áthidalja az olvasók tudományos felkészültségének különbségeit, hogy mindenki megtalálja a munkában azt, ami őt érdekli. Nem üres szólásmód az, amikor azt mondhatjuk, hogy minden fejezetéből a francia szellemesség és könnyedség árad, amin viszont nem csodálkozunk, ha az első oldalon, a francia kiadások szokásához híven, végignézünk a szerző igen nagyszámú, művészeti, általános hygieniai, anthropologiai, gyarmatügyi és katonaorvosi tárgyú munkáinak és útleírásainak sorozatát. A könyv két részre oszlik. Az első általános fejezetben a sportsérülések kórbonctani és kórélettani viszonyait tárgyalja, erősen hangsúlyozva a Leriche féle felfogást, mely szerint a sérülések helyi vasomotorikus és beidegzési zavarokat idéznek elő. Ez elváltozások ártalmas hatását a sérülés helyén történő, de nagy kiterjedésű infiltratiós érzéstelenítéssel igyekszik kiküszöbölni. Bőven tárgyalja a gyermek, serdülő, felnőtt és idősebb sportolók túledzésének ártalmas voltát. Nekünk talán furcsának tűnik az, hogy felemeli tiltakozó szavát a serdülőkorú tanulóifjúság 400, 800 és 1500 méteres versenyfutásai ellen, mert nálunk a középiskolások sportszabályrendeletei alapján ilyen úgy sem fordulhat elő. A túledzéssel foglalkozó fejezet egyike a könyv legértékesebb részeinek, amely orvosi képzettséggel nem bíró olvasó figyelmét is megragadhatja. A második részben az egyes sportágak jellegzetes sérüléseit és ártalmait ismerteti. A különféle sportfajták tárgyalására szánt oldalszámokból érdekes következtetéseket vonunk le arravonatkozólag, hogy ezek Franciaországban milyen különböző elterjedtségnek örvendenek. Amig a rugbysportot 43 oldalon ismerteti, addig a labdarúgás alig 18 oldalt foglal el. Annak ellenére, hogy az ábrák legnagyobb része rajz, mégis olyan jók, hogy nem érezzük a fotografikus ábrázolás hiányát. A könyv egészében igen érdekes olvasmány sportokkal és sportsérülésekkel foglalkozók számára.

Horváth Boldizsár dr.

Orvosi cikkek gépelését, valamint orvosi közlemények, könyvek stiláris átjavítását és correcturáját vállalja e téren nagy gyakorlattal bíró szakember. Szíves megkeresések a következő címre kéretnek: VII., Erzsébet krt. 34. II. 21.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift. 37. sz. *Westermann. H.:* A szívburokgyulladás műtétének indicatiója. — *Malyoth G.* és *Krimilidis St.:* Testazonos (körpernahe) cukrok. — *Hemmler G.:* Serumvas és máj. — *Pflug F.* és *Jungheim H.:* Magas repülés befolyása a szamárhurutra. — *Krebs K.* és *Franke H.:* A sulfonamidek (prontosil, albucid, uliron, stb.) kimutatása. — *Ishikawa J.:* Prontosil hatása az orbáncra. — *Vilarino* és *Pimentel I. V.:* Thrombocytaszámolás. — *Kibéd A. V.:* Egy év tapasztalata bujakóros munkásokon. — *Rietschel H.:* Tiszta ascorbinsavkezelés eredménytelensége scorbut egy typikus esetében. — *Lauber H. I.* és *Bersin Th.:* Válasz *Végh P.:* Primaer vulva diphtheria és hastyphus együttes előfordulása felnőtt egyénen.

Münchener Medizinische Woschenschrift. 37. sz. *Hamburger F.:* Gümőkór leküzdése dispositiós prophylaxissal. — *Nicol K.:* A tüdőgümőkór collapsustherapiája ma használatos módszereinek javallatai. — *Schwenk W.:* Mire kell ügyelni a gyermekkori gümőkór sorozatos röntgenvizsgálatában? — *Kisskalt K.:* Nyálkahártyára jutott bakteriumok sorsa. — *Krueger E.:* Vérvétel technikája kisgyermekeken.

Deutsche Medizinische Wochenschrift. 37. sz. *Kosch.:* Német gyógynövények beillesztése a therapiába. — *Kuschinsky:* Teljes drogue vagy tiszta hatóanyag? — *Roesler:* Az első segélynyújtás oktatása. — *Budelmann:* Szív, keringési és koszorúérelégtelenség. — *Ferrari:* Idegen hadseregek egészségügyi szervezete.

Wiener Klinische Wochenschrift. 37. sz. *Herbst R.:* Kruppos pneumonia. — *Pansdorf H.:* Pleurakéreg elmeszesedése a röntgenképen. — *Stepp, Wendt, Mommsen,* stb.: Hashajtószerek használata és ennek hibái. *Raab W.:* A szívizom adrenalinashyxiája mint oka, mellékvesebesugárzás, mint therapiája az angina pectorisnak. — *Nordmann O.:* Lágyrészsérülések különböző fajtáinak specialis kezelése. — *Blumberger K.:* A szív foglalkozási ártalmai. — *Krek H.:* Argotropin és detoxin. — *Schröder H.:* Öröklés szerepe az idegkórtanban.

Wiener Klinische Wochenschrift. 37. sz. *Strughold H.:* Biologiai magaslati hatás a léghajózás szempontjából. — *Luft U.:* Magaslati tűrőképesség fokozása alkalmazkodás által. — *Netolitzky P.:* Cardiazolshokban előfordult aura esete. — *Künsztler M.:* A gyomor motilitási zavarainak megszüntetése nyombélsondázás alkalmával. —

La Presse Médicale. 71. sz. *Meerseman F.:* Mit jelent pontosan a Maillard-féle coefficiens. (Kisérleti tanulmány.) — *Muraz G.* és *Chirle H.:* Cerebrospinalis meningitis kezelése sulfanilamidekkel és carboxy-sulfamido-chrysoidinnel. — *Ro-Ta-Khanh:* Adat a malignus diphtheria pathogenesisához és therapiájához.

VEGYES HIREK

A Pázmány Péter Tudományegyetem új tanévét a hagyományos ünnepi keretek között nyitották meg f. hó 20-án. Az ünnepélyes szentmise után az Egyetem aulájában gyült egybe a résztvevő közönség, kiknek soraiban megjelent *József* főherceg, *Hóman Bálint* kultuszminiszter, *Szily Kálmán* államtitkár, s számos társadalmi előkelőség. A nemzeti Hiszekegy elhangzása után *Verebélji Tibor* lelépő rektor nyitotta meg az ünnepélyes közgyülést, visszapillantást vetve az elmúlt esztendő eseményeire, hangoztatva, hogy ez az év a nemzet élniakarásának és törhetetlen energiáinak számtalan bizonyitékát mutatta fel a világ előtt. A továbbiakban számszerű adatokkal ismertette az egyetem életének mozzanatait, végül búcsúzott mindazoktól, akik őt rektori működésében támogatták. Majd utódához *Domanovszky Sándor* rektorhoz fordulva átadta neki méltóságának jelvényeit. *Domanovszky Sándor,* az új rektor megköszönte a beiktatást és igéretet tett, hogy az egyetem autonomiájának hűséges őrzője lesz, majd felolvasta székfoglalóját, melyben a szellemiségről, különösképen a nemzeti szellemről be-

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

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

szélt. A nagyhatású székfoglaló után *Szentpétery Imre*, a bölcsészeti kar dékánja az ifjúsághoz intézett szózatot.

Értesítjük Olvasóinkat és Munkatársainkat, hogy a papirhasználatot korlátozó miniszterelnöki rendelet következtében lapunk rendes *36 oldalas terjedelme helyett egyelőre csak 16 oldalon* jelenhet meg. Ennek következtében kénytelenek vagyunk a fertőző megbetegedések és halálesetek, táblázatait elhagyni, irodalmi szemlénket, gyakorlati mellékletünket felére csökkenteni (ez utóbbi csak két hetenként jelenik meg) és az ülésjegyzőkönyvek közlését a Budapesti Kir. Orvosegyesület szombat esti üléseinek és az egyetemi városok üléseinek kivételével — beszüntetni.

Mivel így a hozzánk már beérkezett és érkező kéziratok sokaságát nem leszünk képesek megjelentetni, kérjük T. Munkatársainkat, hogy a már eddig benyujtott és elfogadott cikkeiket —, melyeket néhány napon belül visszakapnak szerkesztőségünktől — *a harmadára rövidíteni szíveskedjenek* és a jövőben beküldendő közleményeiket is ilyen 3:1 arányban tömörítve legyenek szivesek megírni és beküldeni. Három hasábnál (6 ritkitva gépelt oldal) hosszabb cikket (ábrával, táblázatal együtt) tehát a közeljövőben aligha közölhetünk, de természetesen a kevesebb mondanivalónak még kevesebb hely jut.

Hazafias érzéssel kell ezt a közszempontból bölcs korlátozást fogadni mindenkinek: szerzőknek, olvasóknak egyaránt s szolgáljon vigaszul az, hogy a francia akadémia kiadványaiban a legnagyobb felfedezésnek is csak 2½ oldalt szabad elfoglalnia. Hogy ezt meghaladhassa, ahhoz az összakadémia hozzájárulása kivántatik.

A Népszövetség Egészségügyi Osztályának hírei. (Chronicle of the Health Organisation, 1939. 9. sz.) 1. *E. Zunz* prof, a brüsszeli egyetem tanára a gyógyszerkönyvi bizottság tagja elhunyt. 2. A *Lakásügyi Bizottság* juniusban értekezletet tartott. Míg az elmúlt 10 évben a bizottság inkább a lakás belső hygienejével foglalkozott, addig jelenleg a falu- és várostervezés, a füst, por és toxikus gázok kérdése, valamint az ivóvízszerzés, szennyvíz és szemét eltávolítása képezte megbeszélés tárgyát. Az erről szóló jelentés a „Bulletin"-ben jelenik meg. 3. Az Egészségügyi Osztály időnként összehívja az európai közegészségügyi intézetek igazgatóit azért, hogy egyrészt alkalmuk legyen nézeteiket kicserélni, másrészt a közös kutatómunka terén az egyöntetűséget biztosíthassák. Az Egészségügyi Osztály, hogy ezt a munkát elősegítse, már két jelentést bocsátott közre a *hygiene tanítási módjáról* és a legközelebbi értekezlet tárgyául a *védőnők tanítását* és a *közegészségügyi muzeumok* kérdését tűzte ki. 4. A közegészségügyi intézetek igazgatói egyszersmind a Faluegészségügyi Conferentia anyagának kidolgozását is végezték. Ehhez a munkához újabban az egészségügyi mérnöki munka járul, amelyet Középeurópai intézetek mérnöki osztályainak vezetői fognak a jövőben végezni és legközelebbi feladatuk lesz *a falusi ivóvízszolgáltatás és szennyvízeltávolítás* tanulmányozása. 5. A közegészségügyi intézetek igazgatóinak legközelebbi ülésén valószínűleg *a diphtheria és scarlat elleni immunizálás* is napirendre került. 6. A nyomdában lévő „Bulletin" közleményei: *a) A kábitószerek elleni küzdelem; b) A physikai alkalmasságról. (Böje dr.)* E közlemény az atléták „doping"-olásának kérdésével foglalkozik és megállapítja, hogy melyek az ártalmas és ártalmatlan szerek e tekintetben. *c)* Két közlemény *E. J. McDougall* tollából *a falusi táplálkozásról* és a különböző *európai államok kenyeréről.*

Frontátvonulások és kisérő jelenségeik szept. 10—16. között. A hét első fele frontokban igen szegény volt. Szept. 15-től kezdve a fejlett betörési frontok halmozottan jelentkeztek. Felsiklási front nem érkezett. A fontátvonulások részletes adatai:

Átvonulás ideje Budapesten			A front fajtája	Fejlettsége	Kisérő e-emények
hó	nap	óra			
Szeptember	12	16	Betörési	Gyenge	Szélugr. D-ről Ény-ra, hirtelen szélélénkül.
	13	6	„	„	Cast'e latus-felhők átvonulása.
	14	10	„	„	Cumulus felhők átvonulása, kis szélélénk.
	15	4	„	Mérsék.	Szálcsend után hirt. szélroh. 8 m/mp. kis zápor.
	15	14	„	Erős	Rövid zivatar 1 mm.
	15	15	„	„	Igen heves zivatar 12 mm. széllök 15 m/mp.
	15	14	„	Mérsék.	Zápor 1 mm
	16	1	„	Erős	Éjjeli zivatar 5 mm.
	16	4	„	Gyenge	Szélélénkülés 8 m/mp-ig.
	16	15	„	Mérsék.	Cumulonimbus-felhők, szélélénkülés.
	16	16	„	„	Hirtelen szélrohamok.
	16	19	„	„	Cumulus conges us-borulás.

*) 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.

HETIREND

Szeptember 27-én d. u. ½ 7 órakor: a Magyar Orvosok Röntgenegyesületének ülése. Bemutatások: *Sereghy M.:* Periostitis luetica esete. *Kovács A.:* Csigolya-daganat és csigolya-gümőkór elkülönítő kórisméje egy eset kapcsán. — Előadások: *Scholtz A.:* Az appendix röntgen-diagnostikája. *Várady K.:* A szülészeti röntgendiagnostika gyakorlati javallatai.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

SURPARIL-CHINOIN

Perparin, Novatropin, Amidazophen, Sevenal tartalommal

Fokozott hatású fájdalomcsillapító és görcsoldószer!

Tabletta — Suppositorium

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

83. évfolyam. 39. szám. Budapest, 1939 szeptember 30.

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:

Fekete Sándor: Myasthenia gravidarum. (905—908. oldal.)
Dobay Miklós: A hasnyálmirigy tömlői. (908—909. oldal.)
Simonovits István: A bal nervus recurens bénulása stenosis ostii venosi sinistri kapcsán. (910. oldal.)
Rosenthal Jenő: Radiumokozta mérgezés és D-vitamin. (911. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései (149—152. oldal.)
Irodalmi szemle: (911—914. oldal.)
Könyvismertetés: (914—915. oldal.)
Lapszemle: (915. oldal.)
Schaffer Károly: Néhány megjegyzés Semmelweis lelki alkatáról. (916. oldal.)
Vegyes hírek: (916. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika szülészeti osztályának közleménye. (Főorvos: Fekete Sándor, egyet. magántanár.)

Myasthenia gravidarum.

Irta: *Fekete Sándor dr.*, egyet. magántanár.

A terhesség elején, de később is annak egész folyamán annyi új tünet jelentkezik, hogy ezeknek a magyarázata sokszor nehéz helyzetbe hozza a kórélettani gondolkodáshoz szokott orvost. Szerencse, hogy ezeknek a tüneteknek nagyrésze nem túlságosan kifejezett, múlékony és változó — úgyhogy az asszonyok maguk megelégszenek azzal, hogy mindez hozzátartozik a másállapothoz, az orvos pedig hajlandó a tünetek nagyrészét az idegrendszer megváltozott érzékenységének tulajdonítani. Némelykor azonban egyik-másik tünetcsoport annyira kifejezett lesz, hogy valóságos kórképpé duzzad s az egészséget, sőt az életet is veszélyezteti. Ilyenkor már nem elégedhetünk meg a valójában semmitmondó kifejezésekkel, hanem keresnünk kell a kórkép okát s gyógyításának módját.

Ilyen tünet az is, amely a terhesek csökkent munkaképességében jut kifejezésre. Azok a terhesek, akik nincsenek munkával túlterhelve, legtöbbször nem is veszik észre, hogy munkabírásuk csökkent, hamarább kifáradnak, s pihenésükre hosszabb idő szükséges. Mások, ha észreveszik is, megnyugszanak abban a magyarázatban, hogy a munka nehezebben megy, ha amellett még a másállapot terhét is viselni kell. Sokszor az orvos is elegendő magyarázatot talál, különösen a terhesség elején, amikor a táplálék-felvétel csökkent s ennek tulajdonítja a munkaképesség csökkenését. Pedig ez a jelenség még kellő táplálkozás mellett is, úgyszólván physiologiás s e terhesség folyamatával kapcsolatos.

R. H. Schmidt 1932-ben megvizsgálta, hogy miképpen viselkedik a terhes szervezete a munkavégzés alatt oxygénelhasználás tekintetében. Azt találta, hogy egyazon munka elvégzésekor a nő szervezete a terhesség alatt 20%-kal több oxygent használ el, mint a terhesség megszünése után. Ez a jelenség már a terhesség első hónapjaiban is megállapítható. Hasonló eredményre jutott *Heynemann* is. Nagyon beható vizsgálatokat végzett a terhesek munkabírására vonatkozólag *H. Krukenberg*, aki úgy találta, hogy munkavégzés után terhesekben a vér tejsavtartalma a rendesnél nagyobb emelkedést mutat, s hosszabb ideig tart, amíg ez az emelkedés elmúlik.

A terhesség alatt emelkedett oxygenszükséglet kiegyenlítése fokozot munkát ró a szívre. A szív ezt a nagyobb feladatot igen gazdaságos módon látja el: a percvolumen már a terhesség első hónapjaiban emelkedik *(C. Schroeder.)* Mindezen tények ismeretében és még egyéb megfontolások alapján is 1933-ban annak a nézetemnek adtam kifejezést, hogy a terhes nő szervezetét olyannak kell tekinteni, mint amely már nyugalmi állapotban is munkát végez. A terhesség idején sok olyan jelenséget megtalálunk a szervezetben, aminőket statikai (= izomrövidüléssel nem járó) munka alkalmával észlelünk. A terhesség alatt fokozódik az anyagforgalom, emelkedik az oxygenelhasználás s ez fokozott szívmunkát igényel. De fokozódnia kell a szívmunkának amiatt is, mert terhességben csökken a felvett oxygen kihasználása: a terhesség alatt a szövetek ugyanannyi vérből kevesebb oxygent képesek felvenni, mert csökkent az oxyhaemoglobin dissociatiója. Fokozza szívmunkáját az is, hogy a terhesség alatt kevesebb a haemoglobin, tehát erőteljesebb s gyorsabb keringésre van szükség. Azt mondottam 1933-ban, hogy amikor a terhes méh és pete ellátása fokozott szükségletek elé állítja a szervezetet, a szervezet olyan módon segít magán, amint azt másnemű megterhelés esetében is, pl. izommunka alkalmával teszi. S így analogia áll fenn a munkavégzés és bizonyos terhességi elváltozások között.

Azóta ismereteink gyarapodtak a terhesek munkavégzését illetőleg. Az egészséges nő szervezete kitünően alkalmazkodik a terhesség alatt a fokozott igénybevételhez, emellett mérsékelt dynamikai munka végzésére is képes, sőt ez előnyös is. Megváltozik a helyzet, ha a terhesség mellett hosszantartó s nehéz munkát kell végezni, s ekkor megnyilvánul a szervezet fokozott megterhelése. Az emberi szervezet, mint izomgép olyan kitünő munkaeffectussal működik, hogy az elfogyasztott kalóriáknak 35%-a hasznos munkában jut érvényre, a terhesség alatt csak 12—15% a munkaeffectus. Már egyszerű járás esetében is az oxygenfogyasztás a 9. hónapban a kétszerese a 4. hónapban mért értéknek. Az izom-

működés leromlását mutatja az is, hogy a terhesség alatt a munkavégzés után hosszabb időt vesz igénybe a kipihenés: ugyanazon munka elvégzése után a pihenési idő az 5—6. hónapban a rendesnek kétszerese, a 8—9. hónapban annak a négyszerese *(Stähler)*.

A terhes szervezetének fokozott igénybevétele a munkavégzés alatt, a vérelosztás szabályozásának hiányai —, amely nem egyszer vezet szédülésre s ájulásokra —, ezek voltak az okok, amelyek miatt ismételten sürgettem, hogy adják meg a terhességi segélyt már a szülés előtt 12 héttel. Ehhez természetesen törvényhozási intézkedés szükséges.

Nyilvánvaló ebből, hogy még az egészséges nő munkabírása is csökkent a terhesség alatt. Kóros körülmények között azonban ez a tünet annyira kifejezett lesz, hogy a beteg pár lépést is alig tud tenni. Amíg az ágyban fekszik, semmi baj sincs — de ha felkél, s átmegy a másik szobába, már kimerülten leroskad, s órákig tart, amíg kipiheni magát. Légszomj nincs, fokozott szívműködés alig mutatkozik, s az egész kórkép az izmok rendkívül gyorsan bekövetkező elfáradására s gyengeségére mutat.

Bizonyos, hogy ez a tünet kevésbbé kifejezetten gyakran előfordul s azt is sokszor látjuk, hogy hyperemesis kapcsán nagyfokú az izmok erejének csökkenése, de előfordul ez a kórkép egymagában s annyira kifejezett lehet, hogy megérdemli a külön nevet: *Myasthenia gravidarum*-nak nevezhetjük ezt a meglehetősen ritka s eddig nem ismertetett kórformát. Az utolsó 10 év alatt három ilyen esetet láttam s ezért tartom szükségesnek ezek ismertetését, hogy felhívjam erre a kórképre a figyelmet.

1. Az első ilyen beteget 1933-ban láttam. 30 éves II. terhes nő volt, aki kedvező hygiénikus viszonyok között élt. I. P. négy év előtt rendes. Mérsékelten fejlett, táplált, 59 kg. Terhessége elején szívpanaszai voltak, amelyek enyhe hyperthyreosissal állotak kapcsolatban (struma nodosa). Akkor intézetben is megfigyelhettük, az alapanyagcsereforgalom +14% volt. Pihenésre, megnyugtatókezelésre a tünetek elmúltak s később sem jelentkeztek. Terhességének VI. hónapjában azzal a panasszal fordult hozzánk, hogy nagyon hamar fárad, alig bír járni. Szíven systolés zörej, tachykardia 100—110. Fektetésre javul, a pulsusszám 92-re megy le. Testmozgásra sem jelentkezik pulsusszaporulat. Vérnyomás 105/60 Hg mm, alapanyagforgalom most is változatlan. Vizeletben kóros elemeket nem találtunk, vizenyő nem volt. Szénhydratdús táplálékot ajánlottunk, strychnotonin injectiókat adtunk — eredmény nélkül. A VII hónapban a gyengeség annyira fokozódott, hogy a beteg 50—60 lépés után teljesen kimerült. A szívelégtelenségnek semmi jele, pulsus nyugodt, járás után sem szaporább. Nagy aggodalmat okozott a beteg állapota, mert számolnom kellett azzal, hogy az izomzat erőtlensége kiterjed a légzőizmokra s arra sem állott rendelkezésemre semmi tapasztalat, hogy a méh sima izomzata miként fog viselkedni a szülés alatt, nem mutatkozik-e majd azon is a végzetes elfáradás következtében atonia. A terhesség VIII. hónapjában nem akartam a terhességet megszakítani, de nem is mertem, mert az ismeretlen betegségben esetleg a műtét végzetes kimenetelével is számolnom kellett.

Aggodalmak között telt el a VIII. hónap. Ennek vége felé csekély javulás mutatkozott, mely a IX. hónapban kifejezettebb lett: a beteg már utcára is le tudott menni és 100—200 lépést járt. A szülés a rendes időben következett be, zavar nélkül folyt le, atonia nem volt. Rendes erejét az anya csak 3—4 hónap múlva nyerte vissza.

2. A második ilyen betegem egy orvostársam felesége volt, kinek már egy rendes terhességét és szülését észleltem. Az alacsonytermetű, graciiis asszonyka testsúlya rendesen 44.8 kg, a terhesség első heteiben 2 kg-ot fogyott, magassága 152 cm. Bőrszíne barnás. Terhességének második hónapjában — bár alig hányt, s táplálkozása kielégítő volt, arról kezdett panaszkodni, hogy telejesen erőtlen; ha az ágyból felkel, pár perc alatt kimerül és le kell feküdnie. A szervezetben általános hypoplasián kívül kóros eltérést nem találunk. Vérnyomása 90/75 Hg mm. Vércukorgörbe kissé elhúzódott. Tejvasérték rendes. Vizeletében kóros eltérések nincsenek. Oxygenfogyasztása 12 l. óránként, alapanyagcsere +2%. Vörösvérsejtszám 3.800.000; Hb. 76%, fehérvérsejt 4.400. Strychnotonin, majd corpus luteum injectiókra állapota nem javul, intravenás cukorbevitel sem használ. A beteg erőbeli állapota egyre romlott s a terhességet minden áron meg akarta tartani. Ágyban fekve teljesen jól érezte magát: minden reggel úgy ébredt, hogy már nincs semmi baja, csak amikor fel akart kelni, akkor érezte a leküzdhetetlen gyengeséget. Később azután hőemelkedés, majd hányás jelentkezett, úgy hogy nem vállalhattam felelősséget a további várakozás esetén s meg kellett szakítanom a III. hónap elején lévő terhességet. Atonia nem volt. A művi vetélés után a beteg hónapokig erőtlen volt s most is a havi vérzés idején olyan gyenge, hogy ágyban kénytelen feküdni.

3. L. L.-né. 30 éves, I. gravida. U. m. nov. 1. felvétel: jan 21. December közepén lázas influenzája volt, utána jan. 7-ig sokat hányt. 6 hét óta 8 kg-ot fogyott, nehéz légzése van, igen gyenge, járni is alig tud. Láztalan; vérnyomása 115/75 Hg mm. Vizeletében kóros elemek nincsenek. Gyengén fejlett, gyengén táplált, testsúlya 46.5 kg. II—III. hónapos terhességnek megfelelő méh. Vörösvérsejt 3.400.000. Hb. 55%, fehérvérsejtszám 6.200, vérsejtsüllyedés Westergreen szerint 30 mm. Alapanyagcsere —7%. Annyira gyenge, hogy a vizsgálóasztalra alig tud felkapaszkodni, csekély mozgáskor is nagyfokú dyspnoe jelentkezik. Annak ellenére, hogy a klinikai vizsgálatok a nagyfokú gyengeség okát kimutatni nem tudják, mindössze az alacsony haemoglobinérték és az erős fogyás adnak objectiv támpontot a súlyos toxikosisra, az alacsony testsúly s nagyfokú gyengeségre tekintettel a terhesség továbbviselését életveszélyesnek tartjuk, s belgyógyászszakértő hozzászólása után a terhességet megszakítjuk. A méh kiürítésekor feltünik, hogy a méh jóval nagyobb, mint aminő a magzat nagyságának megfelel, aránylag igen sok a magzatvíz, s a 2 hónaposnak megfelelő pete régi, erős bevérzést mutat. Biztosra vesszük, hogy a terhesség megszakításának idején a magzat már nem élt. Gyermekágyban cukorinfusiót adunk, egyébként az láztalanul folyt le s a beteg csak nagyon lassan nyerte vissza régi erejét.

Ebben az esetben arra kell gondolni, hogy az influenza utáni nagyfokú gyengeség fokozódott annyira, hogy a beteg járni is alig tudott. Valószínű, hogy a magzat akkor halt el, amikor a hányás megszünt — a beteg még sem tudott erőre kapni, fogyott s a haemoglobin is erősen csökkent. Kétségtelen, hogy a terhességi myastheniát az általános intoxicatio, a táplálkozás hiánya súlyosbbította.

Az irodalomban csak pár hét előtt találtam hasonló eseteket: *K. W. Schultze*, továbbá *A. Hildebrandt* neuritis kiséretében ismertetnek ilyen nagyfokú izomgyengeséget s azt B1 hiánynak tulajdonítják.

Egyéb betegségben is találkozunk az izomerő nagyfokú csökkenésével. Ismeretes ez Addison- és Basedowkórban, fertőző betegségek, cachexia kapcsán. A myasthenia gravidarum azonban mindezektől különbözik, mert ebben az esetben sem az endokrin rendszerben, sem az anyagforgalomban mélyreható elváltozást nem találunk s a folyamat a terhesség lezajlása után visszafejlődik. Különbözik ez a kórkép az ideggyógyászok által leírt myasthenia gravistól is.

J. B. Ayer, RogerMitchell és *H. B. Viets* a Harward Med. School ünnepi előadásain 1936-ban a myasthenia gravisról azt a felfogásukat ismertették, hogy a myasthenia a myoneuralis kapcsolat zavarának következménye. Eseteik jórészében jó hatást értek el prostigmin adagolásával, úgy hogy kétes esetben ezt diagnostikus jelként in felhasználják. Nem gondolom, hogy az általuk leírt myasthenia gravis azonos a terhesség alatt általam észlelt kórképpel. Bár *Ayer* megemlíti, hogy a myasthenia nőkön gyakoribb s nem ritkán a terhesség alatt kezdődik, mégis különbség van az ő eseteik s a myasthenia gravidarum között. Megemlítik, hogy a betegség hosszadalmas lefolyású, időnként a tünetek stagnálnak, ezzel szemben a myasthenia gravidarum a terhesség után

véglegesen meggyógyul, a 3 közül 2 esetemet már 5, illetve 4 éve kisérhetem figyelemmel s semmiféle jelét nem láttam a kórkép kiujulásának. Az ő eseteikben a myasthenia főleg az arc- és szemizmokon jelentkezett, súlyos esetekben a nyelés is zavart volt, az arc sajátságos merev, lárvaszerű kifejezést mutatott, az izmok merevek voltak — a mi eseteinkben mindennek nyoma sem volt, a gyengeség főleg a végtagok izomzatán mutatkozott s merevséget nem tapasztaltunk, reflexzavarokat sem tudtunk kimutatni. Bár az ő eredményeik alapján a prostigmint adott esetben mi is megpróbáljuk, mégis az általuk leírt kórképet nem tartom azonosnak az általam leírt kórformával. Érdekel bennüket az a felfogás, hogy a prostigmin jó hatását sokan arra vezetik vissza, hogy a prostigmin ellensúlyozza az acetylcholint gyorsan bontó enzym (cholinesterase) hatását. Újabban azonban *Lamari* közleménye alapján myasthenia gravis esetében nincs okunk a cholinergiás hatás kimaradását feltételezni.

Anselmino, Hoffmann, H. H Schmidt a terhesek csökkent munkaképességét fokozott pajzsmirigyműködésre vezetik vissza. Mások — s magam is — nem látjuk bizonyítottnak a hyperthyreosist. *Effkemann* és *Borgard* vizsgálataiból tudjuk, hogy a terhesség a vérkeringéssel szemben jelentékenyen fokozott követelményeket támaszt és ennek az okát jórészt az oxyhaemoglobin dissociatióját befolyásoló kedvezőtlen chemismusra vezetik vissza. Ez is lehet a munkaképesség csökkenésének egyik oka. Magam azt az álláspontot fogadom el, hogy a terhességi elváltozások a vérkeringésben kifejezett túlmunkán kívül is olyan állapotot teremtenek, amilyen statikai munkavégzés alkalmával van. A terhes szervezet tehát már a munka kezdésekor hátránnyal indul. Tudjuk azt is, hogy a keringés vegetativ szabályozása nem tökéletes, nincs meg a vérelosztásnak az a finom irányítása, amely terhességen kívül észlelhető az izommunka alatt. Ezeken kívül még másra is kell gondolni.

Amikor a terhesek munkabírásának csökkenéséről beszélünk, gondolni kell arra is, hogy a terheseken a hajszálerek átbocsátképessége fokozódik. *Eppinger* gondolatmenete értelmében a permeabilitás fokozódása, amely a „serosus gyulladás" alapjelensége, sok olyan tünettel jár együtt, amelyet az izom elfáradása alkalmával is megtalálunk. Igy a fáradt izomrostok protoplasmája megduzzad, az izom anyaga K és PO_4-ban szegényebb lesz, Na-t és Cl-t vesz fel a vérplasmából, a vérplasma albumintartalma is csökken, — az elektromos potentialkülönbség sejt és vérplasma közt kisebb lesz. Hasonló körülmények között a sejtek oxygenszükséglete jelentékenyen emelkedik éppen úgy, mint Basedow-kórban, ahol a capillarisok endothelje megduzzad s az oxygénkicserélődést akadályozza. Ez a gondolatmenet megmagyarázza azt is, hogy miért van a terheseknek fokozott O_2 felvételre szükségük, anélkül, hogy a thyreoidea fokozott működése nyilvánvaló lenne: az irányított permeabilitás fokozódása hozza magával a sejtek oxygenszükségletének emelkedését. A mi themánkra vonatkoztatva arra is kell tehát gondolni, hogy a permeabilitás fokozódása miatt a terhesek izomzata már a nyugalom állapotában is úgy viselkedik, mint máskor a kifáradás alatt, — tehát fokozott tehertétellel indul már a munkavégzés megkezdésekor. Rá kell mutatnom arra, hogy a permeabilitás fokozódását észlelték a mellékvesekéreg kiirtása után is.

A myasthenia gravidarum magyarázatában csak feltevésekre vagyunk utalva. Közelfekvő a gondolat, hogy a mellékvese relativ insufficientiájában keressük a tünetek magyarázatát. Tudjuk, hogy a mellékvese kéregállománya a terhesség alatt hypertrophisál, felvehető, hogy ha ez a hypertrophia nem jár kielégítő működéssel, akkor bekövetkezik a kéregműködés insifficientiája. Emlékeztet e betegek viselkedése azokra a tapasztalatokra, amelyeket sympathikus idegrendszerétől megfosztott állatokon tettek. *(Cannon.)* Nyugalomban azok is zavartalanok, de nem bírják el a legcsekélyebb megterhelést sem. A mellékvese sympathicus kapcsolata közismert. De még más jelenségek is vannak, amelyek a mellékvesére utalnak. Egyik betegemen a bőr szine rendesen is szürkés-barnás, a terhesség elején a bőr-elszineződés már kifejezett volt. Egy további jelenség, mely a mellékvese szerepe mellett szól az, hogy két betegemen a vérnyomás szokatlanul alacsony volt (90—100 systoles, 60—75 mm diastolés nyomás) s vitiumos betegemen sem volt nagy a systolés-diastolés nyomás különbsége. Az izomtonus csökkenése, amely betegeimen észlelhető volt, szintén a mellékvese hiányos működésére mutat.

A kéregállomány szerepére mutat az is, hogy hormonalis hatóanyaga (cortin-desoxycorticosteron) chemiailag rokon a corp.-luteum hatóanyagával (progesteron). A terhesség alatt a nagymérvű fáradság ellen enyhébb esetekben a corp. luteum kivonatát eredményesen alkalmaztuk. A szülés előtti hetekben az egyik beteg állapota javult, amikor a folliculin gyarapodik.

A mellékvesekéreg állományának csökkent működésére mutatnak még egyéb jelenségek is, amelyeket egyaránt megtalálunk az izomműködésnek a terhesség alatt mutatkozó zavaraiban s kéregkiirtás kapcsán is. Igy említettem, hogy a terhesség alatt az izommunka fokozot oxygenfelvétellel s elhasználással jár. Csökkent a munka-effectus. Ugyanazt találták mellékvesekiirtás után is. Egészségeseken is csökken a munkaeffectus. Ugyanazt találták mellékvesekiirtás után is. Egészségeseken is csökkent a munkaeffectus a kifáradás folyamán, ezt cortin jól tudja ellensúlyozni. *(Hitchoock.)*

Hasonlóképen kimutatták amerikai vizsgálók is, hogy kéregeltávolítás után fokozódik a hajszálerek átbocsátóképessége, zavar áll be a vérplasma és az izom K, PO_4, Na és Cl tartalmában olyan értelemben, hogy a plasmában Na és Cl csökken, az albumin is kevesebb lesz. Ugyanezt látjuk a terhesség alatt is. A terhesség alat a vér cholesterintartalma kifejezetten emelkedik. Megvan ez a tünet beri-beri esetében is, ahol B-vitamin bevitelére a kéreg-hypertrophia visszafejlődik s a cholesterinaemia megszűnik. (*Schmitz.*)

Határozott összefüggést találtak az izommunka és a mellékvesekéreg között *Beznák* és *Sarkady*, továbbá *Beznák* és *Perjes*, *Csik* és *Ludány*. *Beznák* iskolája határozotan megállapította, hogy fehérpatkányokban a mellékvese a munka következtében erősen hypertrophisál s ez főleg a kéregállományon nyilvánul meg. *Csik* és *Ludány* azt mutatták ki, hogy a mellékvesekéreg az izommunka pihenési szakában, a felépítési folyamatokba kapcsolódik bele. Még érdekesebbé teszi a munka s a kéregműködés közti kapcsolatot *Beznák*-nak, valamint *Verzár* és *Péter*-nek az a megállapítása, hogy a mellékkéreg B-vitaminhiánya esetén is hypertrophisál. *Beznák* és *Perjes* kimutatták, hogy ha paktányokat dolgoztattak s közben a nyugalmi állapotra kititrált B-vitamin ötszörös mennyiségét adták, akkor a munka végzésére sem következett be a mellékvese hypertrophia. Ebből ők azt a következtetést vonják le, hogy az interrenalis szövet volumene, az anyagcsere nagysága s a B-vitamin conjugált értékek.

Mindezek alapján úgy vélem — nem elhamarkodott az a következtetés, hogy az izomműködésnek a ter-

hesség alatt észlelt zavara, amely extrem módon a myasthenia gravidarum formájában jelentkezik, részben a mellékvesekéreg állományának elégtelen működésére vezethető vissza. Ismeretes a kórbonctanból, hogy a terhesség alatt a mellékvese hypertrophisál; ha ez a hypertrophia nem jár együtt megfelelő működés-emelkedéssel, előáll többek között az izomműködés zavara.

Egy további kérdés az, hogy kóros esetekben miért nem következik be a mellékvese fokozott működése. *Beznák* és *Perjes* kisérletei azt mutatják, hogy bőséges B-vitamin bevitel esetén nem következik be a munkahypertrophia. Azonban ugyancsak ők megemlítik, hogy nincs semmi bizonyíték, amely a fokozott működés és hypertrophia közti kapcsolatot megmutatná. Eseteimben csak arról beszélhetek, hogy nem következett be a terhesség alatt szükségelt fokozott működés. Illetőleg még óvatosabban kifejezve magamat csak annyit mondhatok, hogy betegeimen a mellékvese működése nem volt kielégítő. Ennek az egyik oka az lehet, hogy hiányzott valami olyan anyag, amelyen keresztül a mellékvese hatása érvényre jut. Ez az anyag a B_2 vitamin lehet, a lactoflavin, vagy az egész B complexum. Ugyanis a B_2-vitaminból képződik a cortin hatására a sárga élesztő fermentum. Ha nincs elegendő B_2, hiába működik a mellékvesekéreg, bizonyos hatásai nem jutnak érvényre. Ennek alapján azt gondolom, hogy a terhesség alapján is sokszor mutatkozó munkaképesség-csökkenés B-vitamin hiányára vezethető vissza s ez a mellékvesekéreg nem kielégítő működésének az oka.

Gondolni kell azonban arra is, hogy a primaer okot nem a B-vitamin elégtelen bevitele képezi, hanem a mellékvese eredeti gyengesége, amely a fokozott működésre alkalmatlanná teszi. Erre mutat, — persze csak nagyon távolról — két utolsó esetemben az általános somatikus hypoplasia. (40—46 kg testsúly.)

Nagyon érdekes volna még azzal foglalkozni, milyen módon jut érvényre a mellékvesekéreg hatása az izommunkában. Errevonatkozólag idézhetjük *Britton* és *Sirette* (idézve *Beznák* és *Sarkady* után) vizsgálatait, akik megállapították, hogy a mellékvesekéreg a szénhydrat anyagcserének éppen olyan fontos szabályozója, mint a Langerhans-szigetek. Azóta *Verzár* és munkatársai kimutatták, hogy a corticosteron jelentékeny szerepet játszik a cukor felszívódásánál és a lactoflavin átalakításánál phosphorizálás révén. Tudjuk azt is, hogy az izom működésekor a phosphorsav lehasadása s átvitele szintén alapvető folyamat. Elképzelhető, hogy a mellékvesekéreg hatása az izomműködésre ezúton érvényesül.

Összefoglalásul azt mondhatjuk, hogy sok okunk van arra, hogy az izomműködésnek a terhesség alatt gyakran mutatkozó zavarát egyéb más okok mellett a mellékvesekéreg elégtelen működésére vezessük vissza. Ugyancsak ezzel magyarázzuk a gyors kifáradásban és nagyfokú erőtlenségben megnyilvánuló myasthenia gravidarum eseteit. Ennek a gondolatmenetnek teljes bizonyítására szükséges, hogy az idevágó eseteket a mellékvesekéreg-működés szempontjából alaposan kivizsgáljuk.

A tünetcsoport, illetve a kórforma gyógyítására enyhe esetekben a corp. luteum kivonata mutatkozott alkalmasnak — emellett megkisérelhető a B-vitamin-complexum, dús táplálkozás, flavin tartalmú tápanyagok (tej, élesztő ,máj-kivonat), konyhasó bevitele a hyposalaemia megakadályozására és természetesen legbiztosabban: hatásos mellékvesekéreg készítmények alkalmazására.

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

A hasnyálmirigy tömlői.

Irta: *Dobay Miklós dr.*

A hasnyálmirigy ürös daganatainak gyógyítása *Gussenbauer* első sikeres műtéte óta a hasnyálmirigy sebészetének leghálásabb feladata. — A hasnyálmirigy rosszindulatú daganataiban megkisérelt gyökeres műtét, melyet első ízben *Trendelenburg*, majd *Franke, Kausch, Kleinschmidt* és mások részben teljes hasnyálmirigy-eltávolítás, részben csonkolás alakjában végeztek, egy esetben sem vezetett gyógyulásra, a betegek rövid idő alatt senyvességben elpusztultak. A tüneti műtétek is csak elódázták a biztos halált.

A ritka jóindulatú tömör daganatok eltávolítása, mint azt *Körte, Cohn, Sendler* és mások sikeres esetei bizonyítják, nem okoz különösebb nehézséget, s az esetek többségében egyszerű kihámozással sikerül. E daganatok ritkaságuk miatt nem tarthatnak számot általános érdeklődésre. A hasnyálmirigy ürös daganatai jóval gyakoribbak. *Guleke* 1911-ben már 250 műtéttel kezelt, nagyrészt gyógyult hasnyálmirigytömlőt tudott az irodalomból összegyűjteni és ez a szám azóta a nemközölt eseteket nem számítva körülbelül 150-nel szaporodott.

A hasnyálmirigytömlőkre vonatkozó ismereteink nagyrészét *Lasarus, Körte Honigmann* vizsgálatainak köszönhetjük. *Heiberg* pseudo-, retentiós- és proliferatiós tömlőket különböztet meg. Az áltömlők erőművi behatások, vagy gyulladások következtében jönnek létre, falukat kötőszövet alkotja, hámbélésük nincs. A hasnyálmirigy sérülései után a kiömlő vér és váladék letokolódása a remese-fodor lemezei között, a csepleszt tömlő hátsó falában, vagy ennek átszakadása és a foramen Winslowi elzáródása után magában a csepleszt tömlőben képződnek. *Boesch* szerint két évesnél fiatalabb gyermekeken a nagycseplesz még össze nem tapadt lemezei között is képződhet áltömlő, de kifejlődhet ez a hasüri szervek összetapadása következtében bárhol a hásnyálmirigy szomszédságában is.

A gyulladásos áltömlőket *Ritter* és *Vogel* a heveny hasnyálmirigyelhalás egyik gyógyulási formájának tartja. *Schmieden*nek 101 hasnyálmirigytömlő közül 28-on sikerült megállapítania, hogy heveny hasnyálmirigygyulladáshoz csatlakoztak. *Just, Walzel* és mások megállapítása szerint pedig a heveny hasnyálmirigygyulladások 90%-a az epeutak betegségéhez társul. Igy az epeútbajoknak a gyulladásos áltömlő keletkezésében igen fontos szerepet kell tulajdonítanunk. Ezt *Bernhardt* esetei is igazolják, ki 5 gyulladásos hasnyálmirigytömlő közül háromban talált epekövet. Tapasztalataink szerint a hasnyálmirigygyulladás és így az áltömlő keletkezésében nagy jelentősége van a gyomor és patkóbél fekélyes, vagy gyulladásos betegeinek is.

A retentiós tömlők a hasnyálmirigyvezeték elzáródása, szűkülete után keletkeznek. *Busse* szerint a Virchow-féle ranula pankreatica, esetleg az idült hasnyálmirigygyulladás következményeként a kisebb mirigycsatornák és a kivezető csövek tágulásából fejlődnek. A mirigycsatornák és a kivezető csövek tágulásából keletkezett retentiós tömlők gyakran többszörösek és rózsafűzérszerűen helyezkednek el a mirigy állományában. Hámbélésük a nagy feszülés következtében tönkrement, csak itt-ott találunk néhány lelapult hámsejtet. *Riese* a retentiós tömlőhöz sorolja az elfaulásosokat is, melyek jó-, vagy rosszindulatú daganatokban létrejövő elhalá-

sok felszívódása következtében keletkeznek és átmeneteket képeznek a proliferatiós-, vagy mirigytömlőkhöz, melyek, mint a valódi tömlők, hámmal béleltek és önálló faluk van. *Körte* összeállítása szerint az esetek legnagyobb százalékát az áltömlők alkotják, *Lasarus* ellenben a leggyakoribbnak a mirigytömlőt tartja.

Klinikánkon 1921 óta 7 hasnyálmirigytömlőt észleltünk. A 7 tömlő közül 1 valódi-, 5 ál-, 1 pedig elfajulásos tömlő volt.

A *valódi* tömlőt 23 éves férfibetegen észleltük:

4 éve egyre tartó gyomorfájdalom. Felvétele előtt egy nappal erős hasi görcsök, láz, hányinger, a has jobb felében izomvédekezés, önkéntes és nyomási fájdalom. *Műtét:* rendellenes elhelyezkedésű féregnyulvány a rövid felhágó vastagbél küiső oldalán, a bél alatt a hasnyálmirigyfejbe terjedő, de mellékserülés nélkül kihámozható, gyulladt falú, ökölnyi, hámmal bélelt tömlő, melynek tartalmában igen nagy mennyiségben mutatható ki a diastase. Kihámozás, tamponálás, zavartalan lefolyás és elsőleges sebgyógyulás. A hasnyálmirigy működése műtét után kiesést nem mutat. Kilenc évvel a műtét után panaszmentes.

Az *elfajulásos* tömlőt 43 éves nőbetegen észleltük:

Hasában öt nap óta egyre növekvő daganatot érez. A jobb bordaív alatt emberfej nagyságú dudoros daganat tapintható. Vizeletében urobilinogen fokozott mértékben, aceton kifejezetten, diastase rendes mennyiségben mutatható ki. *Műtét:* a hasnyálmirigyből kiinduló, emberfej mekkoraságú, vastagfalú tömlő kivarrása. A tömlő tartalma genyes törmelék, diastaset nem tartalmaz. A tömlőfal szövettani vizsgálata hyalinos kötőszövetben reticulumsejtes gümőket mutatott üi. *(Orsós* prof.) Egy hónappal a műtét után harmadfokú gyomorszűkület fejlődik ki. Emiatt ismét műtétet végzünk: kiterjedt gyulladás, összenövés a gyomor- és patkóbél-tájon; a gyomorkimenet teljes elzáródása miatt gyomor-bélösszeköttetést létesítünk. A műtétet követő napon szívgyengeség következtében haldokolva szállítják hozzátartozói haza.

Az *áltömlők* közül 3 volt erőműví eredetű.

1. 42 éves férfibeteg 3 éves korában fáról leesett, tudomása szerint hasában azóta daganat van. Két hónap előtt hasán és mellén kocsi ment keresztül, azóta daganata rohamosan növekedik és nehézlégzést okoz. A gyomorgödörben és a bal bordaiv alatt emberfenyi daganat tapintható, a bal mellkasfélben véres izzadmány. Röntgenvizsgálat szerint a daganat a gyomron kívül van, azt résszerűen beszűkíti, a patkóbél-éhbélhajlatot eltolja. Vizeletében kismennyiségű fehérje, a fehérvérsejtszám 4800, a vérképben 6 % eosinophilia. *Műtét:* A tömlő a gyomorral és a haránt-vastagbéllel lapszerint összenőtt, víztiszta, nyúlós, a bennékben sok a diastase. Tömlőkivarrás, zavartalan lefolyás után gyógyulás. A hasnyálmirigyműködés sem a műtét előtt, sem azután fogyatkozást nem mutatott. 12 év elteltével is panaszmentes.

2. 24 éves gazdasági cseléd. Bejövetele előtt 2 hónappal a mázsáló ajtajának esett és gyomrát megütötte. A baleset után 3—4 nap múlva észrevette, hogy hasa felső részében fájdalmatlan daganat növekedik. Vizsgálat után sérülés okozta hasnyálmirigy áltömlő kórjelzéssel kerül műtétre. A gyomor mögött gyermekfejnyi daganat, mely a környező szervekkel lapszerint összenőtt. A 2 liternyi tartalmú áltömlő fala több milliméter vastag, közötte és a patkóbél között 2 cm hosszú összeköttetést létesítünk. Zavartalan gyógyulás. A 12. napon végzett röntgenvizsgálat szerint a tömlő a sugárfogó anyaggal nem telődik. A tömlőtartalomban fehérje 5%, diastase 24 óra alatt 37 C°-on 32 Wohlgemuth-egység. Bakteriologiai vizsgálattal a tartalom csíramentesnek bizonyult.*) *(Jeney* prof.)

3. 17 éves gazdasági cseléd, néhány óra előtt tehén taposta meg, majd magával hurcolta. Azonnal klinikára szállították. Kiterjedt felületes hámhorzsolások és a VII. borda eltolódásnélküli törése a bal elülső hónaljvonalban. Enyhe önkéntes és nyomási hasi fájdalmat találtunk. 14 nap múlva gyógyultan távozott. 3 hét múlva újból jelentkezett járóbetegrendelésünkön. Távozása óta hasában növekvő, fájdalmas daganatot észlel, vagy láza van. A gyomorgödörben és a bal bordaiv alatt hullámzó, fájdalmas, férfitenyérnyi előbomborodás tapintható. Röntgenvizsgálat: a gyomor balra és lefelé eltolódott, a daganatnak megfelelően a gyomor alaki elváltozása is látható. Sérülés okozta hasnyálmirigytömlő kórisménket a műtét igazolta. A gyomor mögött és felett csecsemőfej nagyságú, vékony, szakadékonyfalú tömlő. Helyzete megfelel a cseplesztömlőnek. A tömlőből 600 ccm zavaros, vörhenyes savó ürül, melyben gummicsövet vezetünk. A beteg műtét után gyógyultan, sipoly nélkül távozik, azóta sincs panasza. A tömlőtartalomban diastase 64-szeres higításig emészt, trypsinemésztés nincs.

Két áltömlőben kétségtelen volt a gyulladásos eredet.

54 éves nőbeteg 2 éve epekőpanaszai és 5 hónapja gyomorfájdalmai vannak gyakori hányással. Vizeletében aceton és nagymennyiségű diastase, a vércukor sok, a terhelés elhúzódó görbét mutat. Gyomorsavhiány, fehérvérsejtszám növekedett (10.200) A hasban daganat nem tapintható, a röntgenvizsgálat eltérését nem mutat. *Műtét:* A kisökölnyi tömlő a hasnyálmirigytestben helyezkedett el és véres, törmelékes tartalma kétségtelenné tette, hogy a tömlőképződés hasnyálmirigyelhaláshoz csatlakozott, ami minden bizonnyal az epekőbetegség szövődményeként jelentkezett. A beteg súlyos állapota az egyidejű epehólyageltávolítást nem engedte meg. A tömlőt kivarrtuk, sima kórlefolyás után sipolya rövid idő alatt zárult. Egy év után epekőgörcsei miatt újból jelentkezik. Ekkor a hasnyálmirigyműködés elégtelensége volt észlelhető. Epehólyagját aetheraltatásban eltávolítjuk, következő napon azonban szívgyengeség tünetei között meghal. A boncolás a halál okát az igen nagyfokú szivizomelfajulással magyarázza.

A másik áltömlőt 39 éves nőbetegen észleltük, aki 6 hónapja tartó gyoomrfájdalmakról és hányásról panaszkodik. A röntgenvizsgálat a lehágó vastagbél, a léphajlat összenyomását és eltolódását állapítja meg. A hasnyálmirigyműködés itt is hiányos. *Műtét:* a tömlő a hasnyálmirigy farki részében van, tartalma véres, törmelékes, tehát itt is hasnyálmirigyelhalás következtében fejlődött az áltömlő Klinikai vizsgálatok — az elhúzódó vércukorgörbén kívül — csak a gyomor és patkóbél hurutját állapították meg, s a műtétkor sem találtunk az epeutakon kóros elváltozást. A tömlő kivarrása zavartalan gyógyulásra vezetett. 10 évvel a műtét után enyhe, étrenddel befolyásolható, cukorbaját nem tekintve, panaszmentes.

Egy beteget a környéki gyulladás okozta gyomorkimenetelzáródás következtében, egyet pedig a tömlőműtét teljes gyógyulása után végzett epehólyageltávolítás után veszítettünk el.

A valódi tömlő és az erőműví eredetű áltömlő a hasnyálmirigy működésében zavart nem okozott, a gyulladásos eredetű áltömlőkben azonban már a műtét előtt is működéshiányt tapasztaltunk. Ez a műtét után javult ugyan, de életbenmaradt betegükön évek múltán cukorbajhoz vezetett. Észleléseink megegyeznek *Bernhardt* megfigyeléseivel, ki az erőműví eerdetű áltömlőkben sokkal ritkábban talált működésfogyatkozást, mint a gyulladásos eredetűekben, aminek, valamint a cukorbaj későbbi kifejlődésének okául a gyulladásnak az egész hasnyálmirigyre kiterjedő, annak sajátos szövetére kifejtett ártalmas hatását kell tekintenünk.

A valódi tömlők hámbélése üregük besarjadását megakadályozza, ezért kiírtásuk ajánlatos. Az áltömlők kiírtását nem tartjuk szükségesnek. — A *Kretschner* ajánlotta nyombélen keresztüli szájadék elkészítését arra alkalmas esetekben megfelelő eljárásnak tartjuk, mint azt egy esetünk igazolja. A *Gussenbauer* által ajánlott kivarrással — marsupialisatio — teljesen kielégítő eredményeket értünk el. Az alapbaj, melyekhez a hasnyálmirigy betegségei csatlakoznak az esetleges kiújulás elkerülése végett, megfelelően kezelendő. Hasnyálmirigykímélő étrendre, esetleg röntgenbesugárzásra a sipolyok elég gyorsan záródnak. Nem került sor klinikánkon a sipoly bélbeültetésére, mint azt egyes szerzők ajánlják. Megfelelő védőkenőcsök, fürdők, állandó szívás a bőrgyulladást megelőzi, vagy gyógyulásukat sietteti. A késői utókezelésben nagyjelentőségű a gyakori és hosszú időn át folytatott ellenőrzés, hogy az esetleg csak évek múltán jelentkező cukorbajt idejében felismerhessük.

*) Ezt az esetet a Budapesti Orvosi Ujság 1936. évi 37—38. számában *Jósa László dr.* részletesen ismertette.

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika II. belosztályának közleménye. (Főorvos: Engel Károly egyet. rk. tanár.)

A bal nervus recurrens bénulása stenosis ostii venosi sinistri kapcsán.

Irta: *Simonovits István dr.*

1939. április 21-én felvettük az osztályra K. G. 20 éves férfibeteget. Gyermekkori megbetegedései scarlatina, morbilli, diphtheria és pertussis. 1930-ban állapították meg, hogy szívbajos. Betegsége panaszokat 1937. tavaszáig nem okozott: mint tanonc és kifutó el tudta látni munkáját. 1937-ben megcsuszott, elesett. Utána bal karja és bal lába nehezebben mozgott s muló beszédzavara is volt. Eszméletét nem vesztette el, bénult tagjeiban fájdalmat nem érzett. Orvosa ezen panaszait embolia cerebrire vezette vissza. Egy hónap alatt állapotában lényeges javulás állott be, utána újra dolgozni kezdett. Kórházi felvétele előtt 2 héttel megfázott, köhögött, hőmérséklete 37.8° C-ig emelkedett. Mindössze 1 napig volt lázas, de tovább is köhögött. Felvétele előtt pár nappal mozgás közben nehéz lett a légzése, estére bokái megdagadtak, étvágytalanság, evés után epigastrialis feszülés mutatkozott. *Felvételi status:* közepesen fejlett, sovány férfibeteg. Bőre erősen pigmentált. Nyirokcsomók nem tapinthatók. Ajkak szederjesek, mellkas lapos, keskeny. Az egész szívtájék kb. két tenyérnyi területen előboltosul. Az egész tájék és az epigastrium felett pulsatio látható. A csúcslökés helye a V-ik bordaközben, a mellső hónaljvonalban látható. A csúcslökés emelő. A szív felső határa a III. borda felső széle, jobbra egy harántujjal haladja meg a sternum jobb szélét. A csúcslökés helyének megfelelően hangos praesystolés zörej, dobbanó systolés hang hallható. A pulmonalis II-ik hangja ékelt, a bal interscapularis térben kopogtatási hang rövidült. A mellkasi szerveken egyéb rendellenesség nem észlelhető. A radialis pulsus alig tapintható, filformis, teljesen arhythmiás. Pulsus-szám percenként 150, mig a szív felett 170 systole számolható. A máj alsó széle 3 harántujjnyivalhaladja meg a jobb bordaivet. Lép nem tapintható. Pupillák kerekek, egyenlőek, fényre, alkalmazkodásra jól reagálnak. Agyidegek részéről elváltozás nem észlelhető. In- és bőrreflexek kiválthatók. Kóros reflex nem váltható ki. *EKG lelet:* pitvari remegés, időnként lebegés. Dextrogramm. Myokardialis laesio. Ventricularis extrasystolia. *Mellkasátvilágítás és felvétel.* Tüdőmezők diffuse fátyolozottak, légszegények. Mindkét rekesz kupoláján a pericardium tapadása helyén szögletes megtöretés. A jobb interlobalis résekben noteszceruzánál vékonyabb pleuramegvastagodás. Cor: alakja jellegzetesen bicuspidalis, configuratioju, minden irányban nagyobb, de legkifejezettebben a *bal pitvar, amely nemcsak balfelé s hátrafelé nagyobbodott meg hatalmasan, hanem a hátsó mediastinumban átterjedni látszik még a gerinctől jobbra is úgy, hogy a középárnyéknak jobb alsó ivét kettéosztja. Az aorta nem tágult. Kontrasztital nyeletésekor látható, hogy a bal pitvar megnagyobbodása hátul magasra terjed fel, amenyiben az oesophagus már a bifurcatio trachae szintjében kezd hátrafelé deviálni. (Holits R. dr.) Vizeletében* semmi kóros. *Wassermann reactio:* negativ. *Köpetben* Koch és rugalmas rost negativ. *Vérkép* normalis. Osztályunkon fektetés és diaeta mellett első napon 2x0.20 gr-os, második naptól 1x0.20 gr-os digitalist kapott kup alakjában. Kórházi tartozkodásának 3. napján pulsusa lassubb rhytmusuvá (130) teltebbé vált, pulsusdeficitje eltünt. De betegünk beszéde rekedtté, suttogóvá vált. — *A gégevizsgálat: (Germán Tibor dr.)* a bal n. reccurenset teljes bénult állapotban, kadaver állásban találja. S bár a szívműködés s a beteg állapota napok alatt rohamosan javult (hetedik nap pulsus-szám 80.) recurrens bénulása azóta is állandóan megmaradt.

Minthogy esetünkben sem aortaaneurysma, substernalis struma, neoplasma, tuberculosis, sem toxikus hatások, mint diphteria, diabetes, alkohol, nikotin, ólom, nem volt kimutatható, *recurrens hüdését billentyühibája folytán keletkezett szív, illetve pitvartágulására kellett visszavezetnünk.*

Rekedtség, sten. ost. ven. sin. kapcsán ritka. *F. J. Collet* 400 perifériás eredetű recurrens bénulás közül négyet vezetett vissza sten. ost. ven. sin. -re, 46-t aorta aneurysmára. A többinek struma, daganat s egyéb oka volt. *Reiche* 300 sten. ost. ven. sin. között két esetben észlelte.

Az irodalomban eddig nem egészen 80 eset ismeretes, amikor sten. ost. ven. sin. kapcsán észleltek recurrens bénulást. A leközölt esetekből 51 nem volt boncolva. Csak 8 boncolt esetben okozta a tágult bal pitvar *közvetlen nyomása* a bénulást, míg a többi boncolt esetben a kitágult pitvar, fülecs, arteria pulmonalis *közvetett nyomása* a ductus botalli rendellenes lefutása, volt a recurrens hüdés oka. Néhány boncolt esetben pedig peribronchialis, peritrachealis nyirokcsomok, tovaterjedő szívburokgyulladás, régi mellhártyagyulladás, nem pedig a bal vénás szájadék szükülete okozta a nervus recurrens hüdését.

Magyar szerzők közül *Freystadtl Béla* és *Stranz Gyula* közölt 25 év előtt egy esetet, ahol a boncolási lelet szerint a nagymértékben tágult bal pitvar nyomta az aortához a nervus recurrenst.

Freystadtl főorvos úr szives volt erre a kérdésre vonatkozó kiterjedt tapasztalatait velem *szóbelileg* közölni. Ő még 2 olyan szívbeteget látott, akinél klinikailag a bal recurrens bénulás oka sten. ost. ven. sin. volt. Mindkét esetben a rekedtség hivta fel a figyelmet. Az egyik betegnél, aki csak rövid ideig volt rekedt, a szív állapotának javulásával a rekedtség is elmult. A rekedtség alkalmával mozdulatlanságban lévő bal hangszalag mozgása eleinte kisebb, később teljes mértékben visszatért.

Szívbetegek hangszalag bénulásaira rendszerint a rekedtség hivja fel a figyelmet. De már a rekedtség bekövetkezése előtt is fennállhat gégetükrileg biztosan felismerhető organikus recurrens bénulás. Ugyanis a recurrens bénulás első stadiumában, amely a hangszalag távolító, abducaló mazgásának korlátozottságában mutatkozik, ugyszintén a recurrens bénulás 2-ik szakaszában, amidőn a hangszalag mozdulatlanul áll, median állásban rekedtség nem mutatkozik. Rekedtség csak a recurrens bénulás 3-ik szakaszában következik be, amidőn nemcsak a légző, respiratoricus izom (m. posticus), hanem a phonatiós izmok bénulása is bekövetkezik. *Freystadtl* ennek alapján feltételezte, hogy olyan szívbetegeknek is lehet recurrens bénulása, akik nem rekedtek. Ezért 200 olyan szívbeteget, — nagyobbrészt insuff. bicuspidalis, kisebbrészt sten. ost. ven. sin. — vizsgált meg systematikusan, akik nem voltak rekedtek. Ezek között azonban egyetlen recurrens bénulást sem talált (szóbeli közlés).

Esetünket ritkasága miatt tartottam közlésre érdemesnek. A magyar irodalomban *Freystadtl* és *Stranz* esetén kivül más hasonló közlést nem találtam.

Radiumokozta mérgezés és D-vitamin.

Irta: *Rosenthal Jenő dr.*

Balázs Gyulának az O. H. 38. számában megjelent és a radioactiv anyagok okozta mérgezésekről irt közléséhez a következőket szeretném hozzáfűzni:

Az α-sugárzás okozta —, főleg óralap-festőkön előforduló — chronikus mérgezés jellemző tünetei közé tartozik a rendellenes mészanyagcsere, mely a következőkben nyilvánul meg:

1. a csontok csökkent mésztartalma;

2. a csontok gyakori spontan törése és végül:

3. hogy e spontan törések gyógyulásra hajlamosságot alig mutatnak.

Ez okok miatt kisérelték meg D-vitamin alkalmazását, ami után a csontállomány mésztartalmának növekedése, a spontan törések rendes gyógyulása, a vérkép javulása s a radioactiv anyagok gyorsabb kiürítése volt megfigyelhető. Hangsúlyozni kell, hogy e jó eredmény csak akkor állott elő, midőn D-vitaminnak aránylag nagy adagjait hónapokon át szedték a betegek.

Ha magyarázatot keresünk e gyakorlati szempontból fontos megfigyelésre, úgy a következő elgondolás kínálkozik. A D-vitamin tudvalévőleg úgy állítható elő, hogy ergosterint megfelelő hullámhosszúságú — ibolyántúli — fénnyel világítjuk meg. Ha ez túl hosszú időn át, vagy más hullámhosszú sugárzással történik, úgy a mészanyagcsere szempontjából hatástalan sterinek keletkeznek. Ha feltételezzük, hogy e nemkívánatos értelemben érvényesülő túlsugárzás a szervezetbe jutott radioactiv anyagok hatásához fűződik, úgy ilykép megmagyarázható a csontállomány mésztartalmának osteoporosisra emlékeztető csökkenése, a gyakori spontan törés s rossz gyógyulási hajlam. Ha azonban D-vitaminnak oly többletét juttatjuk a szervezetbe, melyet a bennelévő radioactiv anyagok túlsugározni nem tudnak, a vázolt értelemben gyógyító hatása következik be. Fontosnak tartom, hogy ezt a netán előforduló esetek gyógyítását illetőleg tudjuk és szemelőtt tartsuk.

E kérdés egyébként kisérletileg is megközelíthető, ha megvizsgáljuk, hogy α-sugárzással sikerül-e D-vitamint hatástalan készítménnyé alakítani. Néhány év előtt ily tájékoztató kisérleteket kezdeményeztem —, melyeknek kivitelét *Gróh Gyula* prof. szíves készsége tette lehetővé — azoknak eredménye azonban nem volt egyöntetű. Ez okból a kisérletek szélesebb alapokon leendő folytatása volna kívánatos.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

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

Epekő ileus műtét előtti kórismézése. *Lowman* és *Wissing.* (Amer. Journ. Med. Assoc. 1939. 22.) Az angol statistika szerint 0.9%-ban okozott az epekő ileust, ellentétben a német statistikában szereplő 2.1%-kal. A halálozás mindig igen magas volt 40—50%. Az irodalomban csak 7 eset ismeretes, ahol műtét előtt meg tudták állapítani, hogy epekő okozza az ileust.

A röntgenvizsgálat ileus alkalmával veszélyeket rejthet magában, de rendszerint, ha diffus peritonitis nincs még, megkisérelhető az álló helyzetben végzett átvilágítás, amikor is a belekben levegőfelhalmozódást, folyadékfelszineket, stb. láthatunk. Ritkán az átvilágításkor, de főleg a felvételen kőárnyékot is találunk. A sugárfogó anyaggal végzett vizsgálat esetenként az epehólyag és a bél között összeköttetést is mutathat, de ez a vizsgálat felettébb veszélyes, mert a fennálló tüneteket súlyosbíthatja.

Szerző ismertet egy esetet, ahol évekre visszamenő epeköves panaszok után, hirtelen ileusra utaló tünetek jelentkeztek. Az átvilágítás a tág gyomor és a felső duodenumrész feltünő levegőteltségét, a felvétel a feltételezett elzáródási helynek megfelelően kőárnyékot mutatott. A műtét igazolta a feltevést és a beteg meggyógyult.

Tekintve, hogy a nagy epekövek, amelyek esetleg bélelzáródáshoz vezethetnek, rendszerint mésztartalmúak, megtalálásuk röntgenvizsgálat segítségével, —, ha gondolunk rá —, nem fog nehézséget okozni. (B. 42.)

vitéz Kolta Ervin dr.

Az ultraibolya sugarak előidézte bőrpir és az ellenük védekezés. *Krimmig* és *Düker.* (Strahlentherpie. 65. 2.) Embereken végzett kisérleteik alapján megállapítják, hogy az eddig ismerteken kívül isosaphrol, stilben, benzalacetophenon, dibenzalaceton, benzalazin, cumarin alkalmasak fényvédelem céljaira. Fenti anyagokat 10% törménységben 96%-os alkoholban oldották, vagy ugyanilyen mennyiségben vaselinbe keverték.

Dziobek László dr.

A férfi-climax. *A. Werner.* (Journ. Amer. Med. Assoc. 1939. 112. 15.) Ma már általánosan elfogadható az a vélemény, mely szerint a férfiak egyrésze is az emelkedő korral átmegy olyan hormonalis változásokon, melyek nőkön a közismert climaxos tünetcsoportot idézik elő. Férfiakon ez időszak kezdete a 48—52. év között jelentkezik. A tünetek éppen úgy, mint nők esetében lehetnek ideges, vérkeringési és főleg a szellemi térre vonatkozó általános tünetek. valamint természetesen a potentia és libido csökkenése. Utóbbi nem szükségképpen jár együtt a potentia csökkenésével. Szerző az idézett irodalom négy és a saját két testosteron propionattal sikeresen kezelt esetét ismerteti. Hetenként háromszor adott 10 mg. testosteron propionatot i. m. Három hónapnál hosszabb kezelés-mentes időszak után visszaesés következik be. (B. 44.)

Binder László dr.

Időlegesen positiv Kahn- és Wassermann-reactiók fertőzéses mononucleosisban. *J. F. Sadush.* (Journ. Amer. Med. Assoc. 1939. 112. 15.) Részben a nagyszámú irodalmi adat, részben saját adatai alapján felhívja a figyelmet arra, hogy a Kahn- és Wassermann-reactiók infectiós monocytosisban időlegesen positiv eredményt adhatnak. E jelenség magyarázatát nem tudjuk. Positiv reactio már az első héten előfordulhat és rendesen a harmadik hét után megszűnik, de ritkán még a tizedik héten is positiv lehet. Különböző szerzők 8—60%-ban találtak ilyen positiv reactiót. (B. 45.)

Binder László dr.

A sulfanilamid értéke a subacut bakterialis endokarditis therapiájában. *Spink* és *Crago.* (Arch. of Int. Med. 1939. 64. 228.) 12 betegen endokarditist kórismeztek *a)* a kórelőzmény; *b)* változó erősségű szívzörejek; *c)* emboliás jelenségek; *d)* bakteriaemia alapján 11 esetben streptococcus viridans, egy esetben staphilococcus tenyészett ki. Sulfanilamidból huzamosan, naponta 3—6 g-ot adtak, egy esetben 53 nap alatt 191 g-ot. A szer alkalmazására a 12 eset közül 6-ban megszünt a bakteriaemia, a vvs-szám emelkedett, a fvs-számban nem volt csökkenés. A subacut bakterialis endokarditis kimenetelét azonban nem sikerült megakadályozni. A 12 eset közül csak 2-ben észleltek javulást, ezek közül is 1 meghalt, a második eset tünetmentessége 9 hónapja tart. A hatástalanság okát abban vélik, hogy a szívbelhártyán burjánzó sarjszövetben a bakteriumok védve vannak a keringő vérben lévő sulfanilamid ellen. Elképzelhető azonban, hogy más okból keletkező bakteriaemia ellen (tonsillektomia, foghúzás) a sulfanilamid jobban használható. (B. 43.)

Kuchárik József dr.

SEBÉSZET

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

Az arteriographia mai állása. *Mackh.* (Ztschr. f. Chir. 252. 3.) Éveken át végzett nagyszámú arteriographia alapján tapasztalatai a következők. Mindig thorotrasttal végzi, mely teljesen veszélytelennek bizonyult; a műtétutáni vérzések elkerülésére 24—48 órára tampont helyez be. Kétoldali arteriographia végzésére ritkán van szükség, ugyanazon oldali megismétlése minden nehézség nélkül elvégezhető. Az arteriographiát lehetőleg az végezze, aki később

a műtétet is csinálja. Alkalmazási területe leginkább a központi idegrendszer sebészete és csak kisebb számban végzik koponyasérülteken. Leginkább a nagyféltekék daganatai azok, ahol alkalmazásuk döntő eredményt ad; a hátsó koponyagödör, valamint a koponyaalap daganatai esetében kevés eredménnyel kecsegtet. A ventriculographiával egyidőben sohasem végzendő és mert az arteriographia alig árt a betegnek sokan ma már inkább ez utóbbit végzik. Segítségével helyi és faji kórisme érhető el. Helyileg főleg a halánték, a parietalis, az occipitalis és a homloklebeny daganatai kórismézhetők nagy pontossággal. A faji diagnosis szempontjából a tágabb, szokatlan helyű és lefutású erek azok, amelyek döntőek. Ilyenek főleg a rosszindulatú gliomák és meningeomákban találhatók. Minden esetben kétirányú felvétel szükséges. (F. 42.)

Fedeles-Findeisen László dr.

A gyermekkori lágyéksérvek műtéti kezeléséről. *Reinhard.* (Arch. f. Klin. Chir. 159. 4.) Legcélszerűbb a gyermekkori lágyéksérvek műtéti gyógyítása és erre a 2. életév a legalkalmasabb. Mindig a Bassini-féle műtét végzendő, mert a beavatkozás csekélynek mondható és a kiujulás lehetősége e műtéttel a legcsekélyebb. Az első életfélévben végzett műtét recidivaveszélye valamivel nagyobb. Technikailag helyesen végzett Bassini-műtét után atrophiát alig észleltek. (F. 44.)

Fedeles-Findeisen László dr.

Gyomorfekélyátfúródás műtéti eredményeinek javulása. *Junghans.* (Zbl. f. Chir. 1939. 17.) Az utóbbi évtizedek statistikái gyomor- és duodenumfekély átfúródás eseteiben lényeges javulást mutatnak. Míg a század elején 60—70%, addig most már csak 20% a halálozás. A javulás oka kettős. 1. A betegek hamarább kerülnek sebészhez —; mig régen az első 24 órában csak 36% jött, ma 95% jelentkezik az első 12 órában. — 2. A gyökeres műtéti eljárások alkalmazásával a műtét utáni szövődmények biztosan elkerülhetők. Megfelelő keringési viszonyok esetén a betegek 70%-án elvégezhető a resectio, ami egyáltalában nem mutat nagyobb halálozást az egyszerű fekélyelvarrásnál. (V. 48.)

Galambos József dr

Az operálhatóság megítélése. *Singer.* (W. Med. Wschr. 1939. 27.) Idős egyének műtéti teherbíróképességének megítélése nagyon nehéz, mert fekvőbetegen súlyos elváltozások mellett is normalis értékeket kaphatunk. Éppen ezért minden idős betegen megterhelési próbát kell végezni. Tapasztalat szerint a legalkalmasabb erre a célra a következő: 1. a vitalcapacitást meg kell állapítani és összehasonlítani azzal a számadattal, amit a testmagasságnak nők esetében 20-al, férfiak esetében 25-el megszorzása révén kapunk, (alapérték); 2. a beteget tízszer egymásután fellépetjük egy 50 cm magas dobogóra, minekutána vérnyomását, érverését és légzésszámát megállapítottuk és felvettük az EKG-t. A kisérlet után ugyanezen értékeket újból megállapítjuk. Normalis teherbíróképesség mellett a vitalcapacitás egyenlő az alapértékkel, a vérnyomás, pulsusszám és légzés 3 perc múlva a nyugalmi értéket veszi fel, a pulsusszám 120 fölé nem emelkedik, a vérnyomás 20%-os emelkedést mutat. Kóros esetekben a vitalcapacitás és alapérték között 700—1000 a különbség, a légzés, pulsusszám és vérnyomás 3 perc után is magasabb értéket mutat, a pulsusszám 120 fölé is emelkedhet, a vérnyomás értéke 10%-on belül marad. Ilymódon műtétre alkalmas, kevésbbé alkalmas és nem alkalmas esetek különithetők el. A keringés részéről szövődmények kivétel nélkül az utolsó két csoportban fordulnak elő. A boncolás a terhelési próba adatait minden esetben alátámasztja. (V. 49.)

Galambos József dr.

A sebészi kézfertőtlenítés vizsgálatai. *Neufeld, Schicmann* és *Kuhn.* (Klin. Wschr. 1939. 20.) A rendes napi használatban lévő kézen végzett bakteriologiai vizsgálatok kimutatták, hogy sem az alkohol, sem az újabban használt kézfertőtlenítők a kéz csírátlanítását tökéletesen keresztülvinni nem tudják. Az alkohol jó hatása csak úgy érhető el, ha 96%-os töménységben használjuk, mert az egyébként nedves kézen az alkohol annyira felhigul, hogy ilyen higitásban már egyáltalán nem csíraölő. A zephyrol, amely in vitro kitünő bakteriumölőképességet mutat, a kezet csírátlanítani nem tudja, mert a bőr redői közé behatolni nem képes. Míg az in vitro kisérletek alkalmával a zephyrolban végzett mosakodás után a kézről a táptalajra kerülő kis mennyiségű zephyrol gátló hatása folytán csak kevés csíra nő ki, ugyanezt a nedvet állatba ojtva, súlyos fertőzést idézhetünk elő. Éppen ezért a legajánlatosabb még ma is — a teljes sterilitás megőrzése végett — gummikesztyűben operálni. (V. 51.)

ifj. Verebélyi Tibor dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

Kénhydrogen okozta szarubántalom. *Sjögren.* (Acta Ophtalm. 1939. 2.) A bántalom tulajdonképen keratitis superficialis punctata-nak felel meg. Tünetei: fénykerülés, izgatott kötőhártya, szivárványlátás; a szarú hámja rose bengale-lal megfesthető a szemrés területében. Az érzékenység csökkent. A szaruelváltozás kifejezettebbé válik, ha a szemrést rövid ideig feltárva tartjuk, vagy a szarura ráfújunk. (Pillat-féle praexerosis tünettel azonos.) Főként cukor-, műselyem gyárakban, szénbányákban és mexikói petróleumkutak környékén észlelték; továbbá kénes fürdők személyzetén (Mazesta-fürdő a Fekete-tenger mellett). Keratitisre főleg régi skrofulotikus betegek hajlamosak. A kénhydrogen bénítja a sejtlégzést. A legalacsonyabb töménység, mely szemtüneteket okoz *Hortsch* szerint 0.04—0.05% (G. 80).

Grósz István dr.

Trachoma kezelése sulfamiddal. *Jassero* és *Morard.* (Press. Med. 1939. 66.) Szerzők a p. aminophenylsulfamid (1162 F.) peroralis bevitelével az izgalmi tünetek megszünését észlelték két napon belül. Az esetek 80%-ában a pannus egy hét alatt visszafejlődik. Szaruerosio 36 óra alatt hámosodik. Jelentéktelen melléktünetek: főfájás, csalánkiütés, stb. [100 eset. (L.: O. H. 1939 27.)] (G. 77.)

Grósz István dr.

Látóidegsorvadás és kezelése. *Kyrieleis.* (Berlini Továbbképző Tanf. 1938.) A *tabes dorsalis* okozta sorvadás lényege *Behr* szerint a gliás határhártya és rostszerkezet tönkremenetele toxinhatás révén; így az idegrostokhoz nem kerül tápanyag az erekből. A varsói klinika pathogenetikai magyarázatát (alacsony vérnyomás, magas szemtensio), nem fogadja el. A tabesesek vérnyomásértékei egyformák, akár van látóidegsorvadásuk, akár nincs; kétségtelenül több az alacsony vérnyomás, melyet a malaria kúra még sülyleszt. — Újabban a nem fajlagos áthangolást kíméletesebb eljárással igyekeznek elérni: naponta felváltva 1—1 ccm peptont és alttuberkulint (1 : 100.000) fecskendeznek be intracutan több részletben. Ha javulást nem is láttak, de a lefolyás feltétlenül lassubbodott. A szemnyomás leszállítása (cyklodialisis, pilocarpin) eredménytelen. A fajlagos therapia veszélyei ismertek.

A *sklerosis multiplex* okozta látóidegbántalom kezelése: fekvőkúra és lyukpápaszem a nyugalom biztosítására, kokain-adrenalin tampon a középső orrjáratba, fejfényfürdő. Elkülönítő kórisme szempontjából szóba jön a nyomási sorvadás: hypophysis táji daganat, az ékcsont szárnyának, valamint a szaglóárok meningiómája (*Foster Kennedy* syndroma szaglászavarral), az arachnoiditis opticochiasmatica, továbbá a carotis és Willis-érkoszorú sklerosisa vagy aneurysmája. A multiplex korai kórjelzésében értékes az Uhthoff-féle jel: megerőltetés, pl. térdhajlítások után múló látásromlás. (G. 69.)

Grósz István dr.

Kuszófekély sulfamid-kezelése. *Rosengren.* (Acta Ophtalm. 1939. 2.) Szerző az angol M & B 693 jelzésű sulphanilkészítményt használta 6 esetben. A tablettákat 4 óránként adta; az 1. és 2. adag 4 tabl., a többi 2. tabl.; 4 nap múlva féldosis. Mivel a szer valamennyi pneumococcus törzs ellen bevált, typus megállapítás nem fontos. A szer kétségtelenül gyorsította a lefolyást s ezért lényeges lépésnek tartja az ulcus serpens therapiájában. [L.: O. H. 1939. 35. sz. (G. 74.)]

Grósz István dr.

A chiasma gliomája. *David,* stb. (Arch. d'Ophtalm. 1939. 5.) E daganatféleség ritka: az agydaganatok 0.8%-a, a gliomák 2%-a, a hypophysistáji daganatok 5%-a. Főleg gyermekeken fordul elő. Tünetei: lassú látásromlás, bitemporalis, vagy homonym hemianopsia (gyakran bizarr határokkal), kétoldali simplex-typusú látóidegsorvadás, néha a szemmozgás zavaraival. — E korai szemtünetekhez hypothalamus (elhízás, aluszékonyság, polyuria) és agynyomásos tünetek járulnak. Röntgenképen: tágult foramen opticum (néha háromszögalakban), omega-alakú töröknyereg, emellett általános agynyomásra utaló jelek. A daganat lassan fejlődik; szövettanilag jóindulatú. Jelentőségét a III.

agykamra és a látópályák közelsége adja meg. Recklinghausen-féle neurofibromatosis kiséretében jelentkezhet. A számos atypia miatt ventrikulographia is szükségessé válhat. Gyermekekben elkülönítendő a kraniopharyngniomától (sella feletti elmeszesedések!), valamint a suprasellaris cholesteatomától. Felnőttben a tuberculum sellae meningeomája és az arachnoiditis jön szóba. Kezelés: homloki nyomáscsökkentő lékelés, mely veszélytelenné teszi a röntgenbesugárzást. Ez koraibb szakban látásjavulást eredményezhet. (G. 75.)

Grósz István dr.

ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

A ventrikulographia értéke fül- és orreredetű agytályog esetében. *Meurman.* (Acta Otolaryng. XXVII. 5.) Szerző véleménye szerint sok esetben, amikor gyanú van fül-, vagy orreredetű tályogra, a ventrikulographia igen jó segédeszköz a diagnosis és a tályog helyének eldöntésében. Főleg olyankor van segítségünkre, amikor a dura nem mutatja a fertőzés behatolásának helyét. Tályog esetében a ventrikulogramm megváltozik, deformítást szenved, vagy légtartalma csökken, esetleg megszűnik. A temporalis és occipitalis lebenyben helyetfoglaló tályog nem ritkán idézik elő a mellső szarvak dislocatióját. Szerző melegen ajánlja a ventrikulographia megfelelő alkalmazását. (A. 62.)

Ajkay Zoltán dr.

Petrositis és Horner-tünet. *Gerlings.* (Acta Otolaryng. XXVII. 5.) Szerző esetei alapján hangsúlyozza, hogy ha acut otitis media mellett Horner-féle tünetcomplexum jelentkezik, petrositisre és a carotiscsatornában lefolyó szövődményre kell gondolni. (A. 63.)

Ajkay Zoltán dr.

Hypothyreoidismus veszélye nyelvgyöki struma-műtét következtében. *Frenckner.* (Acta Otolaryng. XXVII. 5.) Szerző esetében a többizben visszatérő fájdalmas nyelvgyöki strumitisben szenvedő betegen műtétet hajtottak végre. Annak ellenére, hogy a nyakon is tapintottak pajzsmirigyet, myxoedema fejlődött ki, melyet azután pajzsmirigykivonatokkal jól tudtak befolyásolni. Ez intő példa, hogy a nyelvgyöki strumakiirtás után jelentkező gyakori hypothyreoidismust nem szabad lebecsülni, hanem a struma radicalis kiirtását mindig meg kell fontolni. A. 64.)

Ajkay Zoltán dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

A vérserum vastartalmának változásai myeloblastleukaemiában. *P. Büchmann.* (Klin. Wschr. 1939. 8.) Két halálos kimenetelű és egy gyógyult myeloblastleukaemiás betegéről számol be. Betegein *Heilmeyer* és *Plötner* szerint sorozatosan meghatározta a serum vastartalmát s azt tapasztalta, hogy az a hőmérsékletemelkedéssel fordított arányban csökken. Oki összefüggést vél a serum vastartalma és a betegség prognosisa között. Két halállal végződött esetében a serum vastartalma magas láz kiséretében fokozatosan 0-ig csökkent, míg gyógyult esetében alacsonyabb lázmenet mellett magas szinten maradt. *Heilmeyer* és *Plötner* után szerző is úgy gondolja, hogy a lázas betegségek, latens fertőzések következtében előállott nagyfokú vastükör csökkenés oka az, hogy a reticuloendothel védekező munkájában fokozottabban használ fel vasat. (K. 78.)

Zimányi István dr.

Postinfectiósus és postvaccinatiós enkephalitisek késői elváltozásairól. *Brodtmann.* (Mschr. f. Khk. 78. 3—4.) 31 gyermeken, kik morbilli, varicella, parotitis és vaccinatio kapcsán jelentkező enkephalitisen estek át, egy év után controllvizsgálatokat végzett. A varicellás és parotitises enkephalitisek eseteiben késői elváltozásokat nem észlelt, ellenben a morbillis enkephalitiseken 9 eset közül 2-n, a vaccinatiós enkephalitiseken pedig 11 közül 4-en hónapok után jelentkeztek részben paresises, részben epileptiform, részben torsiós syndromák, Ennek magyarázata még nem tisztázott. Felvehető, hogy az agyban a virusok hosszabb időn keresztül virulensek maradnak és később újabb gyulladásos gócokat okoznak. Egy másik lehetőség pedig az volna, hogy az enkephalitis lezajlása után visszamaradt hegszövet körül érspasmusok jelentkeznek, melyek újabb degeneratiókat, majd hegesedést okoznak. (K. 102.)

ifj. Szlávik Ferenc dr.

Adatok a gyermekkori szív activ heterotrop ingerképzés zavaraihoz. (Paroxysmalis tachikardia.) *Laurentius.* (Mschr. f. Khk. 1938. 77.) 3 eset kapcsán tárgyalja a paroxysmalis tachykardia különböző formáit. A paroxysmalis tachykardia oka rendszerint a szív, illetve szívizom betegségében keresendő (diphtheria, cong. vitium, stb. után). Irodalmi adatok alapján kimutatja, hogy egyes esetekben enkephalitis progressiv izomatrophia kapcsán is keletkezhet paroxysmalis tachykardia. Rámutat az elektrokardiographyás vizsgálat fontosságára, mert általa elkerülhető a rohamokban jelentkező pitvarlebegés. Megállapítja, hogy a paroxysmalis tachykardiának biztos gyógyszere nincs. (K. 77.)

Wollek Béla dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő.*

Gáz-gangraena a polgári életben. [Szerkesztői levél. (Journ. of the Amer. Med Assoc. 113. 234.)] *Millar* 607 nem háborús gáz-gangraena esetében 49.7% halálozást észlelt. Békeidőben diabetesesek, arteriosklerotikusok gangraenái, vagy zúzott sérülések kapcsán jelenkezik. Kórokozója 80—100%-ban a Clostridium welchii (bac. aerogenes capsulatus), mely ubiquiter parasita, de rendesen nem pathogen, hanem aerob streptococcusokkal, staphylococcusokkal synbiosisban válik azzá. A fertőzés tünetei: láz, elesettség, néha delirium kiséretében a beteg bőrterület gyorsan növő duzzanata, foltos elszineződése, crepitatiójával és jellemző szaggal. *Eliason* statistikája szerint a serummal kezeltek halálozása 25, a nem kezelteké 49%. *Bates* szerint a serummal kezelteké 18, a serummal nem kezelteké 50%. *Kelly* és munkatársai a röntgenbesugárzástól észleltek rendkívüli eredményeket. Szerintük az első 24 órában alkalmazott besugárzás minden eddigi eljárást felülmúló eredményeket ad, összes így kezelt betegeik meggyógyultak. (Sz. 95.)

Szodoray Lajos dr.

A bőr leishmaniosis nem jellegzetes alakjai. *A. Marchionini.* (Derm. Wschr. 1939. 1005.) A középtörökországban előforduló szokatlanabb alakokat ismerteti. A bőr-leishmaniosis utánozhatja az erythematodest, elsősorban az arcon, a jelenségek pillangó alakú elhelyezkedésével. Előfordulnak superinfectiók: enyhe lefolyású orbáncok, erysipeloidszerű jelenségek, pyoderma chronicum vegetans, daganatszerű növekedések, melyekből genyesztők tenyészthetők ki. Kivételesen két phlebotomus csípésének megfelelően két leishmaniás jelenség fejlődhet ki, pl. arcon és kézen. Betegeit intravenás neostibosannal, röntgennel, genyesztő fertőzések esetén ezeken kívül prontosillal és helyileg kezelte. A serum A-vitamintartalmát néhány esetben alacsonynak találta s a vitamint a vizeletben is kimutatta. Ezek alapján elsősorban a máj és a RES ártalmára gondol. (Sz. 96.)

Emődi György dr.

Prothesisek lupusos és más arcdefectusokra. *G. Stümpke.* (Derm. Wschr. 1939. 35.) Két lehetőség van: I. elasticus, kicserélhető prothesis; II. állandó prothesis, középen szemüveggel megerősítve. *Zinsser* és *Bering* jobbnak tartják az elasticust természetesség szempontjából és mert követi az arc mimikáját. *Schmidt* kiemeli az állandó prothesis tartósságát, bár nehéz munkánál erős izzadással jár — ez utóbbit *Bering* is megerősíti — és könnyen leválva, hygieniai szempontból nem kívánatos helyzetet teremt. Ezért *Monkorps* az elasticus prothesist csak kisebb részletdefectusok esetében ajánlja s ebben a nézetben osztózik a szerző is. Az állandó prothesisek művészileg értékesek, külső forma és szín tekintetében is alkalmazkodnak. Említésre méltó, hogy a szerző vezette kórházban egy állandó prothesis aránylag olcsó (115 RM szemüveggel együtt). (Sz. 97.)

Horváth Dénes dr.

UROLOGIA

Rovatvezető: *Babits Antal.*

Az állandó ureterkatheter alkalmazása vesemedence- és ureterműtétek alkalmával. *Marion.* (Journ. d'Urol. 1939. 6.) A belső kezeléssel ellenkező pyelonephritisek, bizonyos anuriák és ureterkövek esetein kívül felhívja a figyelmet az ureterkatheter veseműtét esetében történő alkalmazására. Igy hydronephrosis, a vese felvarrása mellett is ajánlatosnak tartja az állandó ureterkathetert éspedig nem azért, hogy a vesét drainezze, hanem, hogy az ureter megtöretését kiegyenlítse. Ezért 10—12 napra behelyezi az ureterkathetert és hagyja akkor is, ha az időközben elzáródik. Ugyan-

így állandó ureterkathetert alkalmaz ureterkő, ureterszűkület műtétei után, vagy ureternek a hólyagba ültetése esetében is. (Az Illyés-klinika ezeket az eljárásokat 20 év óta alkalmazza és többszöri ajánlat után csak most talált meghallgatásra *Rovatvezető.)* (B. 23.)

Vízkelety Gyula dr.

A cystographia. *Mc. Mahon.* (Brit. Journ. of Urol. 1939. 2.) Az egyszerű sugárfogó anyaggal készült cystographia gyakran nem elegendő a kórisméhez, ha pl. hólyagdiverticulum hátul vagy alul helyezkedik el és ahhoz még vesicorenalis reflux is társul. Különösen az utóbbi esetben fontos annak tisztázása, hogy az milyen viszonyban van a diverticulummal. *Hinman* a vizsgálatot úgy végzi, hogy először a sugárfogó anyaggal megtöltött hólyagról készít egy felvételt, majd a hólyagot nagyjából kiürítve azt levegővel tölti meg. Ilyenkor a diverticulum és a refluxus jól látható. Mivel ez eljárással kapcsolatban légembóliát észleltek és felvették azt is, hogy levegőreflux is keletkezhet, *Mahon* új eljárást ajánl, amivel a hólyag levegőtúltöltését elkerülhetjük és veszély nélkül alkalmazhatjuk. Először teljesen kiüríti a hólyagot, majd egy a beöntésre alkalmas közlekedő csőrendszerrel megtölti a hólyagot sugárfogó anyaggal, míg a beteg feszülést érez. Ekkor készíti a felvételt. Utána a hólyagban lévő sugárfogó anyagot mérőhengerbe ereszti s azután ezt lemérve, ugyanannyi levegőt tölt a hólyagba, miáltal elkerülhető a hólyag levegővel túltöltése. (B. 27.)

Ágota Ferenc dr.

Colibacillus okozta húgyútfertőzések sulfamidos gyógykezelése. *Gessler* és *Lippens.* (Press. Med. 1939. 7.) Sok esetük kapcsán azt tapasztalták, hogy a colibacillus okozta heveny és idült húgyútfertőzések paraaminophenylsulfamid kezelésre néhány nap alatt meggyógyultak. Az első két nap 3 g-ot, további 8 napon napi 2 g-ot adtak. Előnye, hogy nem kell tekintettel lenni a vizelet vegyhatására, bár tapasztalatuk szerint a hatás lúgos közegben kifejezettebb. Ezért minden adaghoz még 0.5 g sodabicarbonát adtak, mert a sulfamidok a vizeletet savanyítják. Fontos a vérkép ellenőrzése. (B. 21.)

Vízkelety Gyula dr.

ELMÉLETI TUDOMÁNYOK

Rovatvezető: *Simon Sándor.*

Az ischaemiás vese vérnyomást emelő secretiójáról. *J. C. Fasciolo, B. A. Houssay* és *A. C. Taquini.* (Journ. of Phys. 1938. 94. 281.) A vesecártalmak és a vérnyomás közötti összefüggés már régen ismeretes volt. Ezen észlelet alapján szerzők egész sora foglalkozva a kérdéssel azt találták, hogy a vese egyik részének sebészi eltávolítása az art. renalis, vagy egyik ágának lekötése, a vese összenyomása, stb. hosszabb-rövidebb ideig tartó vérnyomásemelkedést von maga után. A legtartósabb és legkifejezettebb (50—100 Hg mm). vérnyomásemelkedést az art. renalis lekötése után észlelték. A kérdés pontosabb tisztázására szerzők kutyákon végeztek kisérleteket, úgy hogy az art.-ás nyomást *Van Leersum* szerint készített arteriás kacsban mérték, vese ischaemiát pedig az art. renalis szűkítése révén idéztek elő. Kisérleteik eredményeként azt találták, hogy csak az egyik oldali art. renalis lekötése után a vérnyomásemelkedés lassan fejlődik ki, rövid ideig tart és sokkal kisebb fokú, mintha egyidejüleg mindkét vesében ischaemiát hoztak létre. Az ilyen módon előálló hypertensiót nem befolyásolja a vese denerválása, a splanchnikus átvágása, sőt az egész sympathikuslánc kiirtása sem, tehát nem idegi eredetű. Ischaemiás veséből készített extractum sokkal nagyobbfokú hypertensiót okoz, mint a normalis veséből készített. A vese-transplantatiós kisérletek pedig azt mutatták, hogy ha egy ischaemiás vesét egy normalis, de előzőleg nephrektomizált, chloraloseval narkotizált kutya carotis jugularis keringésébe kapcsoltak, a kutya vérnyomása, melyet előzőleg mintegy két órán keresztül registráltak hirtelen és igen erősen emelkedett, (30—70 Hg mm.) és mindaddig a felemelkedett nívón maradt, míg a transplantalt vesét el nem távolították. Ezután a vérnyomás csak lassan, órák múlva tért vissza a kezdeti értékre. Az ischaemiás vese venás vérének plasmája Laewen—Trendelenburg-készitményen több percig tartó vásoconstructiót okoz, a cseppszám 63—85%-al csökken, ugyanakkor normalis vese venásvérplasmája csak 8—9.4%-os csökkenést idéz elő. A kisérletek egyöntetűen bizonyítják, hogy az ischaemiás vese véreretszűkítő anyagot termel, mely tartós vérnyomásemelkedést okoz, tehát hatását sokáig megtartja. Ez a vasocontractiós hatás független a mellékvese, a pajzsmirigy- és hypophysistől. Normalis vese az ischaemiás vese e hypertensiós hatását csökkenti. (S. 18.)

Kokas Eszter dr.

Az antigonadotrop hormonok chemiai és physiologiai tulajdonságairól. *Carl. A. Bunde* és *Arthur A. Hellbaum.* (Amer. J. of Physiol., 1939. 125. 290.) Régebbi kisérletek kimutatták, hogy van a hypophysis kivonatban egy olyan anyag, melyet intraperitonealisan befecskendezve a gonadstimulánsok hatását csökkenti. Újabban sikerült azt is igazolni, hogy ez az antigonadotrop anyag a hypophysis egyes távolható anyagjainak egymástól elkülönítése esetén abban a fractióban van, mely a gonadotrop hormonokat tartalmazza éspedig tovább bontva, nem a folliculusizgató, hanem a luteinizáló hormonnal van együtt. Szerzők igyekeztek e két factort különböző pH-n forralás által elválasztani. Azt, hogy a forralás elroncsolta-e az antigonadotrop factort biologiailag úgy döntötték el, hogy 21 napos nőstény patkányoknak injiciálták a kivonatot és nézték az ovariumra kifejtett hatást. Juh-hypophysis elülső lebenyével dolgoztak. Ha a gonadotrop (folliculusizgató és luteinizáló hormont) és az antigonadotrop hormont együttesen tartalmazó kivonatot 2 óráig forralták, mindkét gonadotrop factor elvesztette hatását, de az antigonadotrop factor nem.

PH 11.2-nél 120 óráig forralva mind a gonadotrop, mind az antigonadotrop hatás megmaradt, míg a pH 13-nál 72 óráig tartó forralás után mindegyik elpusztul. 72 óráig forralva a kivonatot pH 1.2-nél az antigonadotrop nem változik, de a folliculusizgató factor hatástalan lesz, míg a luteinizáló factor csak nyomokban marad meg. Ha a luteinizáló hormont tartalmazó fractiót előzőleg a folliculust izgató hormont tartalmazó fractiótól különválasztották és az előbbit pH 1-nél 72 óráig forralták a luteinizáló factor teljesen elpusztult, az antigonadotrop hatás ellenben megmaradt.

A hypophysis elülső lebenyének egyéb hormonjai (növekedési, thyreotrop, prolactin) 2 órás forralás után elpusztulnak, eszerint tehát az antigonadotrop hormon izolálása így sikerülhet. (S. 16.)

ifj. Magyary-Kossa Gyula.

KÖNYVISMERTETÉS

The etiology of trachoma. *Louis A. Julianelle.* (The Commonwelth Fund. Oxford University press. 1939.) A St. Louisi „Washington" egyetem trachoma bizottságának elnöke, *Julianelle* által írt könyv a trachoma aetiológiájának kérdését nagy alapossággal ismerteti. Az első fejezet a trachoma és hozzá hasonló betegségek (záradéktest blenorrhoea, uszóda, kötőhártyagyulladás, a desquamm. epitheliosis, folliculosis, tavaszi hurut pemphygus, stb.) jelenségeivel foglalkozik. A következő fejezetekben az epidemiológiával, a trachomások constitutiójával, a fertőző jelleggel, a kórokozással vádolt, mikroorganismusokkal foglalkozik. A záradéktestek alapos megbeszélés tárgyai. Épen úgy a vírusok és a tenyésztés kérdése. Ugylátszik, hogy a trachoma kórokozója vírus, mely a záradéktestekkel viszonyban van, s melynek nincs nagy ellenállóképessége. A könyv a trachoma kutatás számára kétségtelenül igen értékes forrásmunka.

Grósz Emil prof.

A falu orvosa. *Borsa Pál István dr.* (Novák Rudolf kiadása, Budapest. Ára: 4— pengő.) A szerző egy falusi magánorvosnak, Dr. Varsányi Pálnak élete regényét írja meg könyvében, eggyét a sok ezer névtelen katona közül, akik nemcsak létfenntartásukért küzdenek az elhagyott szegény kis magyar falvakban, hanem harcolnak a beteg egészségéért, életéért és a magyar falu közegészségügyéért is. Jól mondja Borsa dr. a könyvhöz írt előszavában: „De éppen úgy beszélhetnék magamról is és azt hiszem, hogy a falun élő orvosok jó része többé-kevésbbé magára fog ismerni a főszereplőben." — A Felvidékről a trianoni tragédia miatt elmenekült magyar fiú állami támogatással elvégzi az egyetemet, amikor azonban az orvosi diploma már a zsebében van, akkor megszűnik minden állami és társadalmi támogatás. Saját erejéből telepszik le egy kis orvos nélküli magyar faluban, Simonfalván. Az orvos nélküli községek száma az új községi és kororvosi állások megszervezésével lényegesen csökkent, de még mindig vannak és lesznek Simonfalvák, melyek szegények s csak egy kis darab kenyeret tudnak adni az oda letelepedett fiatal orvosoknak. Nemcsak a szegénységgel, de önérdekkel, irígységgel, közönnyel és kenyéririgységgel kell nekik ott kinn megküzdeni

s ebben a küzdelemben nem egyszer az orvos marad alul. Ezt a küzdelmet, a hozzá társuló sorscsapásokat találóan írja le, könyvében *Borsa dr.* Személyei párbeszédeibe beleszövi a falusi orvosi, közegészségügyi, szociális, politikai és munkásbiztosítási viszonyok és intézmények ismertetését is, ami a párbeszédeket kissé megnyujtja ugyan, de megismerheti belőle a laikus és városi orvosolvasó a falusi viszonyokat. Könyvében nincsen semmi túlzás, úgy ír le mindent, ahogyan azt ő is, én is és még sok ezer falusi orvos társunk kisebb vagy nagyobb eltéréssel átélte és tapasztalta. Aki az érdekes és érdemes könyvet elkezdi olvasni, az nem teszi le addig, amíg utolsó lapjához nem ért.

Kerbolt László dr.

Wie sieht der Nihilismus in der Heilkunde aus? *K. H. Schoenberg.* (Hippokrates kiadás, Marquard et Cie, Stuttgart, 95. oldal. 1938. Ára: 3.80 RM.) Az orvosi tudomány nihilismusa nemcsak a therapia szabályainak elhanyagolásában és kétségtelen eredményeinek semmibevevésében nyilvánul meg, de kifejezést nyer abban a nem mindig objectiv kritikában is, amelyben az egyes orvostudományi irányok képviselői egymást részesítik. Újabban főleg az ú. n. „természetes gyógymódok" és a „biologiai kezelés" hívei folytatnak elkeseredett és nem mindig tárgyilagos küzdelmet a klinikai orvostudomány képviselői ellen. Nagyon sokszor a nagyközönség vallja ezen ellentétek kárát, mert az ilyen nézeteltéréseknek a napisajtóban történő szellőztetése tág kaput nyit a kuruzslásnak. A szerző az ilyenfajta nihilismus elleni küzdelem legsikeresebb eszközének a nagyközönség felvilágosítását tartja, mert csakis ez képes ujból feltámasztani azt a bizalmat, amely minden orvosi kezelésnek sine qua non-ja. A szerző nagyon sok példával igazolja ennek az álláspontjának helyességét.

Vajda Károly dr.

Die Wintersportverletzungen. *Marco Petitpierre.* St. Moritz. (190 oldal 197 részben szines ábrával. F. Enke, Stuttgart kiadása. Ára 17. RM.) Végre egy könyv, melyről az ember érzi, hogy ott az igazi téli sporthelyen készült a sportoló és a sportsebész minden tapasztalatával. Nemcsak szigorúan a sérülésekkel foglalkozik, hanem végigvezeti az olvasót a télisportok minden részletkérdésén, úgy hogy tiszta képet nyerhetünk a helytelenül felszerelt és rossz technikával dolgozó sportembert érő ártalmak összes lehetőségeiről. Minthogy éppen Sweizban a skisport egészen hihetetlen arányokat ölt ma már, a könyvnek legnagyobb része ezzel a tömegsporttal foglalkozik, de nem hanyagolja el a ródli, bob, skeleton, korcsolya, jéghockey és curling közben előforduló baleseteket sem. Mondanivalóját világosan és kitünően rendszerbe foglalva nyujtja az olvasónak; a rajzok, fényképek és röntgenfelvételek annyira plastikusan tárják elénk a sportsérülések mechanismusát, hogy még azok előtt is egészen világossá válnak, akik maguk nem is űzik ezeket a sportokat. Eseteinek nagy száma megengedi a szerzőnek, hogy a kezelése szabályait pontosan leszögezze. Külön fejezetben ismerteti a nagy alpesi sporthelyek segélyszolgálatának mintaszerű szervezetét. Mindent egybevetve a munka a télisport sérülések hiánypótló kézikönyvének mondható, melynek elsőrangú kiállítása az Enke-cég tradicióihoz méltó.

Horváth Boldizsár dr.

Die Seele. *August Bier* prof. (J. F. Lehmanns Verlag, München, 1939. 172. oldal. Ára: 4.65 RM.) A világhírű kutató 40 évi egyetemi tanári működése után erdei magányába visszavonulva minden idejét és energiáját olyan problemák tisztázására fordítja, amelyeknek tanári működése alatt csak perceket tudott szentelni. „A therapia harmónikus rendszere" cím alatt három kötetre tervezi utolsó munkáját s ezeknek előttünk fekvő első része a léleknek sokat vitatott és még távolról sem teljesen megoldott kérdésével foglalkozik. A szerző a vérbeli philosophus alapossággával és olyan természettudós sokoldalúságával felel meg feladatának, aki nemcsak az állat és növényvilágban, de az ú. n. élettelen ásványokban is ott találja a lelket. És ha ennek lényege még ma is megoldásra váró rejtvény benyomását teszi, az élőlények biologiája és az ásványok szerkezete mély betekintést nyujtanak ezekbe a problemákba. *Bier,* az antik világ két kimagasló philosophusának *Heraklitosnak* és *Hippokrates*nek munkáiban véli megtalálni a lélek megismeréséhez vezető utat, amely szerinte teljesen megegyezik a legújabb kor szellemi áramlataival. Minden orvos nagy élvezettel és még több haszonnal fogja olvasni a mintaszerűen kiállított könyvet.

Vajda Károly dr.

Magyar Anyák Naptára az 1940. évre. (Összeállította: *Keller Lajos.* Kiadja az Országos Stefánia Szövetség, 276 o. Ára: 60 fillér.) Az Országos Stefánia Szövetség közkedvelt és mintaszerűen szerkesztett naptára még az előző évieknél is gazdagabb tartalommal jelent meg. A naptár tartalmát a nagy, nevelő cikkek közt elszórt számos kisebb, érdekes tárgyú tudományos cikk és igen sok szépirodalmi cikk, vers, beszély teszé élvezetssé és gondoskodik arról, hogy a túlságosan sok tudományos anyag unalmassá ne váljék. A naptárt minden magyar anyának és családnak a legmelegebben ajánlhatjuk, mert megtalál benne mindent, ami a családot, mint a nemzet legkisebb alkotó sejtjét érdekli.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift. 38. sz. *Drigalski W.:* Az ember A-vitamin szükséglete. — *Malyoth G.* és *Krimlidis St.:* Testazonos cukrok. — *Becker-Freyseng H.* és *Clamann H. G.:* Élenydús gázkeverékek analysise a Haldane-methodussal. — *Thiele W.* és *Scherff I.:* A serum A-vitamin tükre lázas állapotban. — *Anagnostu I.:* Experimentalis vizsgálatok az A-vitamin hatásáról a thrombocytákra és a csontvelőre. — *Scihlomka G.:* Az egyéni variabilitás jelentőségének példái. — *Josephson B.:* A vena portae epesavtartalmáról.

Münchener Medizinische Wochenschrift. 38. sz. *Friedemann M.:* Intravenás cseppinfusio a harctéri sebesültek és betegek szolgálatában. — *Majer E.:* Tapasztalataink az égési sebek kezelésében „Frekasan" tanninporral. — *Nicol K.:* A tüdő-collapsustherapia ma használatos eljárásainak javallatait.

Deutsche Medizinische Wochenschfirt. 38. sz. *Schneider:* A sebészi gümőkór balaseti összefüggései és szakvéleményezése. — *Göhring:* A complementkötési reactio jelentősége a gonorrhoea diagnosisára és prognosisára. — *Budelmann:* Szív, keringési és koszorúérelégtelenség — *Goldhahn:* Az égési sebek kezelése. — *Bachmann* és *Finke:* Tuberculosis bacillusok fluorescentia górcsövi kimutatása a szövetekben. — *Hofmeier:* A Schick-próba eredménye a diphtheria activ immunisálására szolgáló különböző oltóanyagok alkalmazása után. — *Kayser:* A női tej pH meghatározása alizarollal. —

Wiener Klinische Wochenschrift. 38. szám. *Fuchsig P.:* Combnyakszegelés a medialis combnyaktörések kezelésében. — *Riehl G.:* A bőr foglalkozási és allergiás betegségei.. — *Richter A.:* Idegfájdalmak tömeges jelentkezése. Megjegyzések a neuralgia-neuritis kérdéséhez.

Medizinische Klinik. 38. sz. *Ebhardt K.:* A lymphogranulomatosis felismerése, megítélése és kezelése. — *Decastello A.:* Adatok a családi leukaemia ismeretéhez. — *Schungbaum H.:* Fájdalomcsillapítás „dolantinnal" egy synthetikusan előállított görcsoldó és analgetikus szerrel. — *Blumberger K.:* A szív foglalkozási ártalmai. — *Nordmann O.:* A legfontosabb sebgyógyulási zavarok kezelése. — *Schröder* H.: Átöröklés szerepe a neurologiában. —

La Presse Médicale. 72. sz. *Leriche R.:* Hasznos és hasznavehetetlen csonkok az alsó végtagon. — *Ruppe Ch.:* Az arc háborús sérülése. — *Ianbert A.* és *Motz Ch.:* Sulfamidotherapia. — *Dufourmentel L.:* Totalis szabad bőrlebenyek átültetésének előnyei, hátrányai és határai. —

The Lancet. szept. 9. *W. T. Ritchie:* Acut rheumatikus karditis. — *J. P. Lockhart—Mummery:* A colon és rectum familiaris adenomatosisa; rákhoz való viszonyuk. — *S. D. Elliott:* Tonsillektomiát követő bakteriaemia. — *D. J. Solandt, R. Nassim, stb.:* Szívfali thrombosis előidézése és megakadályozása kutyákon. — *H. S. Stannus, G. W. Marshall:* M. & B. 693-al kezelt monocytikus anaemia. —

British Medical Journal. júl. 29. *J. A. Gunn:* Néhány adrenalinnal rokon vegyület therapiás használata. — *R. Stirling:* A törések késői egyesítésének és nem-egyesítésének okai. — *N. Dumi:* A nem egyesített törések kezelése. — *A. H. Charles:* Hólyagba jutott idegentest abortus megindítása kapcsán. —

British Medical Journal, aug. 5. *C. H. Browning:* A sulphanilamid készítmények chemotherapiájának mai állása. — *G. A. H. Buttle:* A sulphanilamid csoport készítményeinek pharmakologiája. — *C. Worster-Drought:* Peripheriás neuritissel szövődött, achlorhydriás hypochrom anaemia. — *Leonhard Hill:* Rheumatismus és klima. — *R. W. Carlslaw:* Májelégtelenség scarlatinában.

Néhány megjegyzés Semmelweis lelki alkatáról.

E lapnak f. é. 28-as számában a „Heti Krónikában" emlékezett meg *Korbuly György* a mi páratlan *Semmelweis*-ünkről, mely alkalommal melegen érintvén hazánk néhány nagy emberéről, így Széchényiről Vörösmartyról, a két Bolyairól és Arany Jánosról írott idegorvosi lélekelemzéseimet, felszólít arra, hogy tenném ezt meg *Semmelweisre* vonatkozóan is. E megtisztelő felhívásnak szinte „kapásból" teszek eleget, fenntartván magamnak, hogy egy Semmelweis-tanulmányban bővebben foglalkozzam e kérdéssel.

Bennünket *Semmelweissel* kapcsolatosan a normalis lélektani viszonyok érdekelvén, figyelmünk *Kretschmernek* „Körperbau und Charakter" című alapvető munkájából „Die zyklothymen und schizothymen Durchschnitts menschen" fejezetére irányul elsősorban. És itt a szakembert az ragadja meg, hogy *Semmelweis* az ő fényképén gömbölyded, kerek arcával, egyenes, nem nagy, csupán arányos orrával és minden kifejezett orrállszöglet hiánya folytán a cyclothym typus képviselőjeként tünik fel, viszont orvoskutatói munkássága és az ebből folyó életvonala („Lebensführung") őt kifejezetten schizothym temperamentumúnak tüneti fel. Igy tehát azt kell mondanunk, hogy benne megvalósul az ellentétes testi alkatnak és temperamentumnak ritkább kombinációja: *a cycloid testi alkat és a schizothym temperamentum keresztezése. Kunz* vizsgálatai szerint következőképen viszonylik egymáshoz a két somato-psychikus kombinácio: 87% typikus kombinációval szemben csakis 6% *keresztezés* mutatkozik a testi alkat és a megfelelő temperamentum irányában s e ritka atypiának volt *Semmelweis* képviselője. *Kretschmer* megállapításai szerint híres orvosok közül a XIX. századból pyknikus volt 68, míg tisztára schizothym csupán 11 és kevert vagy bizonytalan 39. Való, hogy abstract irányban, metafizikailag és fogalmilag rendszeresen dolgozó tudósok schizaffin testalkatúak, míg a leíró természettudósok pyknikusak. *Kretschmer* kiemeli *Humboldtot*, a természettudost, aki magasabb korában pyknikus arcformát mutatott cyclothym egyéni psychologia mellett, nagyon szivesen tartozkodott társaságban, jószívű, szivélyes és humoros ember volt. Testalkatára és arcára kifejezetten pyknikus volt *Arany János*, lelkileg azonban schizothym volt. Ezzel szemben a matematikusok tulnyomóan schizothymiások, szintúgy a filozofusok és metafizikusok valamint a rendszerezők. — Ami már most a schizothymiásoknak az életben való magatartását illeti, van egy csoport, mely az élettől távolabb álló, impraktikus szobatudosokat tartalmaz *(Kant, Newton)*; egy másik csoport képviselőiben a fanatikus schizothym vonás az uralkodó *(Kretschmer)*.

A cyclothym és schizothym temperamentumokban *Kretschmer* bizonyos árnyalatokat, különböztetett meg, melyek nagy gyakorlati értékkel bírnak. A cycloid formánál a következőket: 1. társaságot kereső, jószívű, barátságos, kedélyes; 2. vidám, humoros, élénk, élces; 3. csendes, nyugodt, nehézkes, ellágyuló. A schizoid temperamentumnál: 1. társaságkerülő, csendes, tartózkodó, komoly, humornélküli különc; 2. tartózkodó, félős, finomérzésű, érzékeny, ideges, ingerült, természet- és könyvbarát; 3. lassú, jóindulatú, derék, egyenletes, tompa, ostoba.

A cyclothym és schizothym temperamentumnak ezen árnyalatai közül tulnyomóan a schyzothymnek tulajdonságai találhatók fel *Semmelweisben. Markusovszky*, ifjúkori barátja az Orvosi Hetilap 1865-ös évfolyamában a róla írt megemlékezésében a következő tulajdonságokat említi: „tiszta jellem, igaz szív, néha nem legsimább, mindig őszinte, tiszta, jószándékú, szerinte káros dolgokra felforrott, természetes, önzéstől és alattomosságtól mentes, hű barát, jó ügytárs, rokonszenvében, tiszteletében legjobb meggyőződése szerint részesíti tanítványait, ügyfeleit". Ezek szerint a cyclothym egyénnek vidámságától, kedélyességétől, éles, humoros magaviseletétől szinte mentestnek látszott.

Természetesen lélektani megállapításainkban nem szabad megfeledkeznünk *Semmelweis* felfedezésének mostoha fogadtatásáról és az ilymódon kiváltott súlyos lelki válságáról, mely katastrophaszerűen hatott reá. De ehhez hozzá kell vennünk, hogy felfedezése milyen szívós ellenállással és megnemértéssel találkozott a szakemberek részéről; nemcsak a bécsi szülészeti tanszék vezetőjének volt visszautasító illetve mereven negligáló magatartása, de saját hazájában *Birly* professor, tanszéki elődje sem fogadta el tanát. A pesti orvosok közt is akadt meg nem értője és ezt tetézte nyílt levelének bántó tehát schyzothym hangja. Nem szorul ezek után magyarázatra, hogy ilyen lelket megviselő, öntudatot súlyosan bántó események épen kifejezetten schizothym temperamentumára voltak rendkivül izgató hatással, amit a cycloid formának vidámsága, humora, élces gondolkodása feltétlenül eltudott volna hárítani. A mindennapos élet terheit a cyclothym constitutio képviselői játszva viselik el, ebben megsegíti őket emberszerető és a körülményekhez alkalmazkodó képességük és így az életnek keservei nem érintik őket súlyosan, nincs is bennök mint *Kretschmer* mondja a schizoid temperamentumnak kemény, céltudatos, mindvégig konokul kitartó tettereje, amint ez kimondottan megvolt *Semmelweisben*. Ezzel szemben a schizothym egyén nemcsupán túlérzékeny illetve tartozkodó, hanem *Kretschmer* szerint egyidejűleg, mindkettő. Ehhez hozzájárul még az önmagában elzárkózás, a schizophreniások *autizmusa*, mely a külvilággal mélyebb érintkezést kizár és így a lelki benyomások a legteljesebb subjectivitásban folyván le, az a legtökéletesebb lelki elszigetelést váltja ki.

Schaffer Károly prof.

VEGYES HIREK

Előfizetés megújítása vagy tartozások kiegyenlítése céljából ma chequet mellékeltünk minden lapszámunkhoz. Ez ne érintse és ne sértse azokat a kartársainkat, akiknek előfizetése rendben van, különválasztásuk sok munkával járt volna s így nem volt indokolt. Kérjük kartársainkat tartozásaik rendezésére, illetve előfizetésük pontos beküldésére, mert egyre növekvő kintlévő követelésünk komoly zavarokat okoz Hetilapunk fenntartásában.

Az Országos Orvosszövetség egri congressusa. Nagy érdeklődés mellett folyt le a Magyar Országos Orvos-Szövetség 41. congressusa Egerben szeptember 7—10 között. A congressus a Liceum dísztermében kezdődött s azon *Szmrecsányi L.* egri érsek képviseletében *vitéz Subik Károly* prelátus kanonok jelent meg és ott voltak *Kriston Endre* püspök vezetésével a vezető egyházi méltóságok is. Képviseltette magát a belügyminisztérium, az Orvosi Kamarák, a Közegészségügyi Intézet, a Mérnöki Kamara, a Gyógyszerész Egyesület, a Stefánia Szövetség stb.

Mutschenbacher prof. elnöki megnyitójában rámutatott arra, hogy az Orvosszövetségre az Orvosi Kamarák mellett feltétlenül szükség van. Szükséges, hogy a kamarák mellett a szövetség a maga munkaterületét, éspedig az orvosgazdasági problemákat munkálja. Keserű hangon emlékezett meg az orvosok elproletárizálódásáról, az orvosi renddel szemben meg nem érdemelten mutatkozó megbecsülés hiányáról. Keresve ennek az okait arra a következtetésre jutott, hogy a legnagyobb hiba magában az orvostársadalomban van, mert az orvosok nem becsülik meg egymást eléggé, sem a gyakorlatban, sem a közéletben. Az orvosi rendnek sajátmagának kell a nehézségeket leküzdenie és anyagi helyzetének megjavításáról gondoskod-

nia. Ez a munka sokkal inkább elvégezhető a több, mint négy évtizedes Orvosszövetség keretében, mint a hivatalos jellegű Kamarában. Végül köszönettel adózott a város vezetőségének és a helyi Orvosszövetségnek a congressus megrendezéséért.

A főtitkári, ügyészi és pénztári jelentés után *Csilléry András*, aki a Nemzetközi Orvos-Szövetségben (APIM) Magyarországot képviseli, beszámolt annak működéséről. A múlt évi kopenhágai congressuson, melynek *Csilléry* volt az elnöke, az iparegészségbe az orvosoknak szorosabb bekapcsolódását és az általános egészségügyi praeventiót illetőleg hoztak fontos határozatokat. Egészségügyi megelőzést hivatása magaslatán álló orvosi kar nélkül kiépíteni nem lehet. Az állam közegészségügyi intézkedéseihez feltétlenül szükséges a lakosság egészségügyi nevelése. Nemzetgazdasági szempontból a lakosság munkaképesége rendkívül fontos. Az általános munkakészség a harminc-negyvenedik életévig fokozódik, azután csökken. Gyakran előfordul azonban, hogy a munkaképtelenség jóval hamarább áll be. Ez és az emberi életkor meghosszabbodása eredményezi, hogy a nyugdíjasok és kegydíjasok, valamint egyéb productiv munkára képtelenek száma folytonosan növekszik, míg a dolgozóké egyre jobban csökken. Ezért kell a betegségmegelőzést kiépíteni. Nálunk Magyarországon nagyszerű közegészségügyi intézmények vannak, amelyek azonban szerves összefüggésben egymással nincsenek. Döntő fontosságú, hogy ezeket az intézményeket egységes ellenőrzés fogja szoros munkaközösségbe.

Az APIM congressusain, épen a megelőzés kiépítése céljából *Csilléry* ismételten felvetette az ország minden lakosára kiterjedő úgynevezett egészségügyi napló létesítését, mit Franciaországban és Németországban részben már megvalósítottak. *Csilléry* javaslatát az egészségügyi munkaközösségről és az egészségügyi napló bevezetéséről a congressus egyhangú lelkesedéssel fogadta el.

Igen fontos bejelentést tett ezután *Csilléry* az Országos Orvosi Nyugdíj Intézetről. Bejelentette, hogy hosszas faradozásait a kormányzat végre sikerrel koronázta és a nyugdíjintézetnek a háború alatti pénztárorvosi nyugdíjalapok elértéktelenedése folytán szenvedett díjtartalékhiányát a kormányzat a költségvetésbe beillesztett megfelelő nagyságú pénzösszeggel hosszabb időn keresztül fogja pótolni.

Keleti József alelnök a szövetség orvosgazdasági munkatervéről szólott. Rámutatott arra, hogy eleddig az orvosi rend a sajátmaga gazdasági problemájával csak nagyon keveset foglalkozott, holott külföldön mindenütt megvannak az orvosok gazdasági megsegítését célzó intézmények. Több gyakorlati javaslattal illustrálta, hogy a mi szerény viszonyaink között is nem egy ilyen orvosgazdasági intézménynyel lehetne az orvosok sorsán könnyiteni. Ezeket a javaslatokat a congressus elfogadta.

A megnyitást követő napokat a congressussal kapcsolatos tudományos programm foglalta le, melynek keretében *Verebélji, Boros, Fornet* és *Hainiss* professorok, *Kis Pál* és *Sailer Károly* magántanárok és *Nagypataky Gyula* ezredorvos tartottak nagysikerű előadásokat.

Megjegyzés. *Móritz Dénes* kartárs úr az O. H. f. évi 36. számában cikket közölt az *alkaptonuriáról*, mellyel kapcsolatban sajnálattal jegyzem meg, hogy közleményében egyáltalán fel sem említi hasonló tárgyú cikkemet, mely az O. H. 1938. 32. számában jelent meg, s amely ennek a ritka anyagcserezavarnak igen szép, familiaris és öröklődő eseteit ismerteti, s emellett kórélettani megvilágitásán kivül a kezelés tekintetében is rationalis és hasznosnak látszó kisérletről számolt be. (A Hetilap iróinak a Hetilap cikkeit mégis csak ismerni kellene. *Szerk.*) *Mosonyi László dr.*

Blaskovics László-emlékérem. A Magyar Szemorvostársaság *Blaskovics László* egyetemi tanár, volt elnökének emlékérmét *Reményi* szobrászművész által elkészittette. Az emlékérem (12.— P) megrendelhető a Szemorvostársaság titkárságánál (VIII., Mária utca 39., Egyetemi Szemklinika.)

Bilkei Pap Lajos dr. egyet. magántanár, a székesfővárosi Gyógyfürdők és Gyógyforrások igazgató főorvosa október 1-én kezdi meg rendelését a Szent Gellért Gyógyfürdőben.

Sopron szab. kir. thj. város Erzsébet Közkórháza.
212/8—1939. ikt. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Sopron sz. kir. thj. város Erzsébet közkórházában megüresedett *kisegitő orvosi állásra* pályázatot hirdetek. A kisegitő orvosi állás ideiglenes jellegű, bármikor, minden jogigény nélkül megszüntethető és végleges alkalmaztatásra jogalapot nem szolgáltat. Az alkalmaztatás egy évre terjed. Javadalmazása havi 80 P, 1 bútorozott szobából álló lakás és I. oszt. élelmezés.

A pályázati kérvényhez mellékelni kell: születési anyakönyvi kivonatot; hatósági erkölcsi bizonyítványt; magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt; az ország területén orvosi gyakorlatra jogositó oklevelet; egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat; közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló hatósági orvosi bizonyítványt és az orvoskamarai tagság igazolását. — Orvosi magángyakorlat folytatása tilos. Az állás kinevezés után azonnal elfoglalandó.

Felhívom azokat a nőtlen orvosdoktorokat, akik az állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt és Sopron sz. kir. thj. város főispánjához címzett folyamodványukat *hozzám 1939. október hó 15-ének déli 12 órájáig* nyújtsák be.

Sopron, 1939. szeptember hó 18.

Király Jenő dr. eü. főtan., kórházigazgató.

16.233—1939. sz. Tolnavármegye alispánjától.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A szekszárdi Horthy Miklós közkórházban lemondás folytán megüresedett *három segédorvosi* és *két kisegitőorvosi állásra*, valamint Tolnavármegye tiszti főorvosa mellett rendszeresített *orvosgyakornoki állásra* ezennel pályázatot hirdetek. A segédorvosi állás javadalmazása az állami rendszerű XI. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világitással és 50%-os térítmény ellenében I. oszt. élelmezés. Csak nőtlen orvosdoktorok pályázhatnak. Magángyakorlat folytatása tilos. A kinevezés három évre szól, mely további 3 évre meghosszabbitható.

A kisegitő orvos alkalmaztatása ideiglenes jellegű és bármikor, minden jogigény nélkül megszüntethető. Az alkalmaztatás csak egy évre terjed és újabb pályázat útján kerül betöltésre. A kisegitő orvos javadalmazása egy butorozott szobából álló lakás, fűtés-, világitással, havi 80 P díjazással és 50%-os térítmény ellenében kiszolgáltatandó I. oszt. élelmezés.

A Tolnavármegye tisztifőorvosa mellett rendszeresitett orvosgyakornok illetménye havi 80 P segélydij, mely a második évtől havi 100, a harmadiktól havi 120 és a negyedik évtől havi 140 pengőre emelkedik. Az orvosgyakornok minden tekintetben az ideiglenes minőségű vármegyei díjtalan közigazgatási gyakornokkal kerül egy elbirálás alá. Magángyakorlatot folytathat.

A szabályszerűen felszerelt kérvényeket vitéz mádi Kovács Imre főispánhoz címezve hozzám kell benyújtani. Beadási határidő: *1939 október 19 déli 12 óra.*

A pályázati kérvényhez csatolandó 1. születési anyakönyvi kivonat; 2. erkölcsi bizonyítvány (politikai megbízhatóságról is); 3. magyar állampolgárság igazolása; 4. magyar orvosi, vagy nostrifikált diploma; 5. curriculum vitae; 6. testi és szellemi alkalmasságot igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítvány; 7. orvoskamarai tagság igazolása; 8. annak igazolása, hogy a pályázó nem tartozik az 1939 évi IV. tc. hatálya alá és végül 9. eddigi esetleges működést igazoló bizonyítványok.

Közszolgálatban álló pályázók a felsorolt követelmények közül azokat, melyeket a törzskönyvi lap (minősítési táblázat) feltüntet, a törzskönyvi lap (minősítési táblázat) hiteles másolatával igazolhatják. Késve érkezett, vagy a fentieknek meg nem felelően felszerelt pályázati kérvényeket figyelbe nem vehetem.

Szekszárd, 1939. szeptember 19.

Szongott Edvin s. k. alispán.

KATONYI DR. DEÉR

Ujabb theoretikus kutatások és klinikai tapasztalatok alapján készült

GENERÁLIS ROBORÁNS

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

ELEKTYL - chinoin

gono- és staphylococcus fertőzések chemotherapeuticuma, a trachoma specificuma. *12 és 24 tabletta*

1969—39. M. kir. állami kórház, Ungvár.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Az ungvári m. kir. állami kórházban megüresedett *alorvosi* állásra a Belügyminiszter 23.843—XVI—1939. sz. rendelete alapján pályázatot hirdetek. Az alorvos javadalmazása az állami rendszerű X. f. o. 3. fokozata szerinti fizetés, az intézetben 1 szobából álló lakás, fűtés, világítás és I. oszt. élelmezés, mely utóbbiért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő. A Belügyminiszterhez címzett és szabályszerűen felszerelt kérvényeket a jelen hirdetmény megjelenésétől *számított 15 napon belül* kell hozzám benyújtani.

A pályázati kérvényhez eredetben, vagy hiteles másolatban csatolandók: 1. orvostudori oklevél; 2. állampolgárság igazolása; 3. születési bizonyítvány; 4. életrajzi adatok (curriculum vitae), esetleges tudományos működés igazolása; 5. orvoskamarai tagság igazolása; 6. esetleges katonai szolgálati bizonyítvány; 7. közszolgálatban nem állók fedhetetlen előéletüket és közszolgálatra alkalmas voltukat újkeletű tisztiorvosi bizonyítvánnyal igazolni kötelesek; 8. egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok.

Közszolgálatban álló pályázók a fentebb felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, ennek hiteles másolatával igazolhatják. A pályázók a 7720—1931. M. E. sz. rendelet 1. és 3. §-ában foglaltak értelmében igazolni tartoznak, hogy nem esnek az 1939. évi IV. tc. korlátozása alá, továbbá nyilatkozni kötelesek afelől is, hogy közhivatalban, közintézetben, vagy közintézményben állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmazást betöltenek-e vagy sem? Igenlő esetben az alkalmazó szervet és az élvezett járandóságok összegét meg kell jelölni.

Az állások betöltésekor a 2300—1939. M. E. sz. rendelet (megjelent a Budapesti Közlöny 1939 febr. 26-i, 47. sz.-ban) 7. §-ában foglaltak értelmében más jogszabályokban meghatározott elsőbbségi igényükre tekintet nélkül elsőbbségi igényük van azoknak, akik e rendelkezés alá esnek. Az említett 7. §. hatálya alá tartozók képesítésüket az idézett 2300—1939. M. E. sz. rendelet 11. §-ának (1) bekezdésében állampolgárságukat pedig ugyane § (4) bekezdésében foglaltak értelmében tartoznak hiteltérdemlően igazolni. Az esetleg idegen nyelven kiállított bizonyítványok hiteles magyar fordítása is csatolandó.

A meghirdetett állás átmeneti létszámba tartozik és ezért ideiglenes minőségű. A határidőn túl beérkező és nem kellően felszerelt pályázati kérvényeket nem vehetem figyelembe.

Ungvár, 1939. szept. 15.

Benedek Árpád dr. igazgató-főorvos.

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.

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

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 javadamazása az állami rendszerű XI. fiz. oszt. 3. fokozatában megállapított fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás 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.

Felhívom 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 óráig* 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 megbízhatóságról); 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 újkeletű 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.

Frontátvonulások és kisérő jelenségeik szept. 17—23. között. Ezen a héten már nagyszámú frontátvonulás történt. Kiemelendők a szept. 19—22. közötti zivataros időszak erős fejlettségű betörési frontjai. A frontátvonulások részletes adatai:

Átvonulás ideje Budapesten			A front fajtája	Fejlettsége	Kisérő eseményei
hó	nap	óra			
Szeptembe	17	1	Betörési	Gyenge	Kis szelélénkülés
	17	12	„	„	Kis zápor
	17	15	Fel-ikl.	Mérsék.	Erős praefrontalis boru'ás, kevés eső.
	17	16	Betörési	„	Hirtelen derülés és szélroh. 12 m/mp.
	18	1	„	Gyenge	Szélélénkülés 5 m/mp-ig.
	18	13	„	„	Hirtelen szélélénkülés 8 m/mp-ig.
	19	13	„	„	Szélcsend után szélélénk 6 m/mp-ig.
	19	16	„	Erős	Közeli zivatar és szélrohamok 7 m/mp.
	19	18	„	Mérsék.	Kis záporeső.
	19	22	„	Erős	Zivatar 5mm esővel.
	20	11	„	Gyenge	Kis záporeső.
	20	14	„	Mérsék.	Kis záporeső.
	2	15	„	Gyenge	Cumulonimbus-felhők, szélélénkülés.
	20	19	„	Mérsék.	Távoli villogás.
	21	17	„	„	Cumulonimbus-felhők átvonulása.
	21	21	„	„	Záporeső 0.5 mm.
	22	1	„	Erős	Éjjeli zivatar 4 óráig, 6 mm.
	22	9	„	Mérsék.	Hirtelen szélvihar 16m/mp
	22	21	„	„	Szélcsend után hirt. szélroh. 8 m/mp.
	22	23	„	„	Uj szélrohamok 9 m/mp.
	23	3	„	Gyenge	Kis széllökések 5 m/mp.

*) 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.

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

Az Adie-féle tünetcsoport, mely a tabes dorsalis téves kórisméjét okozhatja.

Több szórványos észlelet után 1931-ben *Adie* írta le először a pupillotoniának reflexzavarokkal társulását és eseteket ismertetve figyelmeztetett, hogy ilyenkor jogosulatlanul tételezünk föl tabest, vagy valamilyen más bújakóros agybántalmat. Hasonló tapasztalatokat azóta különböző szerzők nagy számmal közöltek, s voltak, kik addig kifejezetten tabetikusnak tartott betegányagukat átvizsgálva valóban hibás kórismékre akadtak.

Az *Adie*-féle tünetcsoport egyik tünetét, a pupillotoniát *Behr* már 1923-ban leírta. A jelenség az irodalomban több néven is szerepel, hol pseudo *Argyll-Robertson* tünetnek, hol pupilla myotonicának, hol bradychoriának nevezik. A szembogarak egyenlőtlen nagyságúak. A beteg láta tágabb és szabálytalan körletű, szögletes, ovális alakú. Sem közvetlen fénybehatásra, sem a másik szembogár megvilágítására nem húzódik össze, réslámpavizsgálatra sem mozdul, tehát látszólag teljesen fénymerev. Sokszor előfordul azonban, hogy a szembogár még tágabb lesz, ha a beteg hosszabb időn át sötét szobában tartózkodik. Az alkalmazkodás és összetérítés vizsgálatakor feltünik, hogy a beteg szembogár csak nagyon lassan húzódik össze, bár az összehúzódás terjedelme az egészséges láta szűkülésének mértékét is elérheti. A beteg pupilla az alkalmazkodás impulsusának megszünte után, tehát a szemnek távolba beállításakor, még hosszabb ideig, esetleg több másodpercig a szűkült állapotban marad és csak nagy lassúsággal, szinte féregszerűen tágul ki s néha egy perc is eltelik, míg eléri a kezdeti tágasságot. Általában az alkalmazkodás alatt a szűkülés nagyon erős s a pupilla sokkal lassabban tágul ki, mint ahogy összehúzódott. Atropinnak, kokainnak becseppentésére a beteg láta is gyorsan és kiadósan tágul.

Az elmondottakból nyílvánvaló, hogy a tonikus pupilla reactió, illetve a pupillotonia az *Argyll-Robertson* tünettől, az iridoplegia reflectoricától könnyen megkülönböztethető. A pupillotonia 80—85%-ban egyoldali, az *Argyll-Robertson* több mint 90%-ban kétoldali. Az *Adie*-féle kórban a beteg szembogár mindíg tág, *Argyll-Robertson* esetén túlnyomó többségben, szinte mindíg szűk s a pupillák tágassága hosszabb sötétben tartózkodás után sem változik. Az iridoplegia reflectoricában az alkalmazkodás és összetérítés szembogármozgásai rendesek, gyorsak, sokszor még talán nagyon elevenek is s a pupillák gyógyszerek, mydriaticumok becseppentésére többnyire nem, vagy csak alig változtatják alakjukat. A tökéletesen ki nem fejlődött *Argyll-Robertson* tünettől, éppen úgy, mint a féloldali iridoplegia reflectoricától az *Adie*-féle tünet az alkalmazkodás gondos vizsgálata által különböztethető meg.

A pupillotoniának a tökéletesen ki nem fejlődött, abszolut pupilla merevségtől megkülönböztetése sem nehéz, ha szem előtt tartjuk azokat a jellemző vonásokat, melyeket az *Adie*-féle betegségben az alkalmazkodás vizsgálatakor észlelhetünk.

A pupillotónia előfordul önmagában minden más kisérő tünet nélkül is és jelentkezhetik reflexzavarokkal együttesen. A reflexzavarok csak ritkán nyílvánulnak meg az inreflex fokozódásában, sokkal gyakoribb, hogy a jobb és a bal oldal inreflexei nem egyformán élénkek s még gyakoribb, hogy az alsó végtagok inreflexei hiányoznak. Szép számmal vannak esetek, melyekben a felső végtagok in- és csonthártyareflexeinek kiváltása sem sikerül. *Adie* észleletei szerint az egyszer kihunyt reflexek az élet folyamán többé már nem jelentkeznek.

A pupillotonia és az areflexia tehát az a tünetcsoport, melyet első leírója után *Adie*-féle betegségnek neveznek s mely tünetcsoportnak nem ismerése a tabes dorsalis hibás diagnosisát okozhatja.

Az *Adie*-féle betegségben más tünetet általában nem igen észleltek; leginkább még vegetatív zavarokra jellemző panaszok fordulnak elő. Kipirulás, sápadás, akrocyanosis, a bőr hőmérsékének némi emelkedése, migrain, enyhe szívdobogás, néha bizonytalan fájdalom és hőérzések, általában neuropathiás szinezetű bemondások teszik kissé változatosabbá a képet.

Az *Adie*-féle betegségként közölt esetek túlnyomó többségében pontos serologiai vizsgálatokat végeztek. Csak elvétve, egészen kivételesen észleltek a vérsavóban positiív Wassermann reactiót, általában a luesre jellemző összes reactiók úgy a vérsavóban, mint a gerincvelő-folyadékban hiányoztak. A *Pándy* és *Nonne Appelt*-féle kémlelésekről csak kevés közlemény számol be s azok is többnyire nemleges eredményekről tanuskodnak. A *Goldsol*-reactió egyik esetben paranchymatypust mutatott. A vér és liquor sejtképének vizsgálata sem adott értékesíthető eredményt.

A betegség eredete tisztázatlan. *Adie* sui generis, önálló bántalomnak, külön betegségegységnek vélte. A közölt esetek alapján azonban megállapítható, hogy legalább is az esetek 75%-ában nem lehet önálló betegségnek tartani, hanem egy tünetcsoportnak, mely különböző okokból származhatik. A luesnek a betegség keletkezésében általában nem nagy szerepet tulajdonitanak, minthogy a serologiai vizsgálat éppen úgy, mint a testi vizsgálat és az anamnesis vérbajra vonatkozó adatokat rendszerint nem tartalmaz. Francia szerzők állítását, hogy a jelenség a latens luesnek egyik bizonyítéka, az eddigi vizsgálatok nem erősítették meg, mint ahogy a congenitalis lues is csak egy-két közölt esetben fordult elő. Az encephalitis epidemica kórnemző szerepét nem sikerült bizonyítani. Ebből a szempontból küdönösen érdekes *Petit* és *Delmond* észlelete, akik heveny zavartság, glykosuria, acetonuria, albuminuria, lymphocytosis kiséretében láttak kifejlődni transitorius jellegű *Adie*-féle tünetcsoportot, mely a betegség subacut lefolyása után eltünt, egyébként azonban a jobb felső végtagban rigor és tremor fejlődik ki. Leírták a tünetcsoportot schizophrenia, sclerosis polyinsularis, myotonia congenita, progressiv izomatrophia, myasthenia, poliomyelitis, polyneuritis, Basedow-kór, diabetes mellitus, anaemia perniciosa, herpes zoster ophthalmicus, chronicus alkoholismus, tuberculosis, morbilli, diphtheria, sklerodermia, súlyosabb klimakteriumos zavarok keretében. Mi közelebbről egy ólommérgezést kiállott betegen észleltük. Migrainnel is nem egyszer társul. Ezektől a *Müller* szerint középponti eredetűnek nevezett megjelenési formáktól megkülönböztethető a környéki eredetű koponyasérülések, szemsérülések okozta *Adie*-féle tünetcsoport. Mindezeken kívül azonban marad

még 25%, amelyben semmi okot kimutatni nem sikerült. Lehet, hogy ezek keletkezésére az öröklési vizsgálatok derítenek fényt, mintahogy a tünetnek közelebbről családi előfordulását is észlelték.

A betegség jóindulatú. Kezdeti tüneteiről nem sokat tudunk, minthogy a jelenséget rendszerint más betegségekkel kapcsolatos vizsgálat deríti ki. A legtöbb beteg először a szemészhez fordul vagy azért, mert észreveszi látóinak egyenlőtlenségét, vagy mert szemgödörtáji fájdalmai és látászavarai vannak. Néha az alkalmazkodási zavar okoz rossz érzéseket, olvasás közbeni fáradás, fényérzékenység stb. Hogy az itt-ott előforduló tagfájdalmak, bénulásszerű és görcsszerű érzések, merevség érzés a kezekben, lábakban, szédülés összefüggésben vannak a betegség kezdetével, vagy a neuropathiás alkat következményei, eldönteni még nem lehet. A betegség inkább állapot képét mutatja, nem progrediál, a tüneteknek javulását sem igen észlelték. Egészen bizonyos, hogy az évtizedeken át egyforma állapotban lévő „tabeses" betegeink között *Adie*-kórban szenvedőket felfedezhetünk, mert a betegség aránylag nem is ritka. Nőkön sokkal gyakrabban észlelték, mint férfiakon. Az eddig észlelt betegek között gyermekek és öregek egyaránt vannak. A gyógyító beavatkozások sikertelenek voltak, tapasztalat szerint a betegség jóindulatú, gyógykezelése nem szükséges.

Nyírő Gyula dr.,
egyetemi c. rk. tanár.

Az EKG-vélemény értékesítése.

I. közlemény.

Egyik kiváló sebészünk szerint az EKG lelet a nem szakember részére „arabusul" hangzik. Mivel ez a megjegyzés nagyon a fején találta a szöget, azért a következőkben ezt az „arabus" nyelvet szeretném — amennyire lehet — a gyakorló orvos részére „magyarra" lefordítani.

Minden EKG lelet 3, esetleg 4 részből áll: *a)* a felvételi *technika* leírása, aminek csak az EKG-szakember szempontjából van jelentősége. *b)* A görbe leírása: az egyes kilengések nagysága, alakja, egymáshoz viszonya, a kilengések közti szakaszok leírása, szabálytalan ütem esetén ennek részletes elemzése. Ez a rész már számot tarthat a belgyógyász-szakorvos érdeklődésére is. *c)* Az ú. n. *EKG-vélemény: azon élettani, ill. kórélettani folyamat feltüntetése, amelyre a 2. részből következtetni lehet. Ez szól tulajdonképen a nem belgyógyász szakorvosnak és az általános gyakorlattal foglalkozó orvosnak. d)* Egyes elektrokardiographusok ehhez *magyarázat*-ot is fűznek, ami azonban csak akkor nem hatásköri túllépés, ha igen részletesen ismerik az anamnesist, a physikalis tüneteket és a Rtg. leletet.

A következőkben csak a harmadik részről, az *EKG-véleményről* lesz szó.

Az *EKG-vélemény*-ben (helytelenül: diagnosis) rendszerint szerepel: 1. az *ingerképzés*, 2. az *ingerületvezetés*, 3. a *tengelyállás* (szívféltúlsúly), 4. az ezekből, vagy egyéb jelekből (az „ingerület alak"-jából) levonható *következtetések a szívizom állapotára.*

1. *Ingerképzés.* Normalisan a sinus csomóban képződik a systolét kiváltó inger: *sinus rhythmus.* Ha más *rhythmus* szerepel a leletben (lásd később), ez mindig rendellenes. Lehet azonban a *sinus rhythmus* is kóros, ha túl lassú (sinus bradykardia), ha túl szapora (sinus tachykardia), vagy ha egyéb kóros jelenségek (lásd később) csatlakoznak hozzá.

Sinus arrhythmiá-ról akkor beszélünk, ha a sinus csomóbeli ingerképzés szabálytalan. Ez a gyakorlatban legtöbbször *légzési arrhythmia* (ennek a szív szempontjából nincs jelentősége, gyermekeken gyakori). Lehet azonban ideges eredetű (gyógyszeres) is a sinus arrthythmia, idősebb korban érelmeszesedés is okozhatja (ekkor nem légzési typusú).

Járulékos rhythmusok: *auricularis, atrioventricularis* = *nodalis* (alfajai: supra-, meso- infranodalis), *ventricularis rhythmus* (amely utóbbit *kamarai automatiá*nak is neveznek) akkor áll elő, ha nem a sinus csomóban keletkezik az inger, hanem a szív egyéb helyein is. Ezek a rhythmus-fajták szövődhetnek is egymással, valamint a sinus rhythmussal is. Szívizombetegség, vagy ideghatás (vagus-sympathikus) következményei (gyógyszerek: atropin, digitalis stb.)

Ha az auricularis ingerképzés túl szapora (300—600 körül) és szabályos, ez a *pitvari lebegés („Flattern")*, ha szabálytalan, akkor: *pitvari remegés* (= *csillogás, fibrillatio).* Klinikailag mindkettő az *arrhythmia absoluta*-nak (= *perpetua*) felel meg.

A sinus csomótól független, (tehát auricularis, nodalis, ventricularis) *tachykardiák* — sőt a sinus tachykardia is ha túl szapora — majdnem mindig paroxysmalis tachykardiát jelentenek. Ez azonban klinikai fogalom, nem EKG-diagnosis, hiszen az elektrokardiographus sohasem tudhatja, hogy *paroxysmusokban* lép-e fel az általa észlelt tachykardia. A kamrai kiindulású tachykardia jelentősége sokkal súlyosabb, mint az egyéb eredetűeké.

Sinus rhythmus helyett gyakran azt olvassuk a leletben, hogy *sinus alaprhythmus.* Ez azt jelenti, hogy alapjában véve a sinus csomóban történik a rhythmusos ingerképzés, ezt azonban időnkint, vagy állandóan megzavarja valami: időnkint egy-egy extrasystole, vagy állandóan egy másik járulékos rhythmus (lásd fent).

Előbbi esetben a sinus alaprhythmus után azt olvassuk a leletben, hogy *extrasystolés arrhythmia,* amit ennek közelebbi meghatározása követ: *sinus-, auricularis, atrioventricularis — nodalis* (alfajai: supra-, meso- infranodalis), vagy *kamrai extrasystolia,* sőt esetleg azt is megtudjuk, hogy *több gócú* az extrasystolia, vagyis a szív különféle helyeiről indulnak ki az egyes extrasystolék.

A *kamrai extrasystole,* ha nem több gócú és csak elszórtan jelentkezik, lehet ártalmatlan ideges jelenség is. Ha azonban több gócú, ha bizonyos gyakorisággal lép fel, ha egyéb kóros EKG-jelekkel szövődik, ha a normalis systolékkal szabályos csoportokat *(bigeminia, triquadrigeminia* stb.) alkot, akkor vagy szívizombetegség, vagy túl erős digitalis hatás következménye.

Ha nem kamrai eredetű az extrasystole, hanem a szív egyéb részeiből indul ki (lásd fent), az súlyosabb megítélés alá esik: úgyszólván mindig szívizombántalom jele. Még komolyabb, ha többféle kiindulású extrasystole együtt fordul elő.

A járulékos rhythmusokkal történő combinatiókat (pararhythmiák) ritkaságuk miatt nem tárgyaljuk.

Zárday Imre dr.
OTBA h. orvos.

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

Esetek a baleseti szakvéleményezés köréből.

Septikus fertőzés miatt végzett combamputatio baleseti eredete.

D. L. 44. éves gyári munkást 1934. febr. 3-án vették fel a p..i kórházba, ahol a térdalji tájék phlegmoneja és septikus térdizületi gyulladás kórismével május 28-ig kezelték. Baleseti sérülésről sem a kórházban, sem az őt előzőleg kezelő orvos előtt nem tett említést, a kórházban csak annyit mondott, hogy 2 héttel felvétele előtt bal lábán kis hólyagok keletkeztek, amelyeket felvakart. Néhány nappal ezután magas láz kíséretében térde megduzzadt és erősen fájni kezdett. A kórházban a térdalji phlegmonet többszörös bemetszéssel feltárták, de a folyamat tovább terjedt, majd a térdalji ütőérből ismételt súlyos utóvérzés jelentkezett, úgy, hogy végül a combot a felső harmadban csonkitani kellett. A kórházból távozása után még hosszabb ideig tartó utókezelésben részesült, de balesetről ekkor sem tett említést. Balesetbejelentés csak a kezelés teljes befejezése után, okt. 25-én történt, ugyanekkor vettek fel balesetvizsgálati jegyzőkönyvet is. Ebben az igénylő már azt állítja, hogy 1934. jan. 25-én festékhordás közben a lépcsőn megcsúszott, miáltal bal lábán és térdén horzsolásokat szenvedett. A gyárban ólomfehérrel, chromsárgával és egyéb festékekkel dolgozott, ezért baját festékmérgezésre vezeti viszsza. Elismeri azonban, hogy bal lábán már a baleset előtt is volt egy kis pattanás, amely miatt lába be volt kötve. Ezt igazolja a tanuként kihallgatott üzemvezető is, aki azt vallja, hogy látta az igénylő balesetét, de annak semmi jelentőséget nem tulajdonítottak s azért be sem jelentették.

Az 1935. jan. 8-án történt felülvizsgálat megállapítja, hogy a bal comb a középső és felső harmad határán csonkítva van. A csonk lágyrészekkel jól fedett, de a műtéti hegben még borsónyi, genyedő sipolynyílás van. Ólommérgezésre utaló tünetek nincsenek.

Vélemény: A rendelkezésre álló adatokból megállapítható, hogy igénylő a bal térdalji tájék súlyos genyes kötőszöveti gyulladásában s ebből származó vérmérgezési tünetekben szenvedett. A kezelés folyamán valószínűleg a térdalji ütőérnek genyedés okozta kimaródása folytán súlyos vérzések léptek fel úgy, hogy életmentési célból combcsonkítást kellett végezni.

A bántalom kiindulási pontja biztosan meg nem állapítható, de lehetséges, hogy azt az igénylőnek már a baleset előtt is fennállott lábsebe, vagy pattanása képezte. — Megtörténik, hogy ilyen, már előzetesen is fertőzött seb, vagy pattanás külső erőművi behatás folytán tovaterjedő fertőzés forrása lesz s olyan súlyos szövődményeket okozhat, hogy azok végeredményben a végtag csonkitását teszik szükségessé. Hogy azonban a fennforgó esetben történt-e ilyen balesetnek minősíthető erőművi behatás, azt orvosi szempontból még valószínűséggel se lehet megállapítani, sőt számos körülmény szól amellett, hogy baleset egyáltalán nem történt. Nem mulaszthatjuk el rámutatni arra a körülményre, hogy az igénylő sem az első kezelőorvosnak, sem pedig a p..i kórházban, sem az utókezelő intézetben semmiféle balesetről említést nem tett. Balesetbejelentés csak a kezelés teljes befejezése és az állítólagos baleset után kilenc hónappal történt. — Baleset ellen szól az a körülmény is, hogy az igénylő bajának eredetét többféle és egymással teljesen ellentétes módon adta elő. Az első kezelőorvosnak a baj eredetéről egyáltalában nem nyilatkozott, a p..i kórházban azt mondta, hogy lábán két héttel előbb hólyagok keletkeztek s ezek felvakarásából származott a baj, viszont az utókezelő intézetben és a felülvizsgálator is festékmérgezésről beszélt. Ez utóbbira vonatkozólag meg kell jegyeznünk, hogy vizsgálatunk eredménye szerint az igénylő nem szenved sem ólom, sem egyéb mérgezésben, különben is festéktől hasonló betegségeket kapni nem lehet.

A fentiek alapján az a véleményünk, hogy orvosi szempontból az igénylő betegségének balesettel összefüggését megállapítani nem lehet, mert a rendelkezésre álló adatok erre kellő tárgyi alapot nem nyujtanak.

Epikrisis. Baleset ellen biztosított egyének érthető törekvése, hogy genyes fertőzéseiket és ezek következményeit, különösen, ha azok, mint fenti esetben súlyosak, balesettel hozzák okozati összefüggésbe. Természetes, hogy minden ily esetet „sine ira et studio" a legnagyobb tárgyilagossággal kell elbírálni. A puszta lehetőség azonban a kártalanítás alapjául nem szolgálhat. Nemcsak a baleset megtörténtét kell hitelt érdemlő módon igazolni, de azt is, hogy a trauma alkalmas volt-e a genyes gyulladás létrehozására, illetve súlyosbítására.

Milkó Vilmos dr.
egyet. c. rk. tanár.

Az eves tüdőfolyamatok szagtalanítása.

Az a terjedelmes irodalom, mely a tüdő eves szétesésének gyógykezelésével foglalkozik, egyöntetűen megegyezik abban, hogy heveny esetben először 6—8 hétig a belgyógyászati kezeléssel kell kisérletet tennünk s csak ennek sikertelensége esetén kell műtéti beavatkozáshoz folyamodnunk (pneumothorax, phrenicusexairesis, pneumotomia.)

A belgyógyászati kezelés feladata az erőbeli állapot megtartása, a váladék kiürítésének megkönnyítése és az eves szétesés csökkentése, mely utóbbi mind a beteg, mind a vele egy kórteremben lévő betegtársak szempontjából is igen lényeges. Ma még sajnos nem minden esetben rendelkezünk olyan oki gyógymóddal a tüdőüszköt illetőleg, mely a folyamatot biztosan megállítani, vagy kigyógyítani tudná, de olyannal sem, amely rövid idő alatt szagtalanítja.

A tüdőüszök gyógykezelésében igen nagy haladást jelentett a *Perrin, Brauer, Kissling, Kampf,* stb. által bevezetett arsenobenzol-kezelés, melynek segítségével számos esetben igen rövid idő alatt teljes szagtalanítást tudtunk elérni, míg más esetekben, — különösen, ha a beteg csak hosszabb idő múlva jelentkezett gyógykezelésre —, csak jóval később, vagy egyáltalán nem jutunk megfelelő eredményhez. Hátránya, hogy az amúgy is toxinokkal telt szervezetben a már magában véve is mérgező anyag esetleg súlyos melléktüneteket válthat ki. A többi symptomatikus szerek, illóolajok, terpenek, desinficiensek, stb. szagtalanítást csak igen kis mértékben fejtenek ki.

Osztályunkon különféle anyagokkal kisérleteztünk s az *epesavas sókban* jutottunk olyan anyagokhoz, melyek hatására már egy-két napi kezelés után szagtalanodni kezdtek a bűz miatt csaknem önmagukat is utáló betegek. Ez utóbbi anyagok eddig egyetlen egy esetben sem hagytak cserben bennünket. Hangsúlyoznunk kell azonban, hogy bár a kruppos tüdőgyulladás alapján létrejött eves lob specifikumának látszanak, a gangraenának, vagy más eves tüdőfolyamatnak nem absolut biztos gyógyszerei. A recidiváktól sem óvnak meg, csupán gyorsan és biztosan szagtalanítanak, anélkül, hogy a szervezetre ártalmas hatást gyakorolnának. Hatásukat az adagot és az azzal elért javulást tekintve kisfokban antiseptikusnak is kell ítélnünk, hiszen napi 4—6 g mennyiség eléri a vérben a *Mündel* által is bactericidnek talált 0.2 százalékot.

Az injectiókat a betegek jól tűrik és eltekintve a szájban megjelenő keserű ízérzéstől, melléktüneteket nem észleltünk. Dehydrocholsavas-natrium alkalmazása

közben egyes esetekben visszérrögösödés jelentkezhet, bár ritkábban, mint taurochlorsavas natrium alkalmazása esetén.

Az első három napon reggel, este 20%-os dehydrochlorsavas-natriumból (Suprachol Richter) 10 ccm-t (1 ampulla) adtunk visszérbe. Azért alkalmaztuk a *supracholt*, mivel e vegyületnek más epesavas sókhoz képest legkisebb a mérgező hatása. A következő 3 napon 1—1 ampullát, majd a továbbiakban heti egy ampullát kapott a beteg. A leírt injectio hatása a 10%-os taurochlorsavas-natrium ugyanilyen mennyiségének hatásával egyezik, toxicitása azonban valamivel kisebb.

Az injectio beadása után subjective már ½—1 óra múlva jobban érzi magát a beteg. A kórterem rendszerint már a második napon szagtalanná válik. Két-három napi kezelés után a betegek már csak köhögéskor éreznek szagot. 5—7 nap múlva ez is teljesen eltünik. Az injectiókat a szagérzés teljes megszünése után abbahagyjuk és csak olyan esetben adunk újabb injectiókat, ha a bűz ismét jelentkeznék. Ilyenkor legtöbbször egy injectio is elég. Kivételes esetekben, ha a kivánt eredmény csak lassan következik be, nyugodtan, megszakítás nélkül is tovább adagolhatjuk a szert anélkül, hogy mérgező hatástól kellene tartanunk. Egyik esetünkben az injectiós kezelés megkezdése után már a harmadik napon eltünt a szag, a kezelés kihagyása után azonban csakhamar ismét visszatért. Az ilymódon többízben visszatérő szag azonban újabb és újabb injectio adagolására minden esetben rohamosan eltünt. 20 nap múlva a beteg meghalt. A boncoláskor kiderült, hogy a férfiökölnél nagyobb eves üregben egy csaknem kisalmányi cafatos eves nekrotikus szövet-conglomeratum volt, mely a drainálo hörgőn keresztül nem távozhatott el. Feltevésünk szerint ez az eves, cafatos conglomeratum volt az oka annak, hogy a szert gyakrabban kellett injiciálnunk.

Késői szövődményt sem a tüdő, sem más szervek részéről nem észleltünk. Vérszegénység, haemoglobinuria sohasem jelentkezett. A vérsejtsüllyedés és a fehérvérsejtszám nem változik. A vércukor az injectio beadása után 1 óra múlva 15—30 miligramm százalékkal csökken, két óra múlva visszaemelkedik a kiindulási értékre. Olykor 5—10 miligramm százalékkal túl is haladja azt. A vizelet mennyisége nem változik.

A 18 eset közül két esetben a kezelést 33%-os intravenás alkoholinjectiókkal combináltuk éspedig úgy, hogy az egyik beteg első nap reggel és este supracholt kapott, a másik napon pedig intravenás alkoholt, a másik beteg viszont reggel supracholt, este pedig alkoholt három napon keresztül. Abban az esetben, ha a beteg ugyanazon a napon kapja a supracholt és alkoholt, a suprachol hatás egyáltalában nem jelentkezik, míg ha felváltva adjuk a szereket, némi — bár alig észrevehető — hatást megfigyelhetünk. Ezirányban további megfigyelések szükségesek.

Shimizu és *Murakani* megállapították, hogy ha az epesavakat per os nyújtjuk, növekszik a vizelet útján történő kiürítés, míg ha visszérbe adjuk, csaknem egész mennyiségükben az epével választódnak ki s csak kis részük ürül ki a vizelettel. Ugyancsak az említett szerzők vizsgálataiból tudjuk, hogy az „A" vitamin általában csökkenti a kiválasztódást s ezáltal a vérben fokozódik az epesav-concentratio. A fenti elgondolásból kiindulva 4 esetben a kezelést „A" vitaminnal combináltuk és azt tapasztaltuk, hogy ha előzetesen legalább 2 injectiót nem adtunk naponta, akkor a bűz nem tűnt el, de ha az injectióval egyidőben napi 30.000 I. E. „A"-vitamint is kapott a beteg, akkor már napi egy injectio is elég volt a szag eltüntetésére, ami azt bizonyítja, hogy az „A"-vitamin — valószínűleg a kiürülés elhúzódása miatt — kitolja az epesavas sók hatását. Ez az eljárás már csak a vivőér kimélés szempontjából is nagyjelentőségű, de amellett az „A"-vitamin magát a folyamatot is jótékonyan befolyásolja.

A kezelés salvarsannal, guajacollal, camphorral, trypaflavinnal és colloidalis ezüsttel combinálható, melyek általában az eredményt javítják.

Összegezve: azt találtuk, hogy az epesavas-sók az eves tüdőfolyamatokat a legrövidebb idő alatt szagtalanná teszik, anélkül, hogy a szervezetre a legcsekélyebb ártalommal volnának. Az „A"-vitaminnal combinált kezelés a hatást fokozza, az alkohol — úgylátszik — csökkenti.

Hogyan László dr.
alorvos, Nyíregyháza.

Cremaster-reflex mint az ulcus-fájdalom objectiv tünete.

Hinrichs közölte először, hogy gyomor és duodenum fekélyes betegeken a legfájdalmasabb hasi pont nyomására az esetek legnagyobb részében a jobb oldali here felhúzódik.

Boenhardt később közölt vizsgálatai *Hinrichs* észleleteit megerősítették.

Minthogy osztályunkon bőséges fekély anyag áll rendelkezésre, több mint ötven esetben végeztünk ilyen irányban vizsgálatokat Rtg negatív, Rtg positiv gyomor, illetve duodenum fekélyes, valamint vérző gyomor fekélyes betegeken. Vizsgálatainkat kiterjesztettük még gastritis, cholecystitis és pancreatitis megbetegedésekre is. Betegeinket laposan fektetve, felhúzott térdekkel ellazított hasfalon tapintva vizsgáltuk úgy, hogy a subjective legfájdalmasabbnak jelzett pontra gyakoroltunk nyomást egy ujjal. Igy nyert észleleteinket az alábbiakban foglalhatjuk össze: 53 Rtg-el kimutatott positiv ulcus esetből 49 esetben a legfájdalmasabb pont nyomására a jobb oldali here emelkedett, függetlenül attól, hogy melyik oldalon volt a legérzékenyebb nyomási pont, még pedig minél frissebb és kifejezettebb volt az ulcus, annál nagyobb mértékben. 4 esetben a baloldali cremaster reflex volt positív. Egyéb pontok nyomására reflex nem volt kiváltható. Vérző ulcus esetében még igen enyhe nyomásra is azonnal megjelent a jobboldali cremaster reflex. A fekély gyógyulásával párhuzamosan a cremaster reflex intensitása is fokozatosan csökkent. Általában a 3., 4. héten vált negatívvá. Positív volt a reactio, néha gastritis, cholecystitis, pancreatitis eseteiben is. És pedig 16 gastritisből 3 esetben, 9 cholecystitisből 2, 4 pancreatitisből ugyancsak 2 esetben nyertünk positív jobboldali cremaster reflexet a legfájdalmasabb pont nyomására. Ilyenkor azonban a kórelőzmény, subjectív panaszok, a hasi érzékenységnek az ulcusostól eltérő volta ad útbaigazítást már a Rtg. vizsgálat és a vérkép megvizsgálása előtt.

A cremaster reflex ily irányú vizsgálata jó diagnostikus segédeljárás. Jelentősége főleg intézeten kívüli esetekben van, amikor jelenléte figyelmeztet a Rtg. vizsgálat elvégzésére. Jól felhasználható színlelés esetében is, amikor éppen az orvosilag legnehezebben ellenőrizhető hasi fájdalmak valódisága felől adhat értékes felvilágosítást a beteg, illetve vizsgált egyén tudta nélkül.

Pelle László dr.
közkórházi alorvos,
Szt. Margit kórház

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Jubileumi évfolyam

A végbélkúpokról.

Gyógyszer alkalmazásának legtermészetesebb módja az, hogy a beteg az orvosságot száján át veszi be, lenyeli. Ennek sok akadálya lehet. Van olyan beteg, aki semmiféle orvosságot, vagy bizonyos orvosságot nem tud bevenni. Sokkal fontosabb, ha a száj, a nyelv a torok valamilyen gyulladásos betegsége miatt a nyelés annyira fájdalmas, hogy a beteg az orvosságot nem tudja lenyelni; heveny torokgyulladás, mandulagyulladás, mandula körüli tályog eseteiben, mandulaműtétet követő első három napon ez gyakran fordul elő. Ritkábban nehezíti meg a nyelést a gégefő vagy a nyelőcső valamilyen komolyabb megbetegedése. Lehet a betegnek olyan gyomorbaja (például heveny gyomorhurut, pangásos hurut) vagy a gyomortól független olyan baja, amely miatt mindent kihány, a lenyelt orvosságot is; ilyen pl. a migrain, az uraemia, az agydaganat stb. Maga az orvosság is hányást válthat ki. Van olyan eset, ahol a szájon át vett orvosság hatástalan, mert a bélcsatornában elbomlik vagy nem szívódik fel vagy felszívódik ugyan a bélből, de egészben vagy tulnyomó részben megköti a máj. Mindezen esetekben elsősorban az orvosság befecskendezésére gondol az orvos, ez a legbiztosabb gyógyszeradási mód. A befecskendezés azonban, akármelyik alakjában is végzi az orvos, mindig sebészi beavatkozás, aminek a legnagyobb gondosság mellett is van vagy lehet veszedelme, ha csak elenyésző csekély is az, sokszor fáj is a befecskendezés, sok beteg irtózik vagy fél tőle. Nagy könnyebbséget jelent azért, ha adott esetben az orvosságot végbélen át lehet adni. Ez történhet kis végbélbeöntés vagy egyszerűen és kényelmesen végbélkúp alakjában.

A végbélből felszívódik minden gyógyszer, amely a vékonybélből is felszívódik; a felszívódás nem olyan gyors, mint a vékonybélből, hiszen ott a nagy felületet alkotó bélbolyhok gyorsítják a felszívódást. Mivel azonban a szájon át vett orvosságnak a gyomron kell keresztülhaladnia, ahol semmi, vagy csak kevés, szívódik fel, a végbélkúp alakjában adott gyógyszer sokszor gyorsabban hat, azaz gyorsabban szívódik fel, mintha a beteg lenyelte volna. A végbélbe került béltartalomból táplálék már nem szívódik fel. A táplálék felszívható része teljességében már a vékonybélben került felszívódásra, a vastagbélben és a végbélben már csak víz szívódik fel. Végbélen át a bélbe juttatott táplálék fehérjéje, zsirja nem szívódik fel, mert a végbélben már soha nincsen az ehhez szükséges előkészítő fermentum. Cukor és aminosavak felszivódnak. Gyógyszerből felszivódik minden, ami vízben, vagy lipoidban oldódik és diffusibilis. A végbélkúp alapanyaga olyan, amely szobahőmérsékleten szilárd és ily módon a végbélbe betolható, a végbélhőmérséken ellenben megolvad. Legalkalmasabb erre a kakaovaj, a mely 28 C°-on olvad. Ennek semmiféle ingerlő hatása nincsen a végbélre és hosszabb idei állás után sem bomlik el.A kakaóvaj tisztán mint vivőanyag szerepel, ebből, ha megolvad, felszívódik az orvosság, a kakaóvajból magából semmi sem szívódik fel. Ha végbélkúpot készítünk ugyanazon fokon oldódó paraffinból, a melyből még a vékonybélben sem szívódik fel semmi, az orvosság ép úgy felszívódik belőle, mint a kakaóvajból. A kúpot persze üres végbélbe kell behelyezni, a végbelet kitöltő bélsártömegbe kerülő kúp változatlanul ürül ki. Kakaóvajból készült kúp gyorsan oldódik fel a végbélben és gyorsan szívódik fel belőle az orvosság; novuritkúp alkalmazása után gyakran halljuk a betegtől, hogy csak 10—15 percen át tudta tartani a kúpot, mert székelési ingert váltott ki és a mellett a diuretikus hatás mégis nagyon intensiv volt, tehát az orvosságból elég szívódott fel. A végbél türő képessége kúppal szemben nagyon különböző, van aki a tiszta kakaóvajat sem bírja jól és van olyan, akin még a novuritkúp sem okoz semmiféle székelési ingert vagy erőltetést.

Van olyan kúp, melyet épen azért alkalmazunk, hogy ingerlő hatásánál fogva székelési ingert váltson ki és ilymódon székkiürítéshez vezessen. Ilyen a glycerinkúp, a szappankúp, az epesavakat tartalmazó kúpok. Ezekről most nem akarok szólni (ép úgy azokról a kúpokról sem, a melyeknek célja a végbél helyi gyógyítása), csak azért említem meg, mert ingerlő hatásánál fogva sok orvosság nem alkalmas arra, hogy végbélkúp alakjában adjuk, ilyen pl. a chinin, a jódnátrium, a bromnatrium stb. Érdekes e szempontból, hogy az injectióban nagyon ingerlő novuritot kúp alakjában az esetek nagy részében jó sikerrel lehet alkalmazni. Van azonban olyan ember, aki a novuritkúpot erősen irritáló hatása miatt nem birja, pedig nagy szüksége volna reá. Megkíséreltem ezt elhárítani azzal, hogy vivő anyagul a kakaóvajnál nehezebben oldódó anyagot választottam, kakaóvaj-paraffinkeveréket vagy a kakaóvajnál nehezebben oldódó tiszta paraffint stb., nagy sikert íly módon sem értem el, akkor sem, ha a novuritkúpba anaesthesint tettem. 20—30 perccel a novuritkúp bevezetése előtt adott 8 csepp opiumtinctura bevételével a legtöbbször jól el lehetett érni azt, hogy a beteg a novuritkúpot minden székelési inger, vagy csikarás nélkül könnyen tudja visszatartani.

Milyen orvosságot adhatunk már most végbélkúp alakjában? — Opiumot, extr. opiit, morphiumot, extr. belladonae-t igen jól lehet végbélkúp alakjában alkalmazni; ennek igen nagy a fontossága és nagy az alkalmazási köre pl. a mikor az epekőbajban vagy a gyomorkrisisben szenvedő hirtelen rohamot kap, mindent kihány és az orvos nincsen kéznél, hogy befecskendezést adhasson. Jól hat kúp alakjában az amidazophen; 30—50 centigramm sem irritál. Jó szolgálatot tesz az ilyen kúp migrain ellen, ha a beteg hány vagy fájdalmas nyeléskor. Ha mandulaeredetű izületi gyulladás lezajlása után kivétetjük a mandulát, célszerű az első 3—4 napon részben a fájdalom csillapítására, másrészt az izületi gyulladás kiujulásának meggátlására 4—5 30 centigramos amidazophenkúpot adni naponként. Lázcsillapítónak is jó a 20 centigrammos amidazophenkúp. Altatók: veronal, medinal, luminal, etoval, phanodorm, stb. nagyon jól alkalmazhatók kúp alakjában, épen úgy ezeknek combinatiója amidazophennel, az ilyesfajta kúpokból nagyon sok van forgalomban; ilyen a ditonal, novisomnol, hypanodin, cibalginkúp, stb.

Hypertonia essentialis súlyosabb alakjaiban osztályomon jó sikerrel alkalmazunk olyan kúpokat, amelyekben 8—10 centigramm natrium nitrosum, 4—6 centigramm perparin vagy papaverin és 1—2 centigramm ac. phenylaethylbarbituricum van. 2 ilyen kúpot napon-

ta heteken keresztül adunk a betegnek, a hatás néha igen jó, vasomotoros krisis ellen 3 ilyen kúpot is vehet a beteg. Ezek a kúpok nemcsak jól helyettesítik a natr. nitr. befecskendezéseket, de mivel hatásuk tartósabb, jobbak is azoknál.

Nagyon fontos a digitalis kúp. A szerzők egész sora a digitalisnak végbélkúp alakjában alkalmazását a per os használatnál sokkal hatásosabbnak tartja. *Scherf, Brugsch* szerint a végbélkúp alakjában adott digitalis nagyobb adagja hatásában megközelíti a vivőérbe fecskendezett, strophantinét. Nagy pangásos máj esetén ne is próbálkozzunk a szájon át adott digitalissal, az valószínüleg teljesen hatástalan lesz. A végbélen át adott digitalis nem kerül a vena portae-n át a májba, ahol megkötődik, hanem a vena cava inferioron át közvetlenül a szívbe. Egyszerű pulvis fol. Digitalisból készült kúp, a digitalis levél saponin anyagánál fogva hosszabb alkalmazás mellett kissé irritál. Teljesen izgalommentes az adigankúp, a digitalis dispertkúp vagy a verodigenkúp. Sok súlyos incompensatiót szüntettem meg már gyorsan naponta 3—4-szer adott digitalis végbélkúppal (egy kúp megfelel 15—20 centigramm digitalispornak). Több olyan szívbetegem van, aki májduzzanata miatt állandóan kúpalakban veszi a digitalist és aki hetenként kétszer adott 20 cg-os kúppal sok hónapon át, sőt több évig, aránylag jó állapotban tartható.

Nagyon fontos a novuritkúp. A novurit (miképen a hasonló hatású többi kéneső húgyhajtó) ma tudvalevőleg a legerősebb és legmegbizhatóbb, a mellett legártalmatlanabb húgyhajtó, a mely a purinkészítményeket ma már úgyszólván teljesen kiszorította. Per os nem, vagy alig és ritkán használ. Bőr alá nem lehet befecskendezni, mert elhalást okoz. Vagy izomba kell fecskendezni, ami némely betegnek nagyon fáj, vagy vivőérbe. Ez teljesen fájdalmatlan, de jól kell csinálni, mert a vena mellé kerülve, nagy bajt okoz. Ezért dolgoztam ki évek előtt a kúpalakban alkalmazást, a mely világszerte elterjedt és amit utánoznak a salyrgan-, esidron- és a dilurgenkúppal. Egyik sem tökéletes, még legkevésbbé izgatja a végbelet a novuritkúp. Nem hat oly jól, mint a befecskendezés, de 2—3 liternyi diuresist egy kúppal sokszor lehet elérni. Ne alkalmazzuk gyakrabban, mint negyednaponta, legjobb csak hetenként egyet adni. Ha a végbél csak a legkisebb mértékben is irritált (gyulladásos csomó, végbélrepedés, proktitis), nem szabad alkalmazni. Van betegünk, aki novuritkúpot évek óta használ hetenként, 2 hetenként, mindig jó a hatása és ennyi idő után sem okozott végbélhurutot.

Nagyon érdekes, hogy végbélkúp alakjában jól alkalmazható olyan hormon, a mely szájon át hatástalan vagy nagyon gyenge hatású. Nagyon jól hat pl. asthma ellen az asthmolysin kúp, amelynek hatóanyagai per os teljesen hatástalanok (adrenalin- és hypophysis-kivonat). Úgy látszik elég jó hatásuak, a per os alkalmazásnál hatásosabbak, a női sexualis hormont tartalmazó kúpok, a glandubolin, hogival, menformon, lutocrescin (gonadotrop, hypophysis-hormon) kúp, hatásukban persze nem közelítik meg a befecskendezés alakjában adott e készítményeket.

Rövid közleményemben nem sorolhatom fel persze az összes kúpalakban alkalmazható orvosságokat. Gyermekorvos kartársaimtól hallom, hogy csecsemőknek és egészen fiatal gyermekeknek is nagy sikerrel és könnyen adható be orvosság kúp alakjában.

Engel Károly dr.
egyet. c. rk. tanár.

Atropin és vas a gyomorfekély kezelésében.

Az atropin gyógyító értéke a gyomor és nyombélfekély kezelésében évtizedek óta ismert. De nem ismeretes az a gyógyhatása, melyet nagy adagjai a sympathicuson keresztül fejtenek ki.

Az atropint, mint a parasympathicus bénítóját ismerjük és használjuk. A vaguságak bénításával a simaizmok görcsét oldjuk s az emésztőmirigyek elválasztását csökkentjük. A simaizomgörcsöket, ugymint a röntgennel ellenőrizhető fokozott, izgatott antrális játékot, a hyper és antiperistaltikát, az elsimuló hullámokat, a hypertoniát, a sphincter pylorinak nem eléggé tág kinyilását, az apró antrumképződést és leválást, a fekély okozta fokozott idegingerlékenység hozza létre. Ezeknek a görcsös összehuzódásoknak atropinos oldásával a fekélygyógyuláshoz szükséges nyugalmat igyekszünk megteremteni.

A röntgenátvilágítás igazolja, hogy gyógyszeres atropinadagok ezt a szükséges nyugalmat biztosítani nem tudják. Az antrum pylori játéka, mely a fekély activitásának legbiztosabb jele, továbbra is fokozott. Elég gyakran paradox hatású is a gyógyszeres atropinadag s a reflectorikus pylorusgörcs okozta 2—4 órás röntgenmaradék atropin használatakor még nagyobb is lehet, bár a peristaltika nem csökkent. Gyógyszerhatástani kisérletek szerint az Auerbach-plexust gyógyító adagban az atropin izgatja, csak a tetanusos görcsöt oldja, a rendes peristaltikát nem csillapítja. Mindezzel ellentétben a gyógyszeres adagon felüli, sokszor már mérgező adagolásban, mind állati kisérletekben, mind emberen tett megfigyelések szerint a sympathicusra is bénító hatással van és teljes nyugalmat tud teremteni. Mérgező adagokkal dolgozni természetesen nem szeretünk, annál kevésbé, mert az egyéni érzékenység éppen atropinnal szemben számottevő. Egy irodalmi közlés szerint a legnagyobb, mérgezés nélkül megtürt atropinmennyiség emberen belsőleg lassú hozzászoktatással 13 mgm volt 36 óra alatt.

A gyógyító atropinadag az emésztőmirigyeknek is csupán elválasztó idegvégződéseit bénítja, maga a mirigysejt tovább is elválaszt, sőt a sympathicus felől fokozottabb elválasztásra ingerelhető. A mirigysejtek is csak a sympathicus bénításával helyezhetők nyugalomba. Igy hyperaciditás ellen eredményesen küzdeni csak a mirigysejtek egyidejű bénításával tudunk.

Ezeket a feladatokat az atropinum sulfuricum vénás alkalmazása megoldja s gyógyító értékének teljes kihasználását mérgezés veszélye nélkül lehetővé teszi. Tizenöt év többezernyi tapasztalata és számtalan röntgenellenőrzés igazolja ezt.

A vénába adott atropin szokásos gyógyszeres adagja, $^1/_3$ mgm—1mgm, oly töményen kerül a vérbe s az idegvégződéshez, amilyen töménység perorális vagy subcután alkalmazásakor csak mérgező adagokkal lehetséges. Átlépi tehát a vagusbénítás küszöbértékét és a sympathicust is bénítja. Ez minden megfigyelt eset röntgentanulsága. — Hatásmagyarázatához tartozik: a gyomornyálkahártya hirtelen kiszárítása, az activ forró bővérűségkeltés, az értágítás és a kisérő gyomorhurut kedvező befolyásolása, ami mind, úgy látszik, lökést ad a gyógyulás irányában. Nemcsak mérgezést nem okoz, hanem intravénásan általában sokkal jobban tűri az ember. Mindössze torokszárazságot szokott okozni, ami per-

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

cek mulva jelentkezik s esetleg órákig is fennáll, de inkább csak az első injectiók után. Pupillatágulat, accomodátiós zavar a legrítkább esetben támad, a munkaképességet tehát nem befolyásolja. Hosszas használata néha étvágytalanságra vezet. Tachykardiát nem okoz, szív vagy agyi tüneteket nem észleltünk, vitium nem tiltja. Úgy látszik, hogy a szívbeli vaguságakra az i. v. atropin nem electiv. Több ezer injectio egyetlen esetében sem csinált semmiféle kellemetlenséget még az 1 mgm-os adagja sem. Ennél nagyobb adagot nem fecskendeztünk, mert ennek szükségét nem láttuk.

A szükséghez képest tiz-húsz napon keresztül naponta adunk i. v. atropinum sulfuricumot fél vagy egyezrelékes oldatban. Az első alkalmakkor ⅓ mgm.-ot, melyet csakhamar fél, esetleg, ha a panaszok nem mulnának, ⅔ mgm.-ra emelünk. A legrítkábban volt szükség 1 mgm alkalmazására. Ha a heves fájdalmak már több atropininjectióra sem szüntek, tanácsos opium-kivonatból (vagy domoponból) 2—3 tizedet, tehát 2—3 mgm.-ot atropinnal együtt injiciálni. Ilyen kis adagolásban az i. v. opium semmiféle kellemetlenséget sem csinál, ellenben a leghevesebb fájdalmakat is pillanatok alatt elmulasztja s opiummegszokást nem okoz. A kőfájdalmak kezelésében van ennek az egyfecskendős i. v. injectiónak nagy gyakorlati jelentősége. Nagyobb opiumadag felesleges, annál is inkább, mert 5 mgm.-tól már szédülhet a beteg, különösen, ha gyorsan fecskendezünk s ez a szédülés ilyenkor már a fecskendezés közben vagy rögtön utána jelentkezik és pillanatokig tart.

Az i. v. atropintól a beteg hamar, már 1—3 befecskendezés után panaszmentessé válik, fájdalmai megszünnek, szintúgy a hyperaciditása is. Utóbbira vonatkozólag a fractionált próbareggeli vizsgálatok igen érdekes adatokat nyújtottak.A legnagyobb értékcsökkenés néha percek múlva jelentkezett, máskor fél-egy óra múlva. Röntgennel a fekély objectiv gyógyulása észlelhető a fekélytasak megkisebbedésével, esetleg megszünésével, de az antrum mozgékonysága mindig rendessé válik.

Az összes ismert fekélykezelést kipróbálva, összehasonlító adatok alapján is teljes meggyőződéssel hangoztatjuk, hogy az i. v. atropin a leggyorsabb ható módszer a fekélykezelésben. Több száz gyógyult eset tanulságáról már többizben beszámoltunk, először 1928-ban. A kiujulásokat szintén gyógyítja. Recidivákkal évek hosszú sora alatt, sajnos, elég gyakran találkoztunk. Egyéb fekélykezelés egyidejű igénybevételére (pld. *Gerulkin)* a legrítkábban volt szükség. Általában azt tapasztaltuk, hogy az atropinhatás elmaradása esetén nem fekélyről volt szó, illetőleg a fekélynek arról a ritka esetéről, ahol minden egyéb belkezelés is eredménytelen volt és pylorusstenosis nélkül is műtéti megoldásra kell gondolni.

Hyperaciditás, hányás, csuklás, a gyomor, vékony-, vastag- és végbél spasmusai, általában ezek vegetativ túlérzékenysége, pancrealgia és pancreatitisek, hepato- és cholepathiák, vese, ureter, hólyag és méhgörcsök, tabeses fájdalmak és asthma bronchiale a további javallati területek. Heveny és idült, továbbá vasomotoros nátha, terhességi hányás és parkinsonismus több esetében is jóhasznát látjuk az i. v. atropinnak.

A *ferrum reductumot* már évek óta eredménnyel használjuk a vérző gyomor és nyombélfekély kezelésében. Röntgenvizsgálatok mutatták, hogy a ferr. reduct. sokáig tapad a gyomor nyálkahártya redőzetének egyes részein, órák, néha napok mulva is még foltosak főleg a nyákkal borított hurutos, duzzadt ráncok. Láttunk tapadó foltokat egyszerű fekély eseteiben a röntgengyanus helyeken. Feltételeztük tehát, hogy a vérző belyeken is megtapad, ezeket bevonja, edzi s a vért megalvasztja.

A vasnak a fehérjékhez nagy affinitása lévén, számíthattunk arra is, hogy éppen a véres, nyákos, hurutos helyeken fog üres gyomor esetében a fehérjékkel vegyileg kapcsolódni. Erre hívja fel figyelmünket a záptojásszagú felböfögés, mely jelenség szabadsósav esetében majdnem mindig megvan. A fehérje kénje a vasból fejlődő hydrogennel kénhydrogent képez, miután a színvasból a sósav hatására ferrochlorid támadt. Achylia esetében ez nincs meg, és ferrochlorid sem képződhetik a színvasból.

A vérzésre gyakorolt kedvező hatásáról több esetben meggyőződvén, ezentúl vérző fekélyes eseteinkben más vérzéscsillapításról nem is gondoskodtunk. Többször napjában kiskéshegyenkint adagoltuk a vasat ostyában korty hideg vizzel, később háromszor naponkint 0.10—0.20 gm.-ot elegendőnek találtunk. Ilyen kis adagban a gyomor jól tűri, gyomornyomásról csak kevesen panaszkodtak, néhányan a záptojásszagú felböfögéstől szenvedtek.

Ezekben a vérző esetekben a vérzés megszüntével tovább is adtuk a vasat, tekintettel a vérzés után majdnem mindig beálló másodlagos vérszegénységre. És itt szereztük második therápiás észlelésünket: a vérzékenység és a vérszegénység sohasem váltak olyan kifejezetté, mint a vas nélkül gyógyítottakon, a vörösvérsejtek s a vérlemezkék számának szaporodása, a Hgb. érték emelkedése gyorsan beköszöntött. Nem gyengültek el a betegeink s klinikailag is gyorsabb volt a gyógyulás.

Természetesen az egyidejű atropinkezeléstől nem tekintettünk el, hiszen a vasadagolást vérző esetekben csak segítő eljárás gyanánt alkalmaztuk.

Összefoglalás: A venába fecskendezett atropin gyorsabban gyógyítja meg a peptikus fekélyt, mint a protein, az aminosav, a hormonalis vagy egyéb ismert eljárás. Vérzés esetében a ferrum reductummal combinálás az eljárást kiegészíti. Az így adott atropin a sympathicust is bénítja. A színvasból a gyomor sósavának hatására lehasadó ferrochlorid helyi vérzéscsillapító, edző, bevonó, granulátiót serkentő és savkötő hatásán kivül roborál is és áthangoló hatást gyakorol.

Henszelmann Aladár dr.
egyetemi magántanár.

A hyperaciditás gyógykezelése.

A hyperaciditás nem önálló betegség, hanem mindenkor csak egy tünet és így helyes gyógykezelése nem állhat sohasem abban, hogy csak a hyperaciditást, mint olyant, akarjuk eltüntetni, hanem a helyes út csak az lehet, ha a hyperaciditás okozta kellemetlenségeket a kiváltó okok kezelésével fogjuk megszüntetni.

Régebben, amikor a gyomor secretiós zavarainak megállapítására kizárólag csak a gyomorcső állott rendelkezésünkre, kétségtelenül túlértékeltük e zavarok jelentőségét. Ma már tudjuk, ha azt állapítjuk meg valakiről, hogy hyperacid vagy anacid, ez nem jelenthet többet, mintha például egy betegről azt mondjuk, hogy icterusa van, mert hiszen az icterus is csak tünet és nem fejezi ki a betegség lényegét. Igyekezetünknek tehát oda kell irányulnia, hogy amikor a hyperaciditást csak tünetnek tekintjük, kutassunk az ezen tünetet kiváltó okok után és igyekezzünk anatomiailag localisált pontos diagnózist megállapítani. Igaz ugyan, hogy — bár csekély számban — de lesznek olyan esetek is, amikor a leggondosabb vizsgálat dacára sem fogunk a szervezet-

ben, sőt a gyomorban sem kóros elváltozásokat kimutatni. Ezeket az eseteket az u. n. genuin hyperaciditások körébe fogjuk sorolni, de ezen esetekben is ragaszkodnunk kell ama eléggé nem ismételhető alaptételünkhöz, hogy a hyperaciditást csak tünetnek tekintsük.

Hyperaciditásról akkor beszélhetünk, ha a *Boas-Ewald*-féle próbareggeli vizsgálata után azt találjuk, hogy a szabad sósav értéke 40-nél, az összaciditás pedig 60-nál magasabb. Sokszor teljesen egészséges vagy panaszmentes egyénekben is találunk ily magas értékeket, mely esetben therapiásan mit sem kell tennünk. De fordítva, savpanaszok esetében is gyakran normális aciditást vagy savhiányt találhatunk, ami még inkább megerősíti a fentebb elmondottakat, azt t. i., hogy ne induljunk sem subjectiv tünetek, sem egyoldalúan talált objektív eredmények után és ezeket sohasem becsüljük túl!

A hyperaciditás gyakran együtt jár a savnak nemcsak minőségi, de mennyiségi megváltozásával is, amikor is supersecretióról beszélünk. Mindezen esetekben a helyes megítéléshez tartozik az a tény is, hogy nemcsak az elválasztó felület izgalma, vagy megváltozott működése vezethet több sav és több nedv elválasztására, hanem a gyomor mozgásának megváltozása is nagymértékben belejátszik ezen viszonyok előidézésébe, amikor is lassúbb ürüléskor a kevesebb sósav tartalom is magasabbnak fog feltünni. A motilitás és secretió kölcsönös összhangba hozása fog csak helyes eredményekhez vezetni. Bizonyos mértékben a ma oly divatos savgörbék vizsgálata a fractionált eljárással több felvilágosítással szolgál, bár azt kell mondanom, hogy a kórjelzés felállításában ez a módszer semmiképen sem viszi előre tudásunkat.

Hyperaciditással járnak vagy járhatnak. 1. Gyomorbetegségek. 2. Más emésztőszervek betegségei. 3. Hasiszervek, és végül 4. Egyéb szervek betegségei is.

Ad 1. A leggyakoribb gyomorbetegség, mely hyperaciditással jár, a gyomor, de főleg a nyombélfekély, mely utóbbinak a hyperaciditás feltétlenül kisérő tünete. Igen gyakori tünete bizonyos gastritiseknek is, főleg, melyek az antrumra vagy a pylorus környékére localisálódnak. Hypotoniában és főleg atoniában, ha ezek kiürülési zavarokhoz vezetnek, ritkább esetekben szintén találunk hyeraciditást, ami a csökkent motilitás következtében a már fentebb elmondottakból szinte magától értetődik. Ha azonban a megállapitottan betegségektől eredő hyperaciditás formáktól eltekintünk, úgy azt kell mondanunk, hogy átmenetileg vagy hosszabbrövidebb időre hyperaciditást okozhatnak a táplálkozásunkban elkövetett visszaélések is: sok fűszer, alkohol, kávé, thea mértéktelen élvezete. Ide kell sorolnom a dohányzással történő visszaélést is, ami szintén igen gyakori oka a hyperaciditásnak. — Ad 2. A más emésztőszervek részéről fennálló hyperaciditás reflectorikus úton jön létre. Elsősorban a colitis az,, amely ilyen tünetekhez vezet, s amely — amint azt már régebben megírtam, — egészen fekélyszerű tüneteket válthat ki. Az idült székrekedés is e csoporthoz tartozik. Epehólyag bajokban — az u. n. cholecystopathiákban — valamint typhlitisek és chr. appendicitis esetén is lehet hyperaciditás. — Ad 3. Súlyos cukorbajok, főleg praekomás állapotban sorolhatók ide elsősorban. Ad 4. A vérelváltozások közül a chlorosis és polyglobulia lehetnek hyperaciditás előidézői. Az igazi köszvény is ide sorolható. De főleg itt kell megemlékeznem az ideges befolyások óriási jelentőségéről, legyenek azok heveny vagy idült jellegűek.

Ezen rövid felsorolásból is láthatjuk tehát, hogy míly nagy a skálája a hyperaciditáshoz vezető, ezt kiváltó, vagy ezt kisérő betegségeknek és állapotoknak. Természetes, hogy mindenkor elsősorban az alapbajt kell kezelni. A hyperaciditás kezelését három irányban kell megkisérelnünk: 1. Gyógyszeresen. 2. Diétásan és 3. Általánosan az egész szervezetre kiható gyógyeszközökkel. Vegyük ezeket egész röviden sorra: 1. Gyógyszerek: egy csoportjuk az idegrendszer révén csökkenti a gyomornedv elválasztást. Ezek közül a legfontosabbak az atropin, 1½ mgr maximális napi adagban vagy származékai: Novatropin, Genatropin, Belladonna készítmények. A Papaverin ily vonatkozásban semmit sem ér. Ha belladonnát adunk, ne adjuk kevert porban, a most említésre kerülő alkaliákkal együtt, mert így nehezen és bizonytalanul adagolható. A gyógyszerek között a legismertebbek és legelterjedtebbek az alkaliák. Akár egyenként adjuk őket, akár keverék porban. Sok ismert kész formulájuk van, pl. a Bullrich só, Digestol, Eugastrin, Oma mész, stb.

A legbiztosabban hat a kettedszénsavas szóda, de ez vízzel nagy adagban izgatólag hat a gyomor nyálkahártyájára, épp úgy a calcium carbonicum is. A legártatlanabbak és legjobbak a Magnesium sók: Magnesia usta vagy Magnesium perhydrol, (a magyar Magnozon); és a Magn. carbonicum. Igen jól bevált, ártatlanabb a natrium citricum és az alumin. készítmények: Alucol, Neutralon stb. E csoportba sorolhatók az alkalikus gyógyvizek, aminők pl. a karlsbadi, Vichy, Málnási Mária, Cigelkai István víz stb. Az alkáliákat célszerű 1—3—4 órával az étkezések után adni, az atropint az étkezések előtt.

A nagy adagban adott Bismuth, vagy pedig a Barium sók régi bevált szereink közé tartoznak, ha hatásuk nem is mindig kielégítő. Az alkáliák megválasztása attól is fog függeni, hogy milyen a bélműködés. Szorulás ellen Magnesium-sókat, hasmenés ellen Calciumsókat adjunk. Az epesavas sók is csökkenthetik a hyperaciditást, ilyenképen hat pl. a Salvacid is.

Ad 2. Diaetás-kezelés. Enélkül helyes gyógyítás el sem képzelhető és így ez a legfontosabb része gyógytényezőinknek. El kell tiltanunk mindazt, ami a tapasztalatok szerint a savképződést fokozza és a gyomor nyálkahártyájára izgatólag hat, továbbá azokat az ételeket, melyek sokáig maradnak a gyomorban. Elsősorban el kell tiltani a következő ételeket: erős fűszerek, sós, pácolt ételek, kolbászáruk, erős húsleves, durva, darabos főzelék, erős mártások, sok nyersgyümölcs, feketekávé, erős szeszes italok, nehéz kelt tészták, érett sajtok, túlédes dolgok, pl. méz, vagy jam, dió, durva kenyér. Ajánlatosak: tea, tej, tojás, tejszin, tejes ételek, vaj, hamis levesek, sovány húsok, könnyű hal, sonka, héjban sült krumpli, rizs, spárga, főzelékpürék, felfujtak, puddingok, crèmesajt, túró, nem édes befőttek.

Ad. 3. Az általános gyógymódok közül meg kell említenem elsősorban a psychére gyakorolt befolyásokat, akármilyen módon történjék is ez. Thermophor, Priessnitz-borogatások, hidegvízkúrák, néha jól beválnak. Ha a kezelés otthon nem jár eredménnyel, úgy ajánlatos a gyógyintézeti kezelés. Nyáron megfelelő alkalikus ivókúrák (ne feledjük el Budapesten a Magda forrást a Margitszigeten) hasonló célt szolgálnak.

Friedrich László dr.
főorvos.

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

AZ ORVOSI GYAKORLAT KERDÉSEI

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

Jubileumi évfolyam

Az időelőtti burokrepedés kezelése.

A szüléseknek csaknem ¼ részében a burok időelőtt reped meg, azaz olyan időben, mikor még kifejezett fájások nem jelentkeztek. Az időelőtti burokrepedés azáltal, hogy a várt szülőfájások nem egyszer késnek, a szülészt nehéz feladat elé állítja, amennyiben el kell döntenie meddig várakozzék, és mikor avatkozzék be, annál is inkább, mivel a szokásos fájástkeltő szerek hatása nem mindig kielégítő.

Az időelőtti burokrepedést a szülészek régebben kedvezőtlen szövődménynek tekintették. *Burger* és mások vizsgálatai azonban kimutatták, hogy ez a gyermekágyi megbetegedések és a magzati halálozás szempontjából korántsem olyan súlyos szövődmény, mint azt régebben gondolták és a félelem oka az volt, hogy nem tettek különbséget az egyéb rendellenességgel szövődött és nem szövődött esetek között. Ha ugyanis az időelőtti burokrepedés az egyetlen szövődmény, úgy a gyermekágyi megbetegedés és a magzati halálozás nem nagyobb, mintha a burok a rendes időben reped meg; ha azonban az időelőtti burokrepedéshez egyéb szövődmény is társul, úgy a műtéti beavatkozás szükségessége gyakrabban merül fel, a felszálló méhüri fertőzés valóban gyakoribb, ezek azonban nem az időelőtti burokrepedés, hanem az egyéb szövődmény rovására irandók.

Mivel azonban időelőtti burokrepedés esetében a méhür a felszálló fertőzés ellen kevésbbé védett, arra kell törekednünk, hogy a szülőfájásokat minél hamarabb megindítsuk és a szülés befejeződjék, mert a *latentia idő* (a burokrepedéstől a fájások megindulásáig eltelt idő) elhuzódásával a kórjóslat is romlik.

Tapasztalatból tudjuk, hogy a szülőfájások megindítása nem mindig könnyű feladat. A legtöbb szokásos fájáskeltő szer néha hatástalan.

Az esetek nagy %-ában a burokrepedés után a fájások is megindulnak; ha azonban ez nem következik be, úgy 6 óra mulva fájáskeltőket adunk, hamarább adott fájáskeltőszerek többnyire hatástalanok, mivel bizonyos idő szükséges ahhoz, hogy a méh a csökkent tartalmához alkalmazkodjék.

A fájások megindításakor a méhüri beavatkozásokat lehetőleg kerüljük; így a ballon, metreurynter behelyezést *(Bucura)* valamint a hüvelyi vizsgálatokat is mellőzzük és rectalis vizsgálattal tájékozódunk.

A legtöbb esetben a szülőfájásokat *gyógyszeres* eljárásokkal is sikerül megindítani:

1. Ha a burokrepedés után a fájások 6—8 órával nem indulnak meg, úgy vannak akik chinint adnak, kis — 0.20 ctg-os adagokban — akár per os, akár injectioban 30 perces időközökben 4—5 izben. Az így lassan bevitt chininmennyiség a méhet nemcsak sensibilisálja, hanem maga is fájásokat vált ki, bár mi lényegesebb hatást nem láttunk. A chinin jó hatása calciummal fokozható, viszont a kellemetlen mellékhatásokat mint amilyen a fejzúgás, fülzúgás, stb. megszünteti, azonkivül a chinin calciummal együtt a magzatra nincs káros befolyással.

2. Ha chinin hatására nincsenek erőteljes kiadós fájások, úgy HHL* kivonatokat adunk. Adhatunk vagy tisztán csak HHL kivonatot, vagy thymus és HHL készítményt együtt, mint amilyen a thymophysin. Hatásosabbak a kisebb mennyiségek; a tágulási szakban a HHL készítményből pro dosi 2—3 I. E. (régebben V. E.) injiciálunk és a thymophysinből is tört adagokat, 2—3 tized ccm-t adunk pro dosi és nem adunk többet összesen 1 ccm-nél. HHL készítményt rendszerint 5—6 izben adunk.

3. Előfordulhatnak azonban olyan esetek is, hogy a fájáskeltők hatására erőteljes fájások indulnak meg, melyek igen kinosak és ennek dacára a tágulási szak elhúzódik; ennek oka a méhszáj görcsös összehúzódása, ami a méhnyak beidegzésének zavarára vezethető vissza. Ilyenkor nagyon jó hatásuak a görcsoldó készítmények, mint az atropin, belladonna, spasmalgin stb., melyeknek hatására a méhszáj görcsös állapota oldódik, ezáltal az előlfekvő rész lejebb száll s így a *Frankenhäuser* féle plexust nyomva erőteljesebb fájásokat vált ki és ezáltal a tágulási szak megrövidül.

4. Ritkán előfordulhat az is, hogy a burokrepedés után 6—8 órával a fájások nem indulnak meg; a fájáskeltő szerek hatástalanok. Ha a szülés előreláthatólag nehéznek igérkezik (akár 40 éven felüli idős I. P., kisfokú téraránytalanság, hibás beigazodás, lágyrészek ellenállása miatt stb.), úgy a császármetszés esélyeit hamarább mérlegeljük mint egyébként, nehogy olyankor kényszerüljünk a műtétre, amikor annak kedvező feltételei nincsenek már meg (láz, fertőzés gyanuja stb.).

Végeredményben tehát az időelőtti burokrepedés bár nem az a súlyos szövődmény, mint amilyennek régebben gondolták, azonban mégsem teljesen veszélytelen. Az időelőtti burokrepedés a fertőző csiroknak kedvező körülményeket teremthet, különösen akkor, ha a lappangási idő elhuzódik és nem járunk el kellő gondossággal. Minél hosszabb a lappangási idő, annál rosszabb a kórjóslat is. Ebből következik, hogy időelőtti burokrepedéssel szövődött szülést a legnagyobb gondossággal kell észlelnünk, hogy az esetleg szükségessé váló beavatkozás időpontját el ne mulasszuk, ami által a felszálló méhüri fertőzés veszélyét elhárítjuk.

Fátyol Csongor dr.
klinikai tanársegéd.

*) (hypophysis hátsó lebeny.)

Ileitis terminalis.

Mintegy 30 évvel ezelőtt már egyes közlemények szólnak róla, nem határozottan, csak megsejtve, hogy itt egységes kórtani, egységes klinikai kép rejtőzik. 15 év előtt már sűrűbben foglalkoznak vele, főként Amerikában; az utóbbi évek irodalma pedig előtérbe helyezte ezt a nehezen kórismézhető, más kórformákkal összetéveszthető, sok tévedésre alkalmat adó betegséget. Vitathatatlan, hogy *Crohné* az érdem, hogy éles határokkal körvonalazta a betegséget. Neve ma sem egységes: *ileitis terminalis*, viszont nem kizárólag az ileum legalsó szakaszán fordul elő, de élesen körülhatároltan: *ileitis regionalis*. Később rájöttek, hogy nincs kötve az ileumhoz, hanem előfordul, ha sokkal ritkábban is, az éhbélen: *enteritis terminalis, enteritis regionalis*. Mivel sarjadzásról van szó, ugyanolyan sarjadzásos betegségről, mint a gümőkór, viszont a gümőkór kórokozóját

kimutatni ezekben a sarjadzásokban sohasem sikerült, nem specifikus sarjadzásos elváltozásnak nevezték. Az izomzat az idült esetekben megnövekszik: *hypertrophiás enteritisről* beszéltek.

Harminc év körüli fiatal embereken észlelték leggyakrabban. Mérsékelt láz, fehérvérsejtemelkedés, vakbéltáji fájdalmak jelentkeznek hirtelen. A fájdalmas terület közelebb esik a köldökhöz, mint vakbéllob esetén. Az ilyen esetek leggyakrabban vakbélgyulladás kórismével kerülnek műtétre. A hasban a savó felgyülemlett, talán kevés rostonya is van a beleken. A sebész vakbélgyulladásnak ítélte a kórképet, tehát az esetek nagy részében előhúzza a féregnyulványt, azt lobosnak találja, igaz, hogy főképen a külseje lobos, belövelt, egyké rostonyacafat van rajta. Nincs kétség, hogy vakbélgyulladás okozta a tüneteket, mert hiszen a betegek nagyrészt férfiak és így csak nők esetében gondol a sebész adnexitisre, arra, hogy függelékgyulladás terjedt rá a vakbélre, itt lenyúl, a petefészket, kürtőt rendben találva, a vakbél eltávolítása után a hasat zárja. A beteg jobban lesz, majd a fájdalmak újra jelentkeznek, nem erősek és a hőmérsék sem magas. Összenövésre gondolnak. Ebben az időszakban itt-ott naponta többször nyálkás, kissé véres széket ürít a beteg. Hányinger gyötri, vérszegény, fogy. Mindez gyanussá válik, sejtik hogy valami más baja is lehet. Már feledésbe megy, hogy féregnyulványát eltávolították, vastagbélhurut ellen kezelik, időszakos eredményt is látnak ettől. Újabb visszaesés követi a javulást, de ekkor már daganat tapintható a hasban és a jobb csípőtányér kitöltöttnek tetszik. A vakbélműtét hegének környezete enyhén lobossá válik. A beteg néhány tized láza makacsul tart. A heg megnyílik, geny ürül, majd bélsaras geny, végül kétségtelen, hogy bélsársipolya van. Csonkgenyedésre gondolnak. Megkisérlik feltárni, zárni a sipolyt. Mindez lezajlik úgy, hogy a sebész a vakbélhez ragaszkodik. Feltételezi, hogy innen indul ki a betegség. A sipolyzárás nem sikerül. Kiújúl a régi sipoly, nem ritkán újabb is keletkezik. Hónapok, évek telnek el, amikor alapos röntgenvizsgálattal rendellenességet találnak a legalsó vékonybélszakaszon. A harmadszori műtét nagy feltárás és ekkor találják meg a betegség tulajdonképeni okát: a legalsó végbélkacsok megvastagodtak, vizenyősek, tésztás tapintatúak, erős összenövések rögzítik környezetükhöz. A gyógyulást csak az egész beteg vékonybélkacs és az ekkor már beteg vakbél és felhágó vastagbél kiírtása hozza meg.

Más esetben esetleg csak a nyálkás, esetleg véres hasmenés, a vérszegénység és a fogyás, az erőállapot romlása az, ami a beteget orvoshoz vezeti. Ez a colitises alak.

Fiatal emberek aránylag hirtelen subileus tünetei között betegednek meg; az ok a vékonybél alsó szakaszának megszűkülése. Ez az elzáródásos, occlusiv alak, amely fiatal korban lymphosarkomával, Hodgkin-kórral, idősebb korban rákkal téveszthető össze.

Nem egy esetben a bélen lévő elváltozás aránylag enyhe és körülírt. Viszont a bélfodri és a hashártya mögötti nyirokcsomók nagy gyulladásos terimenagyobbodást alkotnak: Hodgkin-kórral, lymphosarkomával téveszthetik ezt is össze. *Crohn* felvetette a kérdést, hogy talán a gyermekkorban előforduló vakbéltáji lymphadenitis ugyancsak ileitis terminalis, csakhogy itt a nyálkahártya elváltozás egészen minimalis és csak a kisérő nyirokcsomógyulladás az, ami szembeötlő.

Ez az a nemrég még homályos kórkép, amelynek tisztázása napjainkban is még folyamatban van. Tudjuk, hogy a legalsó vékonybélszakaszon leginkább az alsó 5—10 cm-en a bélfodri résznek megfelelő nyálkahártyán szokott kezdődni, mint sarjadzás, amely terjedhet a nyálkahártyán, de a savós hártya irányában is. Átszövi a bélfalat, bizonyos területekre átugrik és ép bélrészleteken tűnik fel újra. Ha gyorsan fejlődik ki, rövid bélszakaszon egyetlen összefüggő élesen elhatárolt elváltozást találnak. A hosszabb kifejlődésű alakok nagyobb bélterületen több, egymástól elkülöníthető elváltozást mutatnak. A beteg bélrészlet eleinte gyulladásosan vizenyős, megvastagodott, hashártya borítékán kevés rostonyával fedett. Az elváltozás ráterjedhet a Bauhin-billentyűre, sőt a vakbélre és a felhágó vastagbélre is. A tulajdonképeni ileitis terminalis azonban legsúlyosabb marad mindenkor a vékonybélen.

Szövettanilag sarjadzás, amely átszövi és szétrombolja az egész bélfalat, gömbsejtes beszűrődést, plasmasejteket és idegentest óriássejteket lehet a szövettani metszeten felfedezni. Későbbi időben a bélfal hegesedik, szűkült lesz, a felette lévő bélrészlet kitágul. A hegszöveten kívül az izomréteg túltengése is jellegzetes.

Röntgenvizsgálattal a Kerkring-redők elmosódottnak látszanak, az ürtér szűkült, a contrastanyag a betegség területén vékony fonál alakjában vonul végig. A legalsó ép kacsok kitágultak.

A fekélyes colitishez viszonyítva egy ileitis terminalisra két colitis jut. Sötétbőrű emberen eddig még nem észlelték. Három férfire két nő jut. Közép-életkor 28 év. Általában véve 30 és 40 között fordul elő, 15 éven alul nem észlelték és öregkorban igen ritkán. Eleinte azt hitték, hogy zsidók sűrűbben betegednek meg, ma már tisztázódott, hogy az első észleletek olyan helyekről származtak, ahol zsidók általában véve nagy számban laknak.

Igen lassú fejlődést mutat a kezdeti heveny tünetek után. Kifejlődése 1—15 évig is eltart. Amint láttuk megkülönböztethető colitises alak, amely colitis ulcerosát szinlel, gyulladásos alak, amely appendicitissel cserélhető fel, elzáródásos alak, amely daganatot utánoz. Az esetek 72%-ában jegyeztek fel fájdalmat, 60%-ában fogyást, 58%-ában tapintható daganatot, 52%-ában hasmenést, 42%-ában vérszegénységet, 38%-ában lázat, 36%-ában sipolyt és 28%-ában hányást.

A végkifejlődés a sipolyos állapot, a sipolynak jellegzetessége, hogy a magas vékonybél-sipolyoktól eltekintve csak enyhén fertőzöttek, műtéti hegeken át törnek a felszinre. Általában véve messzire elterjednek és környezetükben a bőrt megemésztik. A vizenyős, nehéz vékonybélkacs süllyedése folytán a sipoly betörhet a sigmába, de észleltek sipolyokat más vékonybélkaccsal, vakbéllel, felhágó vastagbéllel, májhajlattal. Sipoly vezethet a hüvelybe, a hőlyagba. Inguinalis, lumbalis sipolyokról is szólnak leírások. Ugylátszik ugyanaz az ismeretlen fertőzés, amely a betegséget megindítja, megakad a Morgagni-tasakokban és végbélkörüli-, végbélhólyag-, végbélhüvely-sipolyokat hoz létre.

A betegség okára idáig nem derült még fény. Gümőkóros fertőzést kimutatni nem sikerült, ugyanígy nem sikerült dysenteriával kapcsolatba hozni. Feltételezik, hogy a kórokozó ismeretlen méregnek, fertőzésnek különösebb vonzódása van a nyirokszövethez, amely legdúsabban a legalsó vékonybél-szakaszon fordul elő. Ugyanígy magyarázható, hogy leginkább fiatalemberek betegsége, akiken ez a szövet erősebben kifejlett. Nem vitás, hogy ráterjedhet a vastagbélre is, de ennek az elváltozása mindig enyhébb, mint a vékonybélé, ellentétben a valóságos fekélyes vastagbélgyulladással és a vérhassal.

Egy-két szerzőtől eltekintve, akik belgyógyászati kezelést, vitaminokat, röntgenbesugárzást ajánlanak,

nem kétséges, hogy a célszerű, az eredményt adó gyógymód sebészi. Ha keresztülvihető, ha a beteg erőbeli állapota megengedi, egy szakaszban ki kell irtani az egész megbetegedett vékonybélrészletet, célszerűen a legtöbb esetben enyhe mértékben úgyis beteg vakbéllel és felhágó vastagbéllel együtt. Ha a vékonybélkiirtás ép helyen történt és magasabb bélrészletekben elváltozás nincsen, eddigi tapasztalatok szerint a betegség véglegesen gyógyul. Ha a beteg erőbeli állapota a gyökeres műtétet nem engedi meg, bélösszeköttetés készítendő a megbetegedett bélszakasz kikapcsolásával. Maga ez a műtét az esetek felében gyógyulást is hoz. Célszerű azonban hat hónapon belül a gyökeres műtétet elvégezni, mert a betegség évek mulva is fellobbanhat. Egészen legyengült betegeken Mikulicz-műtétet ajánlanak, azaz a beteg bélszakasz előhelyezését. A bélkiirtás alkalmával a beteg bélnek megfelelő bélfodor eltávolítása is szükséges. A beteg bélszakasz eltávolítása után a sipolyok záródnak, de csak sipolyzárásnak értéke nincsen. Tályog esetében elsősorban ennek megnyitása szükséges s a továbbiakban el kell távolítani a tályogot okozó beteg bélszakaszt.

Szabad átfúródást ritkán észleltek, leginkább magas vékonybélrészlet betegsége esetén.

Eddig amerikai szerzők több mint 400 esetet tartanak nyilván s a műtéti halálozás szerintük 10 százalékon alul marad. Elméletileg megvan a lehetősége a spontán gyógyulásnak, de gyakorlati tapasztalatok azt mutatják, hogy a gyökeresen nem operált betegek nagyrészt elpusztulnak. Bizonyára sokkalta több megbetegedés fordult elő, mint amiről a közlések említést tesznek és az sem kétséges, hogy felismerve a betegséget, igen sok beteg egészsége, munkaképessége adható visszsza, akik eddig hibás kórismével éveken át vándoroltak intézetről-intézetre.

vitéz Novák Ernő dr.
klinikai tanársegéd.

Az Ekg-vélemény értékelése.

II. közlemény.

2. *Vezetési zavarok.* Sinus rhythmus mellett a következő *ingerület-vezetési zavarok (= blockok)* szoktak jelentkezni:

Sinu-auricularis block (I. v. II. typus) = vezetési zavar a sinus csomó és a pitvar izomzat között: igen ritka, lehet functionalis (ideghatás), lehet izomeredetű is; a klinikum dönt.

Meghosszabbodott (= megnyúlt) pitvar-kamrai vezetés. Ha nem digitalis okozza, mindig kóros: lehet múló fertőzés jele (toxicus), vagy maradandó szívizombetegség tünete. Annál súlyosabb, minél nagyobb fokú a meghosszabbodás (ez a *görbe* leírásában található meg: P—Q—R = ... másodperc. Normalisan = 0.20″), Digitalissal szemben óvatosság!

Teljes, vagy *részleges atrioventricularis block (= dissociatio)* = az előbbinek súlyosabb alakja. Mindig súlyos betegsége a szívizomzatnak. *A teljes (totalis) block* súlyosabb, de az ilyen szív mégis eredményesebben kezelhető, ha decompensálódik (digitalis-szal). *Részleges (partialis) block (I. v. II. typus,* esetleg *Wenckebach-periodusokkal)* esetén a digitalis kétélű fegyver [l.: *Zárday:* O. H., (O. Gy. K.) 1934. 43. sz.]

Intraventricularis vezetési zavar. Két fő faja van: *Tawara-szár block* és *arborisatiós block.* Előbbi esetén meg szokták jelölni, hogy a *jobb,* vagy *bal* Tawara-szár beteg-e. Ennek gyakorlati jelentősége nincs. Mindkettő komoly szívizombetegség jele. Az *arborisatiós block* (a vezető rendszer végső elágazódásainak diffus betegsége) kórjóslata még súlyosabb. Az egyik idővel átmehet a másikba és viszont. Legújabban megkülönböztetjük a *Wilson-blockot* is. Állítólag a jobb Tawara-szár betegsége; jelentősége még nem tisztázott.

3. *Elektromos tengelyállás. A szív elektromos tengelye jobbra,* vagy *balra deviál = a jobb,* vagy *bal szívfél izomtömegének túlsúlya* (v. *hypertrophiája) = dextrogramm,* ill. *laevogramm.* Az EKG-ból biztosan nem lehet eldönteni, hogy az egész szív dislocatiója balra (magas rekeszállás, mellkasi térszűkítő folyamatok, retractio), illetve jobbra (az előző okon kívül leggyakoribb az astheniás habitus: lógó szív) áll-e fenn, vagy pedig tényleg a jobb kamra (legtöbbször mitralis stenosis, ritkábban a kis vérkeringést gátló betegségek: emphysema, mellkasi daganat, pulmonalis sklerosis, stb.), illetve a bal kamra (mitralis insufficientia, az aorta és billentyűinek betegségei, hypertensio, érelmeszesedés, vesebajok, stb.) izomzatának túltengése. Gyermekekben 4—6 éves korig mindig jobbra, idős embereken mindig balra tér el az elektromos tengely. Az egyoldali hypertrophia és a szív dislocatiója közti döntés azonban a kezelőorvos feladata, ennek egyértelmű EKG-kritériumai még nincsenek.

4. Az ingerképzés és az ingerületvezetés vázolt zavaraiból és egyéb jelekből, (amelyek a görbe leírásában találhatók meg: hullámok magassága, T-hullám, S—T-szakasz viselkedése, stb.) következtet a lelet írója arra, hogy milyen súlyos *szívizombetegség (= myokardialis laesio)* van jelen. Minél több és súlyosabb rendellenességet lát az ingerképzésben, a vezetésben és az egyéb jelekben („utólengés") annál súlyosabb lesz a végkövetkeztetés. *Súlyos szívizombántalom, kifejezett, mérsékelt, kisfokú, enyhe szívizombántalom* a szokásos — csökkenő értékű — kifejezések. Lehet hogy csak *szívizombántalomra utaló valószínűségi,* vagy csak *gyanú-jelet* olvasunk a leletben, esetleg csak annyit, hogy *„szívizombántalomra utaló biztos jel nem látható a görbén".* A klinikai tünetekkel egybevetve már ez is értékes útbaigazítás lehet. Az utóbbi három, bizonytalan jellegű vélemény olvasásakor a kezelő orvos feladata, hogy az anamnesist, a physikalis és a röntgenleletet egybevetve az EKG-lelettel, alkosson véleményt a szívizom állapotáról. *„Ép szívizom"* kifejezés hibás. Az elektrokardiographus csak annyit mondhat, hogy *szívizombántalomra utaló jel nem látható a görbén,* ami azonban nem zárja ki teljesen a szívizom diffusan beteg voltát, — habár kevéssé teszi azt valószínűvé.

A szívizombetegség pontosabb körülírását ne várjuk az elektrokardiographustól. [L.: *Fernbach:* O. H. (O. Gy. K.) 1937. 19. o.]. A szívinfarctust (coronaria thrombosis) egyéb koszorúsérbetegségektől, vagy sklerosistól, vagy rheumás gócoktól, fennálló fertőző folyamatoktól, stb. EKG-val biztosan elkülöníteni nem lehet és nem is szabad. A differentiálást csak a kezelőorvos végezheti az *EKG-lelet birtokában.* Néha elkülöníthető a görbe alapján a diffus szívizombetegség a körülírttól (= gócos), azonban legtöbbször nem. A *„függő szív", „sympathikus túlsúly", perikarditis, thyreotoxikosis* EGK-diagnosisok is túllőnek a célon, tehát önmagukban ne értékeljük e kifejezéseket az EKG-leletben. Jelentőségük csak annyi, hogy felhívják a figyelmet ez állapotok lehetőségére. Hasonlóan bizonytalan ma még a szívizombántalom (infarctus) helyhatározása (jobb, vagy bal kamra, elülső, vagy hátsó fal, stb.) is. A *pitvari túl-*

*Első közleményt lásd az Orvosi Hetilap 1939. évi 35. számában.

tengés, az *intraauricularis vezetési zavar* diagnosisa szintén bizonytalan az EKG alapján, ezért e kifejezéseket is csak nagyon óvatosan értékeljük.

Ritkaságok tárgyalásától *(elektromos alternans, kamrai fibrillatio, Palladino—Kent-nyaláb, elektromos systolé megnyúlása, pótsystolék* („escaped beat"), *pararhythmiák, interferentia-dissociatio, situs inversus*, stb. e helyütt eltekintünk. Ha ezek előfordulnak az EKG-leletben, legjobb megkérdezni a lelet íróját, hogy milyen jelentőséget tulajdonít e jelenségeknek.

Hozzátesszük még, hogy kivételesen a fent leírt súlyos ingerképzési (fibrillatio) és vezetési zavarok (Tawara-szár block) is lehetnek functionalisak, ámbár a gyakorlatban ezek mindíg súlyos szívizombetegség jelei szoktak lenni. EKG-leletből egyértelműleg szívizombetegségre következtetni azonban sohasem szabad, viszont — igen ritkán — állhat fenn szívizombetegség normalis EKG-kép mellett is. Ilyenkor esetleg a munkakisérlet, vagy mellkasi elvezetések alkalmazása segítségünkre lehet; ennek részletei a görbe leírásába tartoznak, a belőlük levont következtetések viszont úgyis bent foglaltatnak az EKG-vélemény utolsó részében.

Mindent összegezve azt mondhatjuk, hogy a gyakorlatban a vezetési zavarok összes fajai és az ingerképzés zavarainak nagyobb része (kivétel a légzési arrhythmia és az egygócú, elszórtan jelentkező kamrai extrasystolék) a szívizom betegségeinek szoktak a következményei lenni, az „egyéb jelek"-ből levont következtetéseket azonban az esetek egy részében csak az egyéb tünetekkel (kórelőzmény, panaszok, kopogtatás, hallgatózás, röntgen, systolés nyomás, stb.) egybevetve szabad —, de akkor nagy haszonnal lehet — értékelni a kórisme és a kórjóslat szempontjából.

Zárday Imre dr.
OTBA. h. főorvos.

Wetol sebolaj a falusi praxisban és febris puerperalis eseteben.

Az O. H. 1939. évf. 17. számában *Lumniczer dr.* ismertette a Wetol sebolajat és cikkében utalt arra a tulajdonságára is, hogy nem mérgező. Ezen előnyét főleg a körorvosi gyakorlatban lehet jól kihasználni. Falun ugyanis a beteg sokszor nem engedi feltárni, rendesen fertőtleníteni a sebét. Mélyebb, fertőzött sebek esetén azonban, amelyeket még drainezni sem lehet a szűk bemeneti nyílás miatt, a genyedéses folyamatok elkerülhetetleneknek látszanak. Ilyen és hasonló esetekben úgy segítettem magamon, hogy a beteget felszólítottam, hogy ha már incindálni nem is engedi sebét, legalább azt engedje meg, hogy fertőtlenítő gyógyszert (wetolt) fecskendezzek a sebbe. Ezt a legtöbb esetben ellenkezés nélkül keresztül is vittem. Ez esetben azonban számolni kell azzal, hogy a befecskendezett sebolaj legnagyobb része felszívódik, illetve nem folyik vissza. Nem tanácsos a wetol sebolajból sokat befecskendezni, mert ha nem is mérgező, gyulladást, szövetelhalást okozhat. Néhány év előtt előfordult néhány esetemben, hogy a mélyebben alkalmazott sebolaj arteficialis lobot váltott ki, amikor a reactio oly erős volt, hogy a hőmérséklet 38—39 C°-ig emelkedett. Egyéb tünetek voltak: égető érzés a sérülés helyén, a köztakaró piros elszíneződése, a lágyrészek oedemája néha annyira, hogy a fertőzés okozta phlegmonetól nehéz volt elkülöníteni. Következtetni lehet a wetol sebolaj okozta reactióra abból, hogy genyedés nincs, csupán kevés véladák a gaze-n s a vatta majdnem tiszta. A bőr felületén alkalmazott gyakori sebolajos kötés néha gangraenához hasonló arteficialis dermatitist okozhat, amit olyan esetben láttam, amikor laikusok bőségesen átitatták a kötést sebolajjal.

2—3 napos fertőzött sebet is gyógykezeltem már wetol-befecskendezéssel, s noha a fertőzéses, lobos folyamat már súlyosabb, általános tünetekkel is járt, mégis visszafejlődött, nagyobb sebészi beavatkozás nélkül. A kéz ujjainak szúrt, mélyebb sérülései alkalmával azonban nem ajánlatos a sebolaj befecskendezése, mert igen fájdalmas, s erősebb reactiót vált ki, különösen, ha nem folyhat belőle semmi vissza. A hasfal, mellkas átszúrása után is fecskendeztem be néhány csepp sebolajat, s noha a hasi sebből lótrágyát szedtem ki, amit vérzéscsillapítás végett nyomhattak be a sebbe a kuruzslók, mégsem fejlődött ki peritonitis.

Vasvillával átszúrt alkar sebébe, amelybe 1 ccm wetol-sebolajat fecskendeztem be, 2 nap elteltével kb. 1—2 csepp mennyiséget láttam kiürülni a sebolajból, olyan állapotban, mint ahogy befecskendeztem. Ebből arra következtetek, hogy sokáig fejti ki fertőtlenítő hatását, s elbomlatlan állapotban marad. Ezért láttam a wetol-sebolaj okozta reactiót legerősebbnek alkalmazása után a 4—7. napon. Főleg ezen utóbbi tulajdonsága miatt alkalmaztam 9 alkalommal febris puerperalis esetén is. Minthogy a fertőzés góca itt többnyire az uterusban van, alkalmazása után minden esetben kedvező hatást láttam. 0.5‰ sublimat oldat, 2—3‰ neomagnol oldattal végzett méhüri átöblítés után, kb. 50 ccm vetol-sebolajat öntöttem az irrigátorba, amely olajos oldat lévén felül marad s így utolsónak folyik át az uterus üregén. Már ha csak igen kevés marad is vissza belőle az uterusban, ez elegendő arra, hogy fertőtlenítse az endometriumot, amelyet a sublimat-, vagy neomagnol-oldat lemosott, s részben fertőtlenített. 7 esetben szülés után az ötödik napon 2 esetben már a harmadik napon alkalmaztam, az egyéb gyógyszeres kezeléseken kívül. Az uteroplocentaris erek ekorra már thrombotisáltak, emboliaveszély nincs, s a fertőzéses folyamat került előtérbe az endometriumban, amely különben is regeneratióra képes s az erős jódinjectiókat is kibírja. Ennél nagyobb ártalmat pedig a wetol sebolaj sem okozhat. A magas láz a kezdődő esetekben kritikusan esett a kezelés utáni napon s valamennyi gyógyult. A 9 eset közül 5-öt a kezelés után azonnal kórházba utaltam, honnan kb. egy hét múlva egészségesen távoztak. Hogy 6 év óta a febris puerperalis p. p. betegeim gyógyulnak, ezért részben a wetol sebolajnak is tulajdonítom, mert a méhür korai erélyes fertőtlenítése hatással van arra, hogy az endometriumról ne terjedjen a mélybe a fertőzés, azaz megszünjék fertőző góc lenni. Hisz a febris puerperalis *Semmelweis* szerint mégis csak sebfertőzés eredménye, s így a sebkezelés helyezendő előtérbe amit mint localis gyógykezelést legújabban a prontosil, deseptyl, stb. gyógyszeres kezelés egészít ki.

A fentiek szerint a wetol sebolaj alkalmazását a falusi gyakorlatban, különösen mélyebb sebeken igen értékesnek tartom a rivanol, stb. mellett s a febris puerp. p. p. esetében is jó hatással alkalmazható, egyéb gyógykezelés kiegészítéséül. Nagyobb mennyiségben alkalmazva azonban, számolni kell annak erősebb reactiójával is.

Géczy Imre dr.
körorvos.