81. évfolyam. 44. szám. Budapest, 1940 november 2.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26. IV. em.
Telefon: 345-113.
Ingyenes liftháználat.
(Kérje a portástól.)

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámlánk javára. *Jugoszláviában* az Avala bármely kirendeltségénél az „O. H. számlájára". *Romániában: Borsos Béla dr.* Arad, Str. G. Gringorescu 5. *Slovákiában: Eleőd Solt,* O. H. Dunabank, Bratislava. *Egyéb külföldről:* az előfizetés levélben küldött dollár-chequeben kérjük a kiadóhivatalba.

Előfizetési díj: az **„Orvosi Hetilap"**-ra az **„Orvostudományi közlemények"**-kel együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 350 dinár, 1000 lei, egyéb külföldre 6 dollár, vagy a belföldi díjak + portóköltség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyedévre negyede, egy hóra 2.50 P. A **„Magyar Orvosi Archivum"** egész évre 10 P., 70 slk., 100 dinár, 400 lei, 2 dollár.

84. évfolyam. 44. szám. Budapest, 1940. november 2.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

TARTALOM:

H. Boeminghaus: A húgyvezetőkő conservativ és műszeres kezelése. (561—563. oldal.)
Orsós Ferenc: A tangentialis surolódás okozta hámhorzsolasok jelei. (564—565. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (89—92. oldal.)
Irodalmi szemle: (565—567. oldal.)
Könyvismertetés: (567. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (567—568. oldal.)
Koleszár László: A kolozsvári I. Ferenc József Tudományegyetem megnyitása. (568—569. oldal.)
Lapszemle: (569—570. oldal.)
Vegyes hírek: (570. oldal és a borítólap III. oldalán.
Hetirend: (a borítólap III. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A berlini Westend közkórház urologiai sebészeti osztályának közleménye. (Vezető főorvos: Prof. H. Boeminghaus.)

A húgyvezetőkő conservativ és műszeres kezelése.

Irta: Prof. *dr. H. Boeminghaus.*

A heveny kőrohamot az esetek 80%-ában oxalatkövek okozzák. Gyakran tévesztik össze vakbélgyulladással, bélgörcsökkel, epekőrohammal, stb. Érthetővé válik ez, ha meggondoljuk, hogy minden retroperitonealis betegség reflectorikus bélhüdést okozhat, ami erős bélpuffadást von maga után. Az ureterkő okozta, hasi betegségre utaló kórképben, az erős fájdalmak és bélpüffedés ellenére rendszerint hiányzik a défense s a nyomásérzékenység sokkal kisebb, mint a spontanfájdalom.

Kórházban is sok ilyen esetben félreismernek és gyakran operálnak meg ilyen eseteket heveny vakbélgyulladás diagnosissal, érthető, ha ilyenkor az eltávolított féregnyulvány kóros eltérést nem mutat.

Hangsúlyoznunk kell, hogy minden retroperitonealis folyamat reflex útján hasi betegséget utánozhat.

Kétes esetekben fontos diagnostikai bizonyíték a vizeletben talált vörös-vérsejtek. Egyöntetű bizonyítékot nyerünk, ha elvégezzük az intravenás pyelographiát, még pedig lehetőleg a roham alatt, vagy közvetlen utána. Régebbi cikkeimben*) rámutattam a *heveny vizeletpangás röntgenologiai megnyilvánulására.* (A veseárnyék sötétebb, a vesemedence és húgyvezető árnyékot egyáltalán nem, vagy csak késve vetnek.) A jellegzetes pangási tünetek akkor is bizonyítják ureterkő jelenlétét, ha azt röntgenkép ki nem mutatja. Különböző oldalról elismerték, hogy a vakbélgyulladás és ureterkő elkülönítő kórismézésében nagy jelentősége van az intravenás pyelographiának. Az eljárás további előnye, hogy kíméletes, ezért minden nem egészen tisztázott heveny hasi betegségben alkalmazni kellene.

A röntgenleletből az elzáródás tartamára is következtethetünk. Ha rövid idővel a befecskendezés után jól kivehető a vese és vesemedence, ill húgyvezető árnyéka, akkor az elzáródás csak egész rövid ideje áll fenn. Ha egy bizonyos időre csak maga a veseszövet árnyékát láthatjuk, de a vesemedence és húgyvezető rajzolata hiányzik, az elzáródás már néhány órája tart, még pedig annál hosszabb ideje áll fenn, minél gyengébb a veseárnyék és minél később jelenik meg a contrastanyag a vesemedencében. Ha sem a vese, sem a vesemedence megfelelő árnyékot nem vet, a vese már néhány napja lezártnak tekinthető.

Idült húgyvezetőkőnek azt tekintem, amelyik megfelelő conservativ és műtéti kezelés ellenére sem távozik és amelyik az állandó röntgenellenőrzés szerint, nem mozdul el a hólyag irányába. Ilyen esetekben nincs értelme továbbfolytatni az eddigi kezelést, hanem fel kell vetni a műtéti megoldás kérdését. Örvendetes, hogy ez csak az esetek kisebb hányadában szükséges; a legtöbb húgyvezetőkő spontan, illetve megfelelő kezelés hatása alatt távozik.

Akárcsak a húgycső, a húgyvezető is alsó végében élettani szűkülettel bír. Többek között ennek a következménye az, hogy az el nem távozott kövek 75%-a a húgyvezető alsó pelvinalis szakaszán (főleg a juxtavesicalis és intramuralis részen) akad el. Nőkben gyakran valamivel magasabban akad el a kő, ott, ahol a húgyvezető a széles méhszalag alapján lép át. A parametriumok gyulladásai következtében a húgyvezető peristaltikája szenved; a húgyvezetőt a heges kötőszövet rögzíti. A gyulladásos folyamatok rendszerint rá is terjednek a húgyvezető falára; így azután könnyen akadnak el kövek ezen a helyen. Az utolsó 15 hónap ureterkőanyaga a következőképen oszlik meg: 139 ureterkő közül conservativ és műszeres gyógyítással 72-t sikerült eltávolítani, 33-at hurkos katheterrel távolítottunk el, 28 esetben húgyvezetőmetszést kellett végezni, 4 esetben pyonephrosis miatt a vesét el kellett távolítani, 2 követ nem távolítottunk el.

A conservativ kezelés.

A húgyvezetőkőroham oly erős fájdalmat okoz, hogy a gyakorlóorvos nem nélkülözheti a morphiumot, vagy származékait. Bár a morphium megszünteti a fájdalmat és ezáltal a görcsöt is oldja, mégis a simaizomzat tonusát fokozza és így nem éppen előnyös a kő eltávolítása szempontjából. Előnyben részesítem *az intravenás no-*

*) Z. f. Urol. Chir. 1940. 29. 471; Zbl. f. Chir. 1932. 825; Arch. f. Klin. Chir. 1932. 171. 109; Z. f. Urol. 29. 1. 14.

valgin injectiót, bár egyes esetekben ez is megbízhatatlan. *Nagy adag belladonna-készítmények* szintén alkalmasak a húgycsőgörcs megoldására. Könnyebb esetekben elegendő a vesekörnyékre alkalmazott nedves, meleg borogatás. A paravertebralis érzéstelenítést régebben elkülönítő kórismézés céljából is alkalmaztuk. Úgy véltük, hogy a megfelelő segmentum kikapcsolása megkönnyíti majd a kő eltávolítását. Ezen eljárás hasznáról objectiv tapasztalataim még nincsenek.

A görcsrohamok *oka* a heveny vizeletpangás, ezt vagy a kő maga, vagy a körülötte görcsösen összehúzódó húgycsőfal okozza. Ezért a fájdalmat megszüntetjük, ha könnyítünk a vizeletpangáson. Ha sikerül a kő mellett ureterkathetert felvezetni, azonnal megszűnik a fájdalom. Feltűnő, hogy már néhány csepp vizelet ürülése után a legrettenetesebb fájdalmak azonnal megszünnek.

A conservativ kezelésben nagy szerepet játszik a bőséges *folyadékbevitel*. Ezt azzal a célzattal ajánljuk, hogy tekintet nélkül a folyadék milyenségére a rövid időn belül bevitt folyadékmennyiség átöblíti a veséket és a húgyutakat, a fokozott vizeletkiválasztás erősebb húgyvezető működést okoz, ami azután a kő eltávolítását vonja maga után. Természetes, hogy csak akkor van értelme a „vízlökés"-nek, ha cystoskopiával, indigókiválasztással vagy intravenás pyelographiával kimutatjuk, hogy a kő mellett a vizelet lefolyást talál. Teljes elzáródás esetében, a pangás, amely a glomerulusokig visszahat, a vízlökés hatását teljesen megsemmisíti.

Kőoldószerek csak hosszabb alkalmazás után fejthetik ki hatásukat, ezért nincs sok értelme húgyvezetőkövek esetében használatuknak, amikor a követ ugyis gyorsabban el kell távolítani. Teljes elzáródás alkalmával e szerek semmiféle hatást nem gyakorolhatnak, mert hiszen a követ el sem érik. Idült húgyvezetőkövek esetében, amikor a vizelet a kő mellett lefolyást nyer, inkább használhatunk *piperazint, uricedint, sidonalt, lysidint, urosint, urodenalt, urolt*, stb. Néhány gyógynövény a természeti gyógymódok hívei szerint képes feloldani a köveket: *homoeopathiai szerek, calcarja urica* és *magnesia borocitrica*, hatásuk még vitás. További tájékoztatást *Lickint* munkája nyújt: „A vesekövek conservativ kezelése". (Med. Welt. 1935 27. sz.)

Újabban phosphat- és carbonat-kövek oldására savkezelést próbálnak; legjobban a glukonsav és glukonsav keveréke mandulasavas calciummal *(Hermann)* vált be. *Kombuchal* gyártása teagombaerjesztés útján történik, cukrot és 25% glukonsavat tartalmaz. A savkezelés szintén kevésbbé alkalmas ureterkövek oldására, mert itt nincs időnk az esetleg hosszabb idő múlva jelentkező hatást kivárni.

Rövid idő óta panaszt okozó húgyvezetőkövek esetében célszerű a beteggel sok mozgást végeztetni, ha a kő nagyságát mérlegelve feltehető, hogy az spontan távozik. További célszerű eljárás, az *enterocleaner*. Előnye, hogy a nagyfokú vízfelszívódást erős diuresis követi, másrészt, hogy a fokozott bélműködés az alsó bélszakasz és az ureter szoros idegi correlatiója folytán erőteljes húgyvezetőperistalticát vált ki. Egy év óta minden ureterköves esetben elrendeltem az enterocleaner használatát, de sem közvetlenül az eljárás után, sem az alatt nem távozott el a kő.

Graber említi, hogy mélyenülő köveket az alsó húgyvezetőszakasz massageával, melyet a vaginán, vagy a végbélen keresztül végzett, távolított el.

A *kő megakadása* a húgyvezetőben többféle okra vezethető vissza. A kő kiterjedése túl nagy lehet ahhoz, hogy áthaladjon, ilyenkor rendszerint a vesemedencében, vagy a húgyvezető kezdeti szakaszán akad meg. Leggyakrabban azonban a kő durva, csipkés felülete nehezíti meg a tovajutást, mert a húgyvezető falát görcsös összehúzódásra serkenti.

E meggondolásból kiindulva alkalmazzuk nagy adagban az *atropint, papaverint, papavydrint, belladonnát, eumydrint, bellafolint, eupaverint, spasmolysint ephedrint*, stb. E szerek fájdalomcsillapítók és görcsoldók, de nem szüntetik meg a húgyvezető-peristalticát.

Minthogy azonban a kő eltávozását végül is nem a vizeletáramlás, hanem a húgyvezetőperistaltica okozza, kívánatos azt gyógyszeresen fokozni. *Célszerű néhány órával a görcsoldószer alkalmazása után hypophysint, vagy egyéb peristalticumot adni, (pituitrin, pituglandol).* Legyünk tisztában azzal, hogy így esetleg tudatosan váltunk ki rohamot, ezért a kezelésnek ezt a módját csak kórházi osztályon alkalmazzuk.

Húgyvezetőgörcs oldására többen ajánlották a paravertebralis érzéstelenítést, de az eljárás elméleti helyessége ellenére annak közvetlen eredményét sohasem láttam. Említésreméltók a glycerin és az illó olajok. A szájon keresztül bevitt glycerint a vesék választják ki, annak concentratiója a vizeletben 5%-ig emelkedhet. *(Gissel)*. Valószínű, hogy a fájdalom csillapítása által a görcsöt oldja és esetleg a húgyvezető munkáját serkenti. Vizelethajtó, vagy kőoldó hatása nincs. *(Lickint)*. *Három napon keresztül háromszer szedjen naponta a beteg 50 g-ot;* ezzel az eljárással elkerüljük a haemoglobin-vizelés veszélyét, ami kisebb adagok hosszabb időn át történő adagolásakor fenyeget.

Klämperer és *Saki* nézete, hogy illó olajok eltávolíthatnak húgyvezető köveket; ebből kiindulva a Helfenberg rt., Drezda, elkészítette az *enatin* nevű készítményt. Ez ol. therebint, ol. junip., ol. ment. és egy sulfurált olajat tartalmaz. A terpentin a peristalticát fokozza, juniperus vizelethajtó, míg a menthol-olaj, görcsoldó hatása mellett a hányingert is szünteti.

Nem célszerű a peristaltica serkentését a végsőkig folytatni, mert ha több ilyen befecskendezés után vesekólika nem jelentkezik, úgy látszik, hogy a húgyvezetőizomzat kimerült és így ivókúráknak, valamint peristaltika-fokozó gyógyszerek alkalmazásának értelme nincsen.

E conservativ kezelések hasznát nem becsülöm sokra. Ha meggondoljuk, hogy vannak oly kövek, melyek bizonyos idő múlva önmaguktól eltávoznak, míg sokszor ezt szerek behatására sem érjük el; nem könnyű causalis összefüggést találnunk a szerek alkalmazása és a kő eltávozása között.

Műszeres kezelés.

Először említem a *Papin* és *Marion* ajánlotta fájdalmas eljárást juxta-vesicalis kövek esetében. Ez a hólyag maximalis feltöltése forró ezüstoldattal, mely erősen ingerli a hólyagot és a vele közös innervatióban lévő juxta-vesicalis húgyvezetőrészletet szintén fokozott összehúzódásra bírja.

Közvetlen kőextractio csak az alsó húgyvezetőszakaszon kisérelhető meg. A cystoskopiai-kő eltávolítást főleg a juxta-vesicalis és intramuralis kövek esetében alkalmazzuk. A legfontosabb műszeres beavatkozások egyike a *húgyvezető-katheterizmus*. A fentemlített fájdalomcsillapítás mellett, a vesét tehermentesítjük, ha a kathetert a kő mellett felvezetni sikerül, s ezáltal a vese és a húgyvezetőizomzat magához térhet, amivel időt nyerünk további conservativ kezelésre. *Az állandó katheter kétélű fegyver;* mert a zavartalan vizeletürülés hosszabb-rövidebb biztosításáért magas árat fizetünk, ha — ami elég gyakran bekövetkezik, —, felhágó fertőzést okozunk. Minden körülmények között

ellenőrizzük a katheter átjárhatóságát; eldugult katheter rosszabb a semminél. Kiséreljük meg a kő mellett több kathetert felvezetni; ha azután ezeket egyszerre húzzuk ki, — szerencsés esetben —, a követ is eltávolíthatjuk. Az ureterkatheter arra is lehetőséget nyújt, hogy közvetlenül a követfogó húgyvezetőrészletre gyógyszeresen hassunk. Igy pl. *novocain, tutocain* vagy *4%-os papaverin-oldat instillatiója a vérbőséget csökkenti,* s ezzel a nyálkahártyaduzzadást lelohasztja, továbbá görcsoldó hatású. *Glycerin, paraffin-olaj, stb. instillatiója csuszamlóssá teszi a húgyvezetőt.* Közvetlen hatást azonban ezek elvégzése után nem láttam.

Az intramuralis húgyvezetőszakasz szűkülete, merevsége, vagy az ureterostium phimotikus beszűkülése esetében megkönnyíthetjük a kő átlépését, ha a húgyvezetőnyilást tágítjuk, vagy azt átmetsszük. Számos műszert ajánlottak erre a célra: tágító katheterek *(Dourmaschkir, Jahr),* sondák rácsavart olivákkal *(Walther, Bürger, Lichtenberg),* műszerek, amelyek a húgyvezetőt tágítják *(Papin, Meyer, Gottstein, Brandford, Lewis),* ballonkatheterek *(Nitze, Casper, Jahr* és *Papin). André, Blum* és *Chevassu,* laminaria-tágítást ajánlanak.

Intramuralis kövek esetében az ureter-tető átvágását kés, vagy ollószerű műszerekkel eszközöljük. *(Papin, Bumpus),* a diathermiás kés bevezetése óta az ilyen célra megfelelő elektrodokat is szerkesztettek *(Young, Bürger, Ringleb, Caulk* és mások.) Maga a coagulatio nem éppen előnyös a nyilás tágítására, illetve átvágására, azonban az elektromos vágási eljárás annál inkább. *Marion* szerint nem egészen ártalmatlan műtét az ureterszájadék átmetszése, mert utána stenosisokat és a szájadék elégtelenségét észlelték. A felső nyálkahártyaszél átvágása mindenesetre nyugodtan végezhető, azon túl legyünk óvatosak.

Többen próbálkoztak cystoskop segítségével eltávolítani a követ. Ez elég egyszerű abban az esetben, ha a kő a szájadékból kikandikál; magasan fekvő kő esetében azonban csak complicált kőfogók segítségével kisérelhető meg. *Heitz—Boyer, Blum, Pflaumer, Chevassu, Delvaux, Böhringer, Mc. Carthy, Papin* és mások szerkesztettek ily kőfogókat. Használatuk nagy gyakorlatot igényel s így gyakorló orvos kezébe nem valók.

A Zeiss-féle eljárás kacskatheterrel dolgozik, melynek lumenében bélhúr van, amely a katheter végét hurokká hajlítja, ha meghúzzuk. E katheter segítségével rendszerint eltávolítható a kő, ha sikerül azt a kő mellett felvezetni és hurokká átalakítani. Óvakodjunk az erőszakos húzástól, ha enyhe húzásra nem sikerül, 100—150 g-os állandó húzást alkalmazzunk *Dege* ajánlatára. Két esetemben sikertelenül alkalmaztam ezt az eljárást. *Zeiss* több, mint 200 esetben eredményesen alkalmazta a hurokkathetert. Eredményei alapján ma a legegyszerűbb és legjobb eljárásnak tekinthetjük.

A kő eltávolítása csak egy *tünetet szüntet meg,* a *kőbetegség azonban tovább tart.* Számos eljárást dolgoztak ki a kőképződés meggátlására. Már régebben étrendi előírásokkal igyekeztek elkerülni a kő kiujulását, *de újabb vizsgálataink azt bizonyítják, hogy ez csak másodrendű tényező.* Nem bizonyított még teljesen az A-vitaminhiány-elmélet sem. *(Gasparjan, Owtschinnikow, Joly, Higgins,* stb.) A Mandl—Uebelhör-féle elmélet, mely a mellékpajzsmirigy túlműködésében véli felfedezni a húgykőképződés okát, nem állja meg a helyét.

A kőképző-anyagok fokozott kiválasztása és azoknak kikristályosodása a vizeletben, nem elégséges a kőképződéshez. Általában *Newcomb* nyomán feltehetjük, hogy a vizelet védőkolloidjainak hiánya a labilis kolloidok hatását segíti elő *(fibrin, mucin).* Igy, ha kevés chondroitinkénsav és nucleinsav van a vizeletben, a fentemlített nyákanyagok ismeretlen hatások következtében coagulálnak és kő magvát képezhetik, amelyre a kristályok rétegesen csapódnak le.

Kétségtelen, hogy a központi és környéki sympathicus nagy szerepet játszik a kőképződésben. Erre utal az ideges constitutio összefüggése a habitualis phosphat-oxalat-, és uratvizeléssel, valamint az ilyen rohamok időbeli összefüggése a lelki izgalmakkal, másrészt pedig több kisérleti munka, amely kimutatta, hogy a vagusizgalom fokozott Ca-kiválasztást von maga után. *Ellinger* és *Hirt* részleges veseidegtelenítés után a vizelet H-ionconcentratiójának . változását figyelték meg. Hátgerincbénulásban szenvedő betegekben felettébb gyakran képződik kő, még pedig oly mértékben, amelyet a kisérő körülmények: csökkent húgyvezetőperistaltica, fokozott csontmészteleníté, rendszerint fennálló fertőzés — nem magyaráznak. Úgylátszik tehát, itt is az innervatio zavara az igazi kórok.

Eddig még nem sikerült a védőkolloidok fokozott kiválasztását a vizeletben biztosítani. *Eimer* vizsgálatai kimutatták, hogy közepes hús-táplálkozás fokozza a nucleinsav-kiválasztást. Ebből arra következtethetünk, hogy étrendi szabályokkal semmiféle gyógyító, vagy megelőző hatás nem érhető el, sőt bármilyen egyoldalú étrend siettetheti a kőképződést, illetve annak növekedését. Biztos azonban, hogy nem közömbös a kristálykképződésre sem, milyen higitásban tartalmaz a vizelet kristályos anyagokat. Ezért kerüljük mindazokat a gyógyító eljárásokat, — pl. izzasztás, — amelyek a vizelet besűrítésére alkalmasak. Rendeljünk ivókúrákat indifferens teákkal, mint pl. hársfatea, kamillatea, vagy pedig a természetes gyógymódok ajánlotta teákkal, amelyek diuretikus hatással rendelkeznek saponin-tartalmuk révén *(Lickint.).*

Igen ajánlható *destillált víz* itatása *(Rovsing, Ochsner). Straub* szerint a destillált víz ártalmasan hat a gyomornyálkahártyára, ezért literenként két evőkanál *dextropurt* ad a vízhez; így a vérrel isotoniás, de sómentes folyadékot nyerünk. A destillált víz erősen emeli a vizeletkiválasztást, csökkenti a fajsúlyt és elősegíti a maradéklégeny, hugyany és szöveti chloridok kiválasztását. *Rubricius* ugyanezen okból a gasteini thermalvíz használatát ajánlja, mert literenként csak 0.33 g ásványt tartalmaz. Minden kőműtét után itassunk a beteggel elalvás előtt nagyobb vízmennyiséget, mert a vizeletkiválasztás és annak továbbvitele renyhébb az alvás alatt.

Kőműtétből felgyógyult betegekkel végeztessünk sok mozgást.. Igyekezzünk megszüntetni minden akadályt, amely vizeletpangást okoz. (Ureter stricturák, ptotikus vesék, hydronephrosisok.) Ügyeljünk arra, hogy minden fertőzést megszüntessünk és a vizelet reactiója állandóan savanyú maradjon. Ez különösen a másodlagos phosphatkövek esetében fontos.

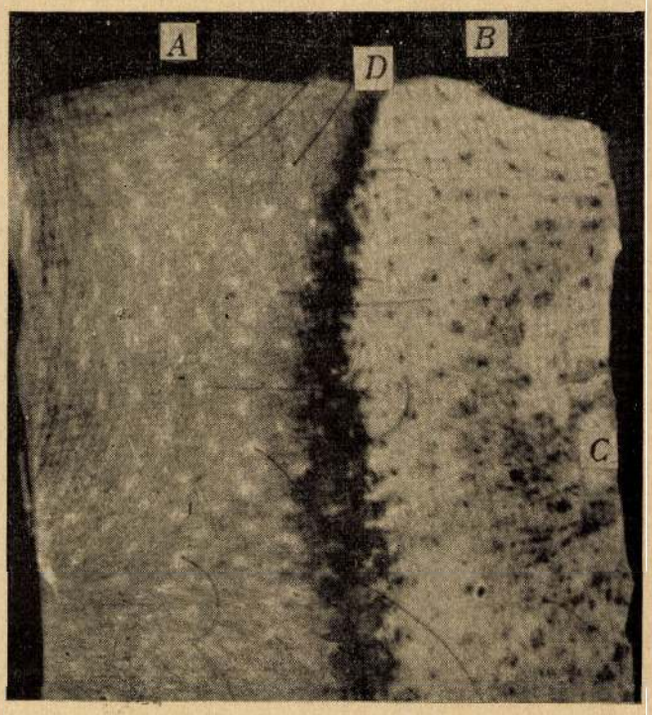
TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSTANI KÖZLÉSEK.

A tangentiális surolódás okozta hámhorzsolások jelei.

Irta: *Orsós Ferenc dr.*,
egyetemi nyilvános rendes tanár.

A hámhorzsolások a leggyakoribb külsérülésekhez tartoznak. Törvényszéki orvosi szempontból nagyon fontos annak tisztázása, hogy valamilyen hámhiány milyen eredetű, mert hiszen hámhiányok lehetnek intravitálisak, vagy postmortalisak és az előbbiek keletkezhetnek erőművi, vegyi, hőmérséki, idegrendszeri, táplálkozási, keringési és általában biologiai (toxikus-infectiosus) okokból. A halál után mechanikai, vegyi és hőbehatások, továbbá a rothadás létesíthetnek hámhiányt. A tetemen a boncolás idejében a hámhiányokat, különösen azokon a helyeken, amelyek nem esnek a vér- és nedvsüllyedés területébe, rendszerint már beszáradt állapotban találjuk. A hámhiányok számából, fekvéséből, alakjából és felületük finomabb szerkezetéből rendszerint meg tudjuk állapitani keletkezésük okát. Nem ritkán azonban akadnak olyan esetek, amikor annak eldöntése, hogy a hámhiány erőművi, vagy egyéb eredetű-e, nehézségekbe ütközik. Pl. villanyáram-sújtotta egyéneken felmerülhet az a kérdés, hogy valamely hámhiány áram-, illetve hőhatás származéka-e, vagy pedig a zuhanás folytán keletkezett.

De még a kétségtelenül erőművi eredetű hámhiányok is többféle módon jöhetnek létre, mert szerepelhet létesítésükben a felszinre merőleges sajtoló hatás, vagy pedig tangentialis suroló hatás, esetleg ezek combinatiója. A sérülések tisztázásánál azonban a keletkezés mechanismusának kiderítése nem lehet eléggé kimerítő. A jelen sorokban egy jellegzetes felvétel alapján a *tangentialis suroló hatás* folytán keletkezett hámhiányok ismertetőjeleit óhajtom vázolni. Olyan esetekben, amikor a suroló felszín többé-kevésbbé sima, hiányozhatnak az ismert párhuzamos, vagy látszólag kuszált vonalas karcolásai az irha felszines rétegének. Az eredeti beszáradt állapotban ilyenkor a hámhiány hasonló lehet forrázás, vagy általában túl alacsony, vagy túl magas hőhatás nyomán keletkezett hámhiányhoz. Ha ellenben az ilyen területet megnedvesítjük és bizonyos ideig áztatjuk, élesen különválik a kétféle eredetű hámhiány. A hám felhólyagzása folytán keletkezett hiány éles szélű, vagyis világosan látjuk a hámréteg megszakításának vonalát minden különös szembetűnő jelenség, vagy elváltozás nélkül. Ellenben, ha tangentialis súroló hatás horzsolta le valahol a hámot, akkor a feláztatás után nagyon jellegzetes kép tárul elénk, amelyet jól érzékeltet az 1. ábra. A baloldalon (A) a sértetlen hámmal fedett bőrt, a jobboldalon (B) pedig a hámtól fosztott csupasz irhát látjuk. A hámtól fosztott irha az áztatás után fehéres színben tűnik elénk, de az egyes szőrtüszőknek, illetve faggyúmirigyeknek megfelelőleg kisebb-nagyobb élénk vörhenyes pettyeket, vérzéseket látunk, amelyek kissé be is lehetnek süppedve. Ahol a horzsolás az irha mélyebb részeire is kiterjed, mint a C-vel jelölt helyen, ott a tüszővérzések között elmosódott, összefolyó vérzés is mutatkozhat. Ezzel szemben az ép hámmal fedett bőrterület természetesen barnább színű és itt a szőrtüszők épek, enyhén kiemelkedő, világos foltokként láthatók. A két eltérő felület határán néhány mm., vagy akár 1 vagy több cm. széles sötétebb barnás árnyalatú sáv (D) húzódik. Már szabadszemmel, illetve kézi nagyítóval meggyőződhetünk róla, hogy ez a sáv megfelel a hám menedékesen elvékonyodott horzsolt szegélyének, vagyis a laphám mélyebb rétegeinek, a pigmentes Malpighi-rétegnek. A csupasz irha felé természetesen a legvékonyabb a menedékes hámlejtő. A barnás sáv két széle fűrészszerűleg fogazott. A szembenfekvő fogak látszólag azonosak, de azért mégis eltérés van közöttük. A hámfelőli fogak a faggyúmirigyek közti közöknek felelnek meg, míg a csupasz irha felőliekben rendszerint egy-egy faggyúmirigy ül. A fogak a bőr felszinének finom reliefjéből és a vékony oldalon a hám- és irhapapillák eltérő ellenállóképességéből adódnak Az ép bőr felől a tüszőkön ellenállóbb a felszines hámréteg, míg a csupasz irha felőli szélen a tüszők körül tapad jobban a hám legmélyebb rétege.



A barnás sáv szine a mélyebb hámrétegek melanintartalmában leli magyarázatát. A horzsolással eltávolíttatván a felszines, kevésbbé átlátszó szarúréteg, a basalis réteg festéktartalma jobban szembetűnik. Ha az ilyen bőrrészletet formalinnal conserváljuk, akkor a barna sáv még jobban szembetűnik. E jelenségben kétségkívül szerepet játszik a bőr kifakulása is, amiben a pigment nem vesz részt, de valószínű, hogy a Malpighi-réteg festéke sötétebbé is válik a formalinban, esetleg annak reducáló hatása folytán. A barnulás azonos jelenség lehet a bőr histologiájában ismert dopa-reactióval. Az ép és a hámtalan bőr közti lejtős hámszegély barna színe a bőr-melanintól származván, világos, hogy mentől pigment-gazdagabb a bőr, annál kifejezettebb a barna határsáv. Világosszőke egyéneken tehát esetleg csak nyomokban észlelhető. Metszetekben világosan látható a hámréteg fokozatos ékalakú elvékonyodása a csupasz irha felé. A barna sáv vékony szélén már csak az alapi réteg szigetkéi tapadnak az irhához, a lehorzsolt irhában pedig jól láthatók a tüszők apró vérzései. Szabálytalanabb és kevésbbé kifejezett formában láthatjuk ezt a barna szegélyt vegyes erőbehatás folytán keletkezett hámzúzódás, vagy -horzsolódás eseteiben is, amikor esetleg nemcsak egyirányú, hanem forgó (torsiós) tangentialis horzsolódás is szerepel a sérülés keletkezésekor. Égési sérülések és általában felhólyagzás folytán keletkezett hámhiányok körül a vázolt barna szegély hiányzik. Nem tévesztheto össze természetesen e szegély má-

sodlagos, reactiv elváltozásokkal, vagy vérbeszűrődéssel. A vázolt barnás sáv éppen az azonnali halállal járó sérüléseken mutatkozik a legtisztább formában. Pár nappal a sérülés keletkezése után a barna szegélyen indul meg a hámosodás és ekkor a barnás szín fehéresbe megy át.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

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

A Bang-betegség detoxin-kezelése. *Nemecek.* (Münch. Med. Wschr. 1940. 35.) A Bang-betegséget számos eljárással megkisérelték már gyógyítani de —, bár itt-ott jó eredményeket is láttak, — mégis azt mondhatjuk, hogy ezideig speficikus gyógyszerrel nem rendelkeztünk. Három beteg kórtörténetét ismerteti, kiknek véréből is sikerült a kórokozót kitenyészteni. Ezeket és számos más beteget, akiket már több helyen a legkülönbözőbb módon kezeltek, eredménytelenül sikerült egy, legfeljebb két intravenásan adott 10 ccm detoxin-injectióval meggyógyítani. A detoxin hatását részint a RES.-activiálása eredményeként, részint specifikusan a kórokozó ellen irányulónak tekinti. (B. 76.)

Horváth Imre dr.

Nephrosis oedema kezelése. *Goudsmit—Binger.* (Amer. Med. Assoc. 1940. 114. 2516.) Súlyos nephrosisos betegek oedemáját igen jól csökkentette a só- és vízszegény, fehérjében gazdag diaeta mellett alkalmazott 6%-os acacia-oldat i. v. és Na-nitrosum per os adagolása. A szerzők a dolgozatban nem jelzik az előbb említett acacia összetételét, sem a forgalomba hozó gyárnak a nevét. A gyógymód hatására vonatkozólag megjegyzik, hogy a Na-nitrosum növeli a NaCl kiürülését, viszont az acacia nem változtatja meg a vér colloid osmotikus nyomását. Az acacia injectióra néha jelentkező urticariát epinephrin injectio adásával lehet megszüntetni. (B. 78.)

Mayer György dr.

A peripheriás idegek ér-eredetű bántalmai. *Fetterman* és *Spitler.* (Journ. Amer. Med. Assoc. 114. 23.) Az erek betegségeiben, legyenek azok bármilyen eredetűek, gyakran látunk beidegzési zavarokat; ezek azáltal jönnek létre, hogy a peripheriás idegek vérellátása romlik. A tünetek rendszerint ugyanazok: peripheriás bénulás tünetei, míg az ok más lehet. Leggyakrabban előforduló betegségek: trauma, embolia, arteriosklerosis, diabetes mellitus, thrombo-angitis obliterans, periarteritis nodosa, syphilis, polycytaemia vera. Mindig igyekeznünk kell az okot kideriteni és a kezelést annak megfelelően végezni. Részletesen tárgyalja az említett betegségeket. (B. 79.)

Horváth Imre dr.

Bőrfertőzések kapcsán jelentkezett glomerulonephritis. *Futscher.* (Arch. of Int. Med. 1940. 6.) A szerző 11 esetet közöl, melyekben acut glomerulonephritist észlelt bőrinfectiók, és inficiált bőrsebek kapcsán. 7 esetben sikerült a bőrelváltozásokból (pustula, impetigo) streptococcus haemolyticust kitenyészteni. 4 esetben nem végeztek bakteriologiai vizsgálatot, ezek közül kettőnek erysipelasa volt. 10 10 eset meggyógyult 1, megnyugodott. Egyetlen beteg vizeletében maradtak csak állandó elváltozások. Ez volt az egyedüli eset, ahol a bőrelváltozások nem gyógyultak meg a nephritis kezdetétől számított két hónapon belül (B. 80.)

Riedl Olivér dr.

SEBÉSZET

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

A medialis combnyaktörés szögeléséről. *Heim.* (Dtsch. Ztschr. f. Chir. 253. 6—7.) 23 esetről számol be, melyek közül egy beteget vesztett el embolia miatt. A következő szempontokra hívja fel a figyelmet, melyek a jó eredmény szempontjából döntő fontosságúak: igen fontos az exact repositio, nélkülözhetetlen a kétirányú röntgenfelvétel, szükség esetén két készülék segítségével. A beteg absolut mozdulatlansága, hogy a beállított törvégek el ne mozduljanak, végül megfelelő anyag használata. Igen jól bevált a scopolamin-eucodal-bodítás. Minthogy főleg magasabbkorú egyénekről van szó a megfelelő utókezelés döntő fontosságú. A 17 utánvizsgált esetből kifogástalanul gyógyult 10, kielégítő eredményt adott 5, míg 2, kiket régi pseudoarthrosissal operált, rossz eredményt kapott. Lényeges az individualis javallat felállítása, nem lehet „csak szögelésről", illetőleg „csak conservativ kezelésről" beszélni, hanem minden esetben a megfelelő eljárás kell alkalmazni. (F. 89.)

Fedeles-Findeisen László dr.

Az ileitis terminalis stenosansról. *Slany.* (Dtsch. Ztschr. f. Chir. 253. 6—7.) Szerző két esete kapcsán arra a meggyőződésre jut, hogy a fenti kórkép nem tekinthető sui generis betegségnek. A szövettani vizsgálatok azt mutatták, hogy a kép mindenben hasonlít a mechanikai okok alapján létrejött ileusos bél kórszövettani elváltozásához. Szerinte az ileitis terminalis stenosans esetekben inkább ileocoecalis invaginatio áll fenn, sőt esetleg ennek recidiváló alakja és a szövettani elváltozások a súlyos keringészavarban lelik magyarázatukat. (F. 90.)

Fedeles-Findeisen László dr.

Új palliativ műtét az inoperabilis aquaeductus Sylvii elzáródás kezelésére. *Torkildsen.* (Acta. Chir Scand. 82. 2—3.) A szerző a nem operálható aquaeductus elzáródás gyógyítására új műtétet gondolt ki és négy esetben hátrányos szövődmény nélkül el is végezte. A kinzó intracranialis nyomáscsökkenés összes tünetei gyorsan és tartósan javultak. A műtét lényege az, hogy a ventriculographiás nyíláson át vékony kathetert vezet az egyik oldalkamrába és a cső másik végét a koponya bőre alatt a suboccipitalis izomba vezeti, majd végét a cysterna magnába rögzíti néhány öltéssel. Szövődményt egy esetben sem észlelt. (F. 91.)

Fedeles-Findeisen László dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

A natrium salicylicum intravenás befecskendezése acut glaukomában. *Ohm.* (Klin. Mon. f. Aug. 104. 697.) A *Majoros* ajánlotta natrium salicylicum intravenás alkalmazásákor azt találta, hogy acut glaukomában nemcsak fájdalomcsillapító hatása van, hanem a nyomást is csökkenti, úgyhogy a műtét számára kedvező körülményeket teremt. Egyes esetekben idős egyéneken ilymódon mioticák alkalmazása mellett esetleg a műtét is elkerülhető. Igen jól bevált a kezelés súlyos iritis esetében secundaer glaukoma jelentkezésekor. Hatástalanoknak bizonyultak az injectiók, venathrombosis és diabetes következtében keletkező glaukomában, valamint simplex glaukoma eseteiben. (G. 87.)

Radnót Magda dr.

Gyógyszeres lencse-therapia. *Müller,* stb. (Arch. f. Ophthalm. 141. 6.) A lencse anyagcseréjéhez szükséges anyagok mennyiségét kivánták fokozni a csarnokvízben. Annak *cukor*tartalmát legjobban tartós szemfürdővel tudták emelni (30—40%-os glukose); a pantocain érzéstelenítés elősegíti a cukor bejutását. A *glutathion* concentratio sem így, sem kötőhártyaalatti, sem intravenás befecskendezéssel lényegesen nem emelhető, még leginkább félórás 10—20%-os szemfürdővel. Végül *C-vitamin* bejuttatása céljából a venás befecskendés a legjobb mód, melyet szemfürdővel (20%), subconj. befecskendéssel és peros adagolással támogathatunk. E vizsgálatok tájékoztató jellegűek, vajjon tényleg eljut-e az illető szer a lencséhez, másrészt az öregkori hályog gyógyítását, ill. megelőzését hivatott előkészíteni. (G. 85.)

Grósz István dr.

Agyrázkódás utáni syndroma szemtünetei. *Coppez.* Ophthalmologica 1940. 2.) A postcommotionalis tünetegyüttes subjectiv jelei a főfájás, szédülés és psychikus asthenopia. A látásélesség és látótér változásai nem igen értékelhetők. Az objectiv tünetek közül fontos a retinalis arterialis vérnyomás labilitása és aránytalan volta az általános vérnyomáshoz képest (agyi keringési zavar kifejezője). Szemtükrileg a retinalis vérnyomásemelkedés jele a kaliber kisebbedése, a hypotensióé az érfalak petyhüdtsége. Gyakori tünet még a peripapillaris vizenyő, főleg az orri oldalon. (G. 84.)

Grósz István dr.

ORR-, TOROK-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

Az epiglottis-abscessusról. *Chimani.* (Mschr. f. Ohrenhk. 74. 8.) Szerző a bécsi II. fül-, orr- és gégeklinika 10 évi anyagának 112 epiglottis abscessus esetét ismerteti. A férfibetegek száma kétszerte nagyobb volt, mint a nőbetegeké, ami megfelel annak a ténynek, hogy — mivel a férfiak gégéje inkább kitett különböző mechanikus, thermikus és vegyi ártalmaknak, mint a nőké — könnyebben válnak beteggé. A betegség leggyakoribb a 20—30 éves korban, gyermekeken és öregeken igen ritka. Összefüggés található a rossz időjárás és a betegség jelentkezése között, a legtöbb epiglottis-abscessus a március, szeptember és október hónapokra esett. A betegség aetiologiájában szerepet játszhat a nyálkahártya apró sérülése, továbbá megfázás és főleg a garatképletek heveny gyulladása. (A. 33.)

Ajkay Zoltán dr.

Hallásképesség mastoidektomia után. *Arnold.* (Arch. f. Ohr. usw. hk. 147. 4.) Heveny középfülgyulladások után a hallás visszatérésének foka sok körülménytől függ (életkor, alkat, bakt. virulentia, anatomiai sajátságok, gyógykezelés). A tapasztalat azt mutatja, hogy a teljes halláselesség nem mindig tér vissza. Ennek tisztázására 100 mastoidektomián átesett beteget vizsgált felül. Feltűnő volt, hogy mindössze 14 beteg nem lateralisálta a Webert, 38 esetben, egyébként jó hallás mellett Webert az operált oldalra lateralisálták. 43 esetben az operált oldal felé történt lateralisálás megfelelt az itt visszamaradt halláscsökkenésnek. A műtét utáni teljes gyógyulás feltétele a sejtek gondos kitakarítása, helyes utókezelés és a jó erőbeli állapot. Ennek megfelelően fülfolyás maradt vissza megfelelő hallásromlással 4 csökkent ellenállóképességű betegen. A hallás teljes visszatérése a leggyakrabban a fiatal egyéneken következik be és az életkor előrehaladásával egyre csökken. Minél korábban történik a műtét, annál nagyobb az esély a hallás teljes visszatérésére. Ugyanis a hosszas genyedés következtében a dobüri sarjszövet szervül, hegesedő és adhaesiv folyamatok jelentkeznek, az antrum környékén csontújképződés indul meg és néha toxikus behatások is érvényesülnek. A kórokozókra vonatkozóan megállapítható volt, hogy a streptococcus mucosus infectio adta a hallás visszatérésére vonatkozóan a legrosszabb eredményt. A pneumatisatio foka is befolyásolja a hallás visszatérését. A normalisan pneumatisált csecsnyúlványok esetében a hallás teljes visszatérése gyakoribb volt, mint compact csecsnyúlvánnyal bíró betegeken. Negyvennyolc beteg panaszkodott fülzúgás miatt. Ezek közül 14-nek volt fülkürthurutja, míg a többi közép- és belsőfüleredetű nagyothallásban szenvedett. A zygomatikus és periantralis sejtek lehető gyökeres eltávolítása közben az antrum lényegesen kitágult. A gyógyulás közben a csontújképződés és a zsugorodó hegek az üllő rövid nyujtványát az antrum-küszöbhöz közelítik és némikép rögzítik. Az így előálló csökkent mozgathatóság és húzó hatás a kengyelre is áttevődik, mely inger a fülzúgásban nyer kifejezést. — (A. 34.)

Török Miklós dr.

A homloküreg szelep-elzáródása által előidézett fejfájás ex vacuo. *Berendes.* (Münch. Med. Wschr. 1940. 35.) Ha az orrüreg nyálkahártyája valami okból (gyulladás, nátha, vasomotoros elváltozás, stb.) megduzzad és elzárja a homloküregvezeték szájadékát, az egészséges nyálkahártya a bezárt levegő felszívása által légüres tért hoz létre. Az így keletkezett szelep a szívóhatás következtében a kiváltó folyamat gyógyulása után is zárva tartja a homloküreget, ami heves, a homloküreg gyulladásához hasonló fájdalmakat okoz, anélkül, hogy klinikailag (rtg) biztosan diagnostizálható lenne. Célszerű ilyenkor próbapunctiót végezni és ha gyanunk beigazolódott, azaz a homloküregből váladék nem nyerhető, levegő nem szívható ki és levegő befuvásakor a fejfájás hirtelen megszűnik, Beck-féle punctiót végezni és pár napig kutaszolni az üreget. Az utóbbi években 30 hasonló esete volt, valamennyi tökéletesen gyógyult. (B. 77.)

Horvátth Imre dr.

Kisgyermekek középfülgyulladása és lebenyes tüdőgyulladása. *Krassnig.* (Mschr. f. Ohrenhk. 1940. 7.) Régi tapasztalat, hogy kisgyermekek középfülgyulladásával egyidőben tüdőgyulladás is jelentkezhet, amikor —, amint arra először *Preysing* mutatott rá — a középfülben is kimutatható a Fränkel-féle diplococcus. A súlyos beteg benyomását keltő lázas gyermek rendszerint a kétoldali paracentesis után sem javul. A minimalis fülfolyás mellett pár nap múlva a tüdőben — legtöbbször centralisan — gyulladásos góc állapítható meg. Szerző tapasztalata szerint a kisgyermekek tüdőgyulladását az esetek mintegy 90%-ában kiséri otitis. Amikor a tüdőgyulladás már túljutott a punct. max.-án, az az erős fülfolyás csak azután jelentkezik, mert addig a tüdő mint elsőrendű góc a szervezet ellenállóerejét magára vonja. Ami e kettős betegség eredetét illeti, nem osztja *Preysing* nézetét, mely szerint az inficiált orr-garatüreg a primaer kiindulási hely, hanem az eleinte még fel nem ismert tüdőgócot tartja elsőlegesnek és innen a véráramon keresztül bekövetkező csiszolódás okozza az otitist, ugyanúgy, mint pl. a tuberculotikus középfülgyulladások esetében látni. A betegség primaer jellegének bizonyítására szerző vérculturákat készített és 9 esete közül ötször staphylococcust, haemolytikus streptococcust és pneumococcust talált. (A. 35.)

Török Miklós dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő.*

A syphilis malariakezelése. *H. Strobel.* (Arch. f. Derm. 181. 1.) 376 különböző stadiumban lévő syphilises betegen figyelte a salvarsan-malaria kezelés hatását a vérreactiókra és a liquorra. A betegek 21.8%-ában ellenőrző liquorvizsgálatok is történtek. E vizsgálatok eredményéből a következő tapasztalatokat szűri le: a malaria-kezelés nem javalt korai liquor positiv esetekben, mert erélyes chemotherapiára egyedül is negativvá válnak a passagère liquorok. A malariakezelés pedig a II. év után is jó eredményeket mutat. Negativ liquorleiet mellett a korai szak seropositiv esetei, lueses bőrelváltozások a későbbi szakban, belső szervi syphilis, továbbá lues latens késői alakjai szintén nem javallatok. Ezzel szemben malariás ojtást végez paralysis, tabes, positiv liquor eseteiben 4—6 évvel a fertőzés után, továbbá agy hártyafolyamatokban és neurorecidivákban a korai időszakban is. A malaria javallatát azért kell ily fokban megszorítanunk, mert ez a szervezet védekezőképességét erősen csökkenti, másrészt korán alkalmazva sem tudja egy esetleg későbbi paralysis kifejlődését megakadályozni. (Sz. 85.)

ifj. Nékám Lajos dr.

A psoriasis kezelése. *J. F. Madden.* (Journ. Amer. Med. Assoc. 1940. 115. 8.) *Monash, Krafka,* majd *Ceder* és *Zon* 3—400.000 egység D-vitamint adtak viosterolban és 6—12 hét alatt több esetben gyógyulást észleltek. *Brunnstein* hasonló eredményt ért el még nagyobb adagokkal, bár némely esetben ártalmas mellékhatásként hányást, gyomorfájást és 5 kg-ig terjedő súlyveszteséget észleltek. *Drouet* és *Weille* hypophysis elülsőlebeny-kivonatot C-vitaminnal együtt adott (naponta per os 100—150 mg ascorbinsavat). Javulást 17 kezelt betege közül csak 1-en észlelt, 3 rosszabbodott, 13 pedig változatlan maradt. *Gruenberg* és *Spiethoff* 35 betegnek adtak fejenként 180 g friss májkivonatot és naponta 75 csepp híg sósavat per os. 3 beteg gyógyult, 6 állapota javult 4 rosszabbodott, a többi változatlan maradt. *Keller* női sexualhormonnal próbálkozott, 150 egéregység progynont adott naponta 25 napon át egy psoriasis athropathicában és amenorrhoeában szenvedő betegnek eredményesen. *Sochatzy* corpus luteummal 20 nap alatt gyógyulást ért el. *Sperry* amenorrhoeában és egyúttal psoriasisban szenvedő betegnek theelint adott intramuscularisan (3—15 ccm-ig). Menstruatio bekövetkeztekor a psoriasisos eruptio kezdett eltünni. Oestruskivonat adása, sulfanilamid-kezelés, bismutum salicylicum adása eredménytelen maradt. *Gruenberg, Kissmeyer, Chrom* és *Jacobsen* mellékvesekéreg kivonattal értek el sikert. A szerző leghatásosabbnak találja tapasztalatai alapján (5 év alatt 300 psoriasisos beteget kezelt) a következő gyógykezelést: zsírszegény diaetát, naponta per os ezer egység B_1-vitamint és helyileg hámlasztó kenőcsöt, ellentétben a fenti szerzőkkel, kik localisan nem adtak semmit. (Sz. 86.)

Horváth Dénes dr.

A lymphogranulomatosis klinikájához és eredetéhez. *W Richter.* (Arch. f. Derm. 181. 1.) 19 éves nőbeteget ír le, akinek belső szervi lymphogranulomatosisán kívül a bőrén is voltak az urticaria papulosa chronica perstans képében lezajló elváltozásai. A betegen novocain-adrenalin befecskendezés után a nyirokcsomók megduzzadtak és a lymphocyták száma erősen megnövekedett a vérben. Több ilyen reactio után a beteg állapota lényegesen javult, a viszketés alábbhagyott és újabb jelenségek csak elvétve keletkeztek. Lymphogranulomatosisban a nyirokcsomók állandó reactiokészségben vannak és a baj támadásponját képezik. Kiváltó okként a legkülönbözőbb kórokozók, a toxinok, vagy kóros anyagcsere-termékek fordulhatnak elő. (Sz. 87.)

ifj. Nékám Lajos dr.

UROLOGIA

Rovatvezető: *Babits Antal.*

Vizeletsavanyítás intravenás módja. *R. Ascoli,* Milano. (Ztschr. f. Urol. Chir. 1940. 45.) Saját vizeletsavanyító eljárását ismerteti. Naponta 30 ccm 30%-os mononatriumphosphat oldatot ad i. v., erősen lúgos vizelet esetében megismétli a napi adagot. A savanyító hatás 12 óra múlva megszünik, ezért kiegészítésére szájon át is ad a közbeeső időben 15—20 csepp hig phosphorsavat. Ezt az eljárást a betegek minden különösebb zavar nélkül tűrik. (B. 14.)

A hólyagrák klinikuma és gyógyítása. *Rudolf Herbst.* (Ztsch. f. Urol.. 1940. 8.) 12 év anyagából 139 rosszindulatú hólyagdaganatot dolgoz fel. Fontosnak tartja a korai kórismét a megelőzés szempontjából. A betegek az első tünetek után általában fél év múlva jelentkeztek. A rosszindulatúság eldöntésére legfontosabb vizsgálatnak a cystoskopos vizsgálatot tartja. A rosszindulatúság jele a széles alapú tapadás, a vastag kocsány, a finom bolyhok helyett bunkós, durva papillák, a szétesésre hajlam, kifekélyesedés, incrustatio, környi vizenyő és gyulladás. A próbakimetszés csak positiv lelet esetén vehető számításba. A gyógykezelés csak az épben kiirtás lehet Helytelen az endovesicalis égetés, mert csak sietteti a rák növekedését. (B. 15.)

Vizkelety Gyula dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Konservative und chirurgische Behandlung des Harnleites. *H. Boeminghaus.* (Georg Thieme Verlag, Leipzig, 59 o. 1940. Ára: 4.50 RM.)

Az ureterkövek változatos kórképének kimerítő tárgyalása. Külön fejezetekben foglalja össze a *conservativ,* az *eszközös és sebészi* kezelést. Fájdalom ellen novalgint, vagy nagy adag belladonnakészítményeket ajánl. A vízlökéseknek csak akkor barátja, ha kivizsgálás alapján eldől, hogy a kő mellett vizelet is szivárog. Ú n. kóoldószer csak idült esetekben, s csak inkább, mint prophilactikum jöhet szóba. Savanyító-therapiának csak phosphat- és carbonat-kövek esetében van értelme. Savanyításra a gluconsavas készítményeket tartja a legjobbaknak. A bélfürdőket gyakran alkalmazza, bár nem látja azokat a nagyszerű eredményeket, miről sok szerző beszámol. A spasmolytikus szerekből nagy adagokat kell adni, különben hatástalanok a fájdalom megszüntetése szempontjából. A kőszülést sokszor ép ellenkezőleg peristaltikát fokozó szerek (hypophysis, pituitrin) segítik elő, de ezt inkább csak intézetekben lehet keresztülvinni. Spastikus állapotok megszüntetésére a paravertebralis anaesthesiát ajánlja. A glycerinkúrát úgy alkalmazza, hogy 450 g tiszta glycerint 3 napra elosztva napi 3-szor 50 g-os dosisban adagol.

Az eszközös kezelések között az állandó ureterkatheter behelyezését az utóbbi időben ritkábban alkalmazza, mert aseptikus esetekben az infectio veszélye túl nagy. Az újabb eszközök közül dicsérőleg emlékezik meg *Zeiss* és *Giongo* eszközeiről. A sebészi rész tárgyalásában bő ábrákkal az ureterfeltárás különböző módozatait ismerteti, azok előnyeinek és hátrányainak kritikai taglalásával. A munka első fele a belgyógyászt és gyakorlóorvost, második része elsősorban a szakorvost érdekli. Nagyon ajánlható olvasmány.

Minder prof.

I. Gutartige Albuminurien. II. Nephritis-Nephrosklerose Nephrose. *Stillfried Litzner.* (Georg Thieme Verlag, 1940. 35. o. Ára 2.50 RM.)

Kimerítően tárgyalja az albuminuria kérdését. Fontos, hogy a jóindulatú albuminuriát felismerjük, mert „albuminuria nem mindig jelent nephritist". Minden albuminuriában focalis góc után is kell kutatni, mert a góc okozta toxinok és albuminuria között összefüggés van s. a góc eltávolítása után ilyenkor az albuminuria megszünik. A jóindulatú, tehát nephritistől független s csak a glomerulusok kóros áteresztőképességén alapuló albuminuria és a rosszindulatú vagyis nephritissel kapcsolatos albuminuria közötti elkülönítés néha csak hosszas évekig tartó megfigyeléssel lehetséges.

A nephritisek tárgyalásában Volhard felosztását fogadja el és két csoportot különít el aszerint, hogy a véráramlás zavara a vesében előtérben áll-e, vagy sem. Az első csoporthoz, ahol a vese vérkeringése is erősen zavart, tartozik a glomerulonephritis és a rosszindulatú nephrosklerosis, a másodikhoz a nephrosis és interstitialis gócnephritis.

A heveny glomerulonephritis postinfectiosus allergián alapuló functionalis zavarnak tekinthető s csak az idült esetekben vannak organikus elváltozások is. A nephrosis *Randerath* szerint a glomerulusok rendellenes áteresztőképessége toxikus úton sérti a csatornák epitheljét.

Az egyes themákat röviden és világosan tárgyalja, gyakorlóorvos és a belgyógyászati nephritisek kérdésében nem nagyon jártas urologus szakorvos számára nagyon tanulságos olvasmány.

Minder prof.

A Ferenc József Tudományegyetem Barátai Egyesülete Orvosi Szakosztályának október 9-i ülése.

Bemutatás:

Környey I.: *Érdekes neurochirurgiai esetek. — 1. A csigolyaközötti korong sérvképződése és a sárgaszalag túltengése.* A bemutatott esetben az ágyéki sárgaszalagok elmeszesedése olyfokú volt, hogy a röntgenképen árnyékot okozott. Az erős szalagtúltengés és a szokatlanul nagy korongsérv a cauda equina súlyos összenyomásos kórképére vezetett. A lumbalisan nyert agy-gerincvelői folyadék sejt- és fehérjetartalma egyaránt magas volt s ezért csak a normalis cysterna-folyadékkal egybevetés alapján vehettek fel összenyomatást. Myelographia alkalmával a sugárfogó anyag teljesen megrekedt a 4. ágyéki csigolya magasságában. Laminektomia és a korongsérv eltávolítása igen kielégítő fokozatos javulást hozott. — 2. *Kisagyi haemangioblastoma.* Az észlelt kórkép tünetszegénysége hosszabb időn át megakadályozta a baj felismerését, míg néhány napon belül pangásos papilla nem fejlődött ki. Műtétkor a bemutató cystás kisagyi daganatot talált, melynek fali csomója haemangioblastomának (Lindau-féle daganat) bizonyult. Retinadaganat (v. *Hippel)* ebben az esetben nem mutatható ki.

Előadás:

W. Schulemann (Bonn): *A fertőző betegségek gyógyszeres kezelésének alapjai.* A fertőző betegségek első gyógyszereit jórészt tapasztalati úton találták meg. Azonban egyre élénkebben érezték a természettudományos megismerés alapján további kutatás és a chemiai szerkezet és a hatás közötti összefüggés problemájába behatolás szükségességét. A kutatás — különösen a savanyú festékkel intravitalis festés terén — arra a felismerésre vezetett, hogy az anyagoknak vegyi szerkezetüktől függő physikai-chemiai tulajdonságai mértékadók, felszívódásukra, eloszlásukra, tárolásukra és kiválasztásukra. Ezek változnak a „milieu"-tól függően. Az oldatok töménysége és kora, más elektrolytek és kolloidok jelentléte messzemenő befolyással vannak. Különös jelentőségük van a sejthatáron lejátszódó permeabilitási folyamatoknak, amelyekkel szemben a sejt nem passiv. Mindez nemcsak a szervek, hanem a paraziták sejtjeire is érvényes. Ez adja meg a hatás előfeltételeit. A sejt belsejében chemiai és physiko-chemiai folyamatok játszódnak le. A sejt anyagforgalma — fermentek hatása alatt — határozza meg a sejtműködést és megfordítva a sejtműködés befolyásolja a sejt anyagforgalmát. Mindezekbe a vonatkozásokba nyúlnak be a gyógyszerek, mint activatorok és mint gátlók s a sejt anyagcseréjének megváltoztatásával működését is befolyásolják. Ez érvényes a gyógyszertanban és így a fertőző betegségek gyógyszeres kezelésében is. Ehhez járul a parazitának és hordozójának kölcsönös hatása egymásra. Előadó mindezeket a problemákat példákkal világítja meg s különösen a tyuk-malaria lefolyásán mutatja meg, miként befolyásolja a reticulo-endothelialis rendszer izgatása a parazita és gazda kölcsönhatását.

Az Erzsébet Egyetem Tudományos Egyesülete Orvosi Szakosztályának október 14-i ülése.

Képíró P.: *Pellagra két újabb dunántúli esete.* Rövid ismertetése a pellagra fogalmának. A két beteg anamnesisének ismertetése. Az egyik beteg tüneteinek ismertetése, a másik beteg demonstrálása fényképek segítségével. A pellagra differential diagnosisa különös tekintettel a betegeken észlelt tünetekre. Az alkalmazott gyógyeljárás, kórlefolyás és az esetek tanulságának rövid ismertetése,

vitéz Berde K.: Klinikáján 9 év alatt a bemutatott beteg az ötödik pellagra eset. E betegség tehát a Dunántúlon sem mondható nagyon ritkának. Az esetek általában jóindulatúak, s klinikai képüket a bőrelváltozások uralják.

Súlyos idegrendszerbeli, vagy elmezavarokat nem látott. A gyógyítás legfontosabb eszköze a betegek helyes és bőséges táplálása, hús és élesztő adagolása, roborálás. Helyileg védelem a fényhatásokkal szemben, gyülladáscsökkentő borogatások és kenőcsök. Májkivonatok és nicotinsavamid alkalmazása nélkül is meggyógyult minden betege, egyet évek után is észlelt, minden recidiva nélkül.

Megay L.: *A hasnyálmirigy röntgenvizsgálata.* (Egész terjedelmében megjelenik az O. H.-ban.)

Ángyán J.: A bemutatott esetek nem tartoznak a ritkaságok közé, de e vizsgálatok elvégzését az acut időszakban csak a mai modern röntgenberendezés teszi lehetővé, amely a vezetése alatt álló klinikának rendelkezésére áll. A lelépő Rectornak, *Vinkler* professornak, valamint *Pekár* prof.-nak hálás köszönetet mond, kik e cél elérésén fáradoztak.

Ujsághy P.: *Egészséges csecsemők N és S anyagcseréje különböző táplálási módok mellett.* Az előadó 8 egészséges, fiatal csecsemőn anyatejes, tehéntejes, majd mandulatejes táplálási periódusokban végzett párhuzamos N és S anyagcserevizsgálatairól számolt be. Megállapította, hogy a N és S állati és növényi fehérjét tartalmazó táplálás mellett egyaránt körülbelül azonos arányban retineálódik olyképen, hogy a retentiós N/S hányados azonban nem haladja meg a 3.0-t. A vizsgálati eredmények alapján a retineált S-nek fiatal csecsemők anyagcseréjében a N retentióra bizonyos irányító hatást tulajdonítható azáltal, hogy a retineált S-mennyiséghez szabnák a fehérje-anyagcsere regulatorai a N rendes retentióját. Ebben látja a fiatal csecsemőkor fokozott thiopexiájának, az anya- és tehéntejes N felhasználásbeli különbségének okát, valamint a biologiai érték gyakorlati érvényesülésének alapját.

A kolozsvári I. Ferenc József Tudományegyetem megnyitása.

(1940. október 24.)

Magasztos és országos eseménnyé avatta a kolozsvári egyetem megnyitási ünnepségét Kormányzó Urunk, a Főméltóságú Asszony, a bíboros hercegprimás, József és Albrecht kir. hercegek, a kormány tagjai — élükön a miniszterelnökkel és külügyminiszterrel, — az egyházak megjelent püspökei, az egyetemek, a műegyetem kiküldött rektorai és tanárai, az Anyaország és a visszakerült Erdély kulturális intézményei képviselőinek jelenléte. Óriási fontossága van annak a ténynek, hogy Kormányzó Urunk személyesen nyitotta meg a számkivetésből hazatért egyetem új korszakát, mert jelenlétével bebizonyította, hogy nemcsak hazánk megerősítése és védelme a legfőbb gondja, hanem a szellemi élet arcvonalának a további kiépítése is. Ezzel az ország keleti határán lévő tudományok csarnokát áldott végvárrá avatta s az ide kinevezett tanárok munkáját szent kötelességtejesítéssé emelte.

Az egyetemi ünnepségek sora *Hóman Bálint* kultuszminiszter és *Csáky István* külügyminiszter, majd *Teleki Pál* miniszterelnök fogadtatásával kezdődött. Október 23-án d. u. összeült az egyetemi tanács a Szegedről átjött *Bartók György* rektor elnökletével és megejtette a dékánválasztásokat. Az 1940—41. évre a jogtudományi kar dékánja *Buza László*, az orvosi karé *vitéz Berde Károly*, a természettudományi karé *Szőkefalvi Nagy Gyula*, a bölcsészeti karé *Várady Ferenc*, az újonnan létesített közgazdasági karé *Szentkirályi Sámuel* lett.

Az Egyetemi Tanács elhatározása folytán díszdoktorrá jelölték *Bottai Guiseppe* olasz nemzetnevelésügyi minisztert és *Rust Bernhard* német birodalmi nemzetnevelésügyi minisztert. Este fél hét órakor az egyetem aulájában a szokásos fényes külsőségek között a jogtudományok díszdoktorává avatták *gr. Csáky István* külügyminisztert, aki hatalmas beszédben méltatta Erdély történelmi szerepét. Fényes logikával bizonyította beszédében, hogy a magyar diplomácia nem mulasztotta el a magyar társadalom és főleg Erdély történelmének a tanulságait levonni s annak diadalmas érvényre jutását nagy barátaink segítségével megvalósítani. A tudomány hatalma bizonyította be, hogy Erdély földje magyar, hagyománya is magyar.

Kormányzó Urunk Hitvesével és kiséretével október 24-én, csütörtökön ¾11 órakor érkezett Kolozsvárra. A feldiszített pályaudvaron díszszázad sorakozott, a katonazenekar a Hymnust játszotta s az egész útvonalon felsorakozott tömeg lelkes éljenzéssel ünnepelte az Államfőt. Az egyetem előtt *Teleki Pál*, *Hóman Bálint* és *Bartók* rektor fogadta a Főméltóságú párt, majd a kultuszminiszter tett jelentést a Kormányzónak az egyetem hazatéréséről és bemutatta a tanári kart. Innen átment a Főméltóságú Úr és kisérete a régi magyar szinház helyén felépült Mátyás király diákházba, ahol a díszes Korvin-teremben a Korvin-lánccal és -koszorúval kitüntetettek várakoztak. A láncok és koszorúk ünnepélyes átadása után az egyetemi tanács bevonult a gyönyörűen feldiszített óriási díszteremben, ahol a régi színpad helyén lévő emelvényen a rektori széket a kultuszminiszter foglalta el. A rektori széktől jobbra és balra a rektor és dékánok foglalták el helyeiket.

Amikor a kormányzói pár a miniszterelnök és a kultuszminiszter kiséretében a tisztek sorfala között bevonult a terembe, hangos éljenzéssel fogadták őket, majd felcsendültek a Hymnus hangjai és ezzel megkezdődött az ünnepség.

Hóman Bálint meleg szavakkal üdvözölte a kormányzói párt és az előkelőségeket s hálásan emlékezett meg a két baráti nép vezéréről. Majd hosszabb beszédben méltatva Erdély történelmi hivatását, kulturjelentőségét s az *erdélyi szellem* nemzetformáló erejét a kinevezett tanárok felé fordult a következő szavakkal:

— Az egyetem tanárai nem lehetnek az élettől távolálló tudósok, a népi problémákat elefántcsonttornyból szemlélő bölcselők, külső sikereikre hiú rétorok, avagy gőgös ítélőbírák. Az egyetemi tanár tanítómestere, nevelője, mentora, barátja kell legyen a fiataloknak. Tekintélyét nem a formaságok, a fölényeskedés, az elzárkózás, a ridegség és az érzéketlenség, hanem a méltóságával jól megférő közvetlenség, a fölényes tudás, a tanítványokkal való foglalkozás, a meleg szív és a szociális érzés, a köteles szigorúsággal együttjáró igazságérzet és méltányosság szerzik meg számára.

— Hiszem, hogy a tegnapi napon felesküdött ifjú tanárok és a tanszéken szerzett tapasztalatokban gazdag tudósok teljesen átérzik missziós hivatásuk magasztosságát és elszánt akarattal fogják teljesíteni a nemzetnevelés terén itt, Kolozsvárott reájuk háruló nagy kötelességeket.

— Ezzel a híttel és ebben a reményben mély hódolattal kérem Főméltóságú Kormányzó Urat, hogy a kolozsvári magyar királyi Ferenc József Tudományegyetem megnyitására engedélyt adni kegyeskedjék.

A nagy tetszéssel és tapssal fogadott beszéd után *Horthy Miklós* kormányzó a következő beszéddel nyitotta meg az ősi székhelyére visszatért Ferenc József Tudományegyetemet:

— Ezeréves történelmünk tanusága szerint magyar népünket katonai erényei, politikai érzéke és szellemileg sokoldalúsága jellemzik. Ezek a tulajdonságai tették alkalmassá itt a Duna—Tisza völgyén új hon szerzésére és nyugati állam alapítására, küzdelmes időkben annak védelmére és fenntartására. Ezek ösztönözték műveltségének gyarapítására, a nemzeti irodalom, művészet és tudomány színvonalának folytonos emelésére. Katonai, politikai, művelődési képességei együttesen szerezték meg számára azt a tekintélyt és megbecsülést,

melynek birtokában harcos katonája, építő munkasa és műveltségterjesztő apostola lett a nyugati művelődésnek.

— A Szent Korona közösségébe visszatérő erdélyi és keleti országrészek földjén is nyomon követik egymást a hadsereg, az államigazgatás és a művelődés harcosai. A magyar honvédség bevonulása után megindult az állami szervezet újjáépítése, alig néhány hét multán pedig már munkába álltak az iskolák s a mai naptól újból ősi székhelyén folytatja életét a hazatért Ferenc József Tudományegyetem.

— Nagy és magasztos feladat vár a keleti végeken őrtálló tudós tanárokra is: erős, munkás, harcos, művelt magyar nemzedék nevelése, a jövendő magyar élet vezetőinek erkölcsi és értelmi kiképzése. Az egyetemi tanárnak hármas hivatalt kell betöltenie. Tisztsége nemcsak szaktudománya művelésére, tudásának és ismereteinek továbbadására, hanem a magyar ifjak nemzeti szellemű nevelésére is kötelezi. E kötelességek bármelyikének elhanyagolása mérhetetlen kárt hárít a nemzetre. Lelkiismeretes teljesítésük által gazdag értékekkel gyarapodik a magyar jövő.

— Abban a meggyőződésben, hogy a kolozsvári magyar királyi Ferenc József Tudományegyetem munkássága méltó lesz, ennek a nagyérdemű főiskolának múltjához és a magyar művelődésért sokat szenvedett erdélyi magyarsághoz, az egyetem megnyitására az engedélyt megadom.

A közönség a Kormányzó beszédét állva hallgatta végig és hosszantartó lelkes tapssal fogadta.

Hóman Bálint vallás- és közoktatásügyi miniszter ezután a közönséggel együtt elmondotta a Magyar Hiszekegyet, majd *Bartók György* Rector Magnificus mondott megnyitó beszédet, melyben hangoztatta, hogy az ősi székhelyére hazatért egyetem tanári kara tisztában van azzal, hogy milyen feladat vár reá az ország keleti részén. E kötelesség teljesítésében erős támaszuk lesz az erdélyi szellem, melynek gyarapítása és ápolása lesz az egyetem egyik legfőbb feladata s amely Szegedről visszatértében az alföldi szellemmel is erősödött.

György Lajos hódolattal köszöntötte az egyetemet egykori hallgatóinak nevében, kik a tanítvány becsületes hűségével, mélységes szeretetével várták, remélték e fenséges történelmi fordulat bekövetkezését. Annak a több, mint 50.000 tanítványnak és közel 15 ezer doktornak a szellemét idézem, akik 1872-től kolozsvári működésének utolsó napjáig ezen az egyetemen nyertek szellemi életformát és a magasabbrendű irányító munkára átfogó egyetemes látást. Ezen az ünnepen senki se higyje — mondá —, hogy sebeink mutogatásával fogunk hivalkodni. De legalább el kell mondanunk, hogy magunkra utalt árvaságunkban sem lettünk hűtlenek egyetemünk által képviselt magasabb eszményiséghez.

Domanovszky Sándor a Pázmány Péter Tudományegyetem prorektora, a magyar egyetemek és tudományos intézmények és egyesületek nevében üdvözölte a Kolozsvárra visszatért Ferenc József Tudományegyetemet.

Végül *ifj. Gyallay Pap Domokos,* mint az egyetemi ifjúság képviselője üdvözölte az Alma Matert.

Az ünnepség befejeztével a Kormányzó és a Főméltóságú Asszony kiséretével a szünni nem akaró éljenzés közepette elhagyta a dísztermet és Mátyás király szobrához hajtatott, melyen hatalmas babérkoszorút helyezett el.

Az ünnepi ebéd után a Kormányzó, valamint Hitvese különvonaton hagyta el Kolozsvárt. *Hóman Bálint* miniszter és a kolozsvári egyetem megnyitásán résztvevő előkelőségek különvonata délután 4 órakor indult vissza Kolozsvárról, a Lél motorossal pedig *Teleki Pál* miniszterelnök este tért vissza a fővárosba.

Koleszár László.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift. 42. sz. *W. Neunhöffer* és *Br. Schwemmler:* Jobboldali áthatoló ágyék-mellkaslövés jobboldali teljes légmellel, kétoldali tüdőlobbal és a seb colifertőzésével. — *H. Richter:* Elkerülhetők-e a középfülgyulladással kapcsolatos halálesetek? — *W. Lauer-Schmaltz:* Tapasztalatok a peroralis cholecystographiához használt új contrastanyaggal: Biliselectan-nal. — *W. Hepp:* A sörallergiáról. — *M.: Salgesser:* Kyphosis és coxa vara adolescentium. — *R. Oelck:* Szívbajosok kezelése Deriphyllin-Strophanthinnal. — *R. Knebel:* A medencegörbület hátrányainak kiküszöbölése szülészeti fogóinkon, kettős fogón végzett nyilirányú húzással. — *P. W. Schmidt* és *R. Straub:* Új ú. n. bőrkímélő mosószerek (praecutan, satina) tisztító erejéről. — *A. Ullrich:* Egészségügyi állapotok Besszarábia német népcsoportjában. — 43. szám: *M. Ernst:* A harctéri sebesültek szállíthatóságának megítélése. — *W. Sorgo:* Intracerebralis daganatok sebészi kezelésének eredményei. — *W. Beyer:* Agyrázkódás az újabb kutatások tükrében. — *G. Patrassi:* A központi idegrendszer serumbetegségéről. — *K. Häntzschel:* Kanyarórecidivák. — *C. Dienst:* Vizsgálatok friss és főtt főzelékek mosására beálló ásványi sóveszteségről. — *Liebendörfer:* Pervitin az idegorvosi gyakorlatban. — *G. Riebold:* A tremor familiaris, sklerosis multiplex és paralysis agitans kezelése Radix Belladonnae Teep-el. —

Klinische Wochenschrift. 41. sz. *C. D. Langen:* Vérboliás vészes vérszegénységben. — *E. Francke:* Sejtmérgek kimutatása a vérben myelophthysis esetén és ezek hatása a vérképzésre. — *K. Apitz:* Fehérjeanyagcsere zavarai plasmocytomás egyénekben. — *E. Kestermann* és *K. E. Vogt:* Adat a dysenteria elleni activ immunizálásához. — *A. Kraudwald:* Prontosil és uliron hatása a méhre. — *G. Kabelitz* és *H. Horst-Meyer:* Hypophysis-hátsólebenykivonatok hatása az emberi vizelet festőanyagkiválasztására. — *H. Riedel:* A kávészén adsorptiós képessége. — *H. Schumann:* Ivarmirigy és mellékvesekéreghormon befolyása az izomzat energiaanyagcseréjére. — 42. szám: *Sunder — P. Plassmann:* Morbus Basedow. — *A. Jores:* Melanophorhormon és sötétségi adaptatio. — *F. Meyer:* A szív előtti vérpangásról. — *W. Weister* és *W.: Hestermann:* Sulfonamidek befolyása a magasrepülésre alkalmasságra. — *J. Melka:* Alkohol adagolására fokozott N-kiválasztásból lehet-e toxikusan fokozott fehérjebomlásra következtetni? — *I. Zárday:* Ekg-axonometer. — *K. Brecht:* Acetylcholin az emberi liquorban. —

Wiener Klinische Wochenschrift. 41. sz. *A. J. Amreich:* A női meddőségről. — *W. Denk:* A hypertonia sebészi kezelése. — *L. Schönbauer:* Tíz év idegsebészeti tapasztalata. — *N.: Louros:* Az ú. n. elsőleges fájásgyengeség fogalma, jelentősége és kezelése. — *R. Friedrich:* Az ulcusarc. — *J. Meller* és *E. Risak:* Sorozatos vizsgálatok és eredményeik. — 42. szám: *G. Jungmichel:* A „Heilpraktiker" törvény és a kuruzslók. — *M. Ratzenhofer:* Angiomatosis uteri, mint a metrorrhagia szokatlan okozója. — *A. Matras:* A bőrrák és ennek radiumkezelése. —

Medizinische Klinik, 43. sz. *W. Neuweiler:* Polyneuritis a terhességben. — *W. Heupke:* Az emésztőrendszer betegségeinek prophylaxisa. — *K. Wurm:* A lengyel hadjárat alatti vérhasról személyes tapasztalatok alapján. — *O. Hoche:* Harctéri sebesültek kezelése. — *P. Ervenich:* Idiopathikus nyelőcsőtágulat postdiphtheriás nyelési bénulás után. — *Fr. Kienle:* Pótsystolék és rhythmusok kezelése természetes gyógymódokkal. — *Fr. Pfeffer:* Mit kell a szakértőnek tudnia a rokkant, özvegyi és járadék juttatásának feltételeiről. — *K. Brandenburg:* A vas kihasználása és a vérfesték képződésének gyorsasága vérvesztés utáni anaemiákban. — Poliomyelitis virus az emberi székletben. — *H. Franke:* A szív és keringés kezelésének újabb eredményei. —

The Lancet, aug. 24. *S. Zuckermann:* Robbanás utáni légáramlások okozta tüdősérülések kísérletes kivizsgálása. — *D. M. Dean, A. R. Thomas* és *R. S. Allison:* Erős robbantószerek okozta légáramlások hatása a tüdőkre. — *E. Chain, H. W. Florey, A. D. Gardner,* stb.: A penicillin, mint chemo-

therapiás tényező. — *C. W. Ward* és *A. A. Drirer:* Diabeteses comaként induló meningococcus meningitis. — *L. S. Michaelis:* Csuklógörcs. — *E. M. Glaser* és *J. Mc. Michael:* Venasectio hatása a tüdő capacitására. —

The Journal of the American Medical Association, szept. 7. *J. G.: Downing:* Dermatitis. — *L. A. Emge:* Anya- és csecsemővédelem orvosi szempontból. — *J. C. Sargent:* Vesesérülések. — *M. G. Lynch:* A mastoiditis földrajzi megoszlása. — *A. M. Master* és *S. Dach:* Acut arteria coronaria-elzáródás reparatiója. — *S. Weiss:* Nyugati beri-beri cardiovascularis tünetekkel. — *T. O. Spies, R. K. Ladisch* és *W. B. Bean:* B_6-vitamin (pyridoxin) hiány emberekben. — *W. W. Spink:* Sulfathiazol. — Szept. 14.: *I. S. Wright:* Arteriosklerosis obliterans kezelése. — *E. L. De Gowin* és *R. C Hardin:* Raktározott emberi véren végzett tanulmányok. — *L. H. Mousel:* Postoperativ atelektasia. — *L. S. Selling:* Közlekedési balesetek psychiatriai szempontból. — *L. Schwart,* stb.: Tömeges dermatitis a textiliparban használt gyári gyantakészítményektől. — *N. W. Barker* és *W. Walters:* Magas vérnyomás és chronikus atrophiás pyelonephritis. — *P. S. Rhodas, A. L. Hoyne, stb.:* Pneumococcus meningitis kezelése. —

VEGYES HIREK

Tisztiorvosi tanfolyam és az ezt követő vizsgák. 1941. január 7.-i kezdettel Budapesten az Országos Közegészségügyi Intézetben tisztiorvosi tanfolyamot és ezt követően tisztiorvosi vizsgát tartanak. Mindazon orvosdoktorok, akik a fentemlített tisztiorvosi tanfolyamra és az ezt követő vizsgára jelentkezni kívánnak, kellően felszerelt és felbélyegzett kérvényeiket *Johan Béla ár.* államtitkárhoz, a Tiszti Orvosi vizsgabizottság elnökéhez címezve, közvetlenül az Országos Közegészségügyi Intézet (Bp. IX., Gyáli-út 4.) igazgatójához, mint a vizsgabizottság előadójához *1940. november 20. napjának déli 12 órájáig* annyival is inkább küldjék be, mert a később érkező, vagy az alább felsorolt okmányokkal fel nem szerelt kérvények nem vétetnek figyelembe. — A közszolgálatban állók kérvényüket felettes hatóságukkal láttamoztatni tartoznak. A kérvényhez eredetben, vagy hiteles másolatban csatolni kell: *a)* születési anyakönyvi kivonatot; *b)* az ország területén érvényes egyetemes orvosdoktori oklevelet; *c)* rövid életrajzot (curriculum vitae), amelyben a jelentkező különösen végzett tanulmányairól, nyelvismereteiről és hivatásbeli működéséről — a vonatkozó okmányok csatolásával, oklevele keltétől a jelentkezésig időrendben beszámol; *d)* hiteles igazolását annak, hogy a jelentkező, gyakorlatra feljogosító oklevelének elnyerése után legalább egy évig egyetemi, vagy kórházi szolgálatot teljesített, vagy legalább 2 évig magángyakorlatot folytatott; *e)* annak igazolását, hogy jelenleg milyen állást, (állásokat) tölt be; *f)* egyetemi leckekönyvet, az orvosi szigorlatokról kiállított bizonyítványokat, valamint a kötelező kórházi gyakorlatra vonatkozó szolgálati könyvet. — A vizsgadíj 150 P, amelyet a tanfolyamra felvett orvosok, annak megkezdése előtt az Országos Közegészségügyi Intézet pénztárához befizetni tartoznak. A tanfolyam időtartama 9 hónap. — A tanfolyamra elsősorban az 1936. évi IX. tc. 12. §-a alapján kinevezett városi orvosok vétetnek fel, akik a tisztiorvosi vizsgát még nem tették le, továbbá azok az orvosok, akik legalább 5 évig községi, vagy körorvosként működtek, vagy ezekkel a szolgálatokkal egyenlőnek tekintendő tevékenységet folytattak. — A tanfolyamra felvett hallgatók korlátozott számban az Országos Közegészségügyi Intézettel kapcsolatos Orvosok Házában lakást és ellátást kaphatnak, melyért a megállapított önköltségi árat tartoznak fizetni. — A tanfolyamra (annak syllabusaira, laboratoriumi letétjére, az Orvosok Házában a lakás- és ellátás költségeire stb.) vonatkozólag közelebbi értesítést vagy felvilágosítást az Országos Közegészségügyi Intézet igazgatója nyújt.

Közegészségügy a költségvetésben. Az 1941. évi költségvetésben az egészségügyi és socialis kiadások a tárca költségvetésének 50%-át teszik. A tárca 1941. évi kiadása meghaladja a 200 milliót, (a nyugellátásokkal együtt a 230 milliót). Ez összegben a közegészségügy 28 millióval, a gyermekvédelem $4^1/_2$ millióval, a társadalombiztosítás $3^1/_2$ millióval, közjótékonysági és emberbaráti intézmények $64^1/_2$ millióval szerepelnek. — A szoros értelemben vett közegészségügyi kiadásokban a fertőző- és népbetegségek elleni védekezésre 1.847.420 pengőt irányoztak elő, tehát 389.390 pengővel többet, mint előző évben. Az állami elme- és ideggyógyintézetek és állami kórházak 9 milliós kiadással szerepelnek, az egészségvédelem $2^1/_2$ millióval. Változatlan tétel a betegápolási hozzájárulásra előirányzott 12 millió, melyből a szegény betegek ápolása fejében a közkórházak átalányokat kapnak. E tétel elégtelensége ismeretes, hiszen meglévő, felszerelt ágyak üresentartásának ez az oka. Változatlan az Országos Közegészségügyi Tanács elégtelen 15.200 pengős tétele. Nagy tételt jelent az országos nép- és családvédelmi alap javadalmazása 60 millió pengővel. — Egészben véve a közegészségügyre fordított összegek emelkedése örvendetes jelenség. De nem hallgathatjuk el, hogy a közkórházakban ápolt szegény betegekre fordított összeg emelése sürgős szükség. Kétségtelenül erre is rákerül a sor.

Egyetemek költségvetése. Az 1941. évi állami költségvetés az egyetemekre és főiskolákra $20^1/_2$ millió pengőt irányoz elő. A budapesti egyetem 6.645.520 pengővel szerepel, a szegedi $2^1/_2$ millióval, a debreceni kb. 3 millióval, a pécsi $2^1/_2$ millióval. Ez összegekhez járulnak meg átmeneti rendkívüli kiadások és beruházások. A kiadások jelentékeny részét az orvosi kar veszi igénybe, itt azonban az ápolási díjak révén $2^1/_2$ millió jövedelem is van. Az öt tudományegyetemen 346 egyetemi tanár és 36 intézeti tanár van. Ezekhez társul 90 adjunctus, 294 tanársegéd és 170 gyakornok. — Az egyetemi hallgatók összes száma 3563, ebből orvostanhallgató 1555 (Budapesten 831, Szegeden 205, Debrecenben 274, Pécsett 245). — A költségvetés az 1940. augusztus 30.-a előtti állapotokra vonatkozik s így a kolozsvári egyetem hazatérése és a szegedi egyetem felállítása még nem vétetett figyelembe. Ilyen körülmények között az egyetemi költségvetés még módosításokra szorul.

A giesseni egyetem 1940. nov. 2—7-ig ünnepi egyetemi hetet rendez. Ebből az alkalomból avatják fel az egyetem átépített központi épületét, valamint alapítják meg a NS-Dozentenakademie-t. A programmon szereplő ezen és egyéb

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

A foghúzás szövődményei.

Amikor extractiós szövődményről beszélünk, tulajdonképen extractiós complicatióra gondolunk. A complicatio azonban többet és mást is jelent, mint a szövődmény. Complicált lehet a fogeltávolítás pl., mert a fog gyökerei elhajlottak. Itt azt jelenti a complicatio, hogy a műtét nehezebben végezhető el, de a betegnek ez nem okoz szövődményt. Támadhat complicatio extractio közben is, pl. betöröm a fogat. Ez megesik, tehát eshetőség. Az utóvérzést, utófájdalmat is complicatiónak szoktuk mondani, de ezek szintén nem szövődményei, hanem következményei az extractiónak. E példák csak azt mutatják, hogy egyes szavak jelentése és értelme nem ugyanaz. A complicált magyar szava: *bonyolult.* A complicatióé: *bonyodalom.* A szövődmény valamihez hozzászövődést, társulást jelent. Valamilyen alapbántalomhoz kell társulnia a szövődménynek. Röviden azt mondhatjuk, hogy a szövődmény társult bántalom. Helyes értelmezés szerint nemcsak a testi, hanem a lelki bántalmaknak is van szövődménye. Amikor extractiós szövődményről szólunk, akkor elsősorban azokra a lelki — psychés — szövődményekre gondolunk, melyek extractio előtt és alatt a beteg lelkiállapotában bekövetkeznek. Orvosi hivatásunk magasabbrendűségét azzal és akkor igazolhatjuk, ha nemcsak kezeljük a betegséget és nemcsak a műtétet végezzük el rendkivül ügyes technikával, hanem a betegség gyógyítása mellett gondoskodunk a beteg lelki nyugalmáról is. Ennek hangsúlyozása azért indokolt, mert betegeink általában félnek a fogeltávolítással járó fájdalmaktól. — De nemcsak ettől, hanem idegrendszerüknek finomsága és érzékenysége, de meg más alkati tulajdonságának eredőjeképpen számos, a műtéttel kapcsolatos mellékkörülménytől is. Az idegen környezet, a műszerek látása, gyógyszer-szagok, kiszolgáltatottság, tehetetlenség érzése, elképzelések, iszonyodás a vértől, várható eshetőségek, bonyodalmak, stb. mindmegannyi félelemkeltő ok. — A félelem ellentéte a nyugalom; ellenszere pedig a bizalom. Amennyi bizalmat tudunk felkelteni és kisugározni magunkból, annyi nyugalmat szerzünk betegeinknek a műtéthez. És ha ezt a kivánt nyugalmat betegeinknek nem sikerül megszerezni, úgy hiba van az orvosban is, mert a beteg is megérzi, ha kifejezésre nem is juttatja azt, hogy az orvosi foglalkozásunkat nem végezzük mindig a bizalmat nyujtó hivatásérzéssel.

Eshetőség foghuzás közben. Az eshetőségek vonatkozhatnak a fogra, a fogmederre, vagy állcsontra.

Leggyakoribb eshetőség — kétségtelenül a fog betörése — fracturája. Ennek az okát általában az eltávolítandó fog bonctani viszonyaiban szoktuk megtalálni. De bizonyos az, hogy óvatossággal és műtéti jártassággal a fracturaszámot 4—5%-ra lehet csökkenteni. Bár általános érvényű szabály a fractura elkerülésére nincs, mégis gyakorlati tapasztalat szerint olyankor, amikor az eltávolítandó fogra szabályosan felhelyezett és jól zárt anatómiai fogóval végzett döntőmozgásokat a fog nem követi, akkor a fog lehorgonyzása olyan, hogy a kisérletezés elkerülése céljából ajánlatos a buccalis alveolaris fal részbeni levésésével meggyengíteni a fog tartását. Ellenkező esetben vagy a fog, vagy az alveolus törik, de szerencsés esetben is az alveolus bemeneti nyilása annyira kitágul, hogy a sima sebgyógyulást nem várhatjuk.

Az extractio káros következményeinek elkerülése, megelőzése érdekében legfőbb kívánságunk az, hogy az egyszerű és könnyen végrehajtott művelet legyen. A szövődményeket nemcsak a seben látható roncsolások, törések, stb. idézik elő, hanem gyakran azok a láthatatlan szöveti elváltozások, amelyek az alveolus nagyobb, erősebb kitágítása, vagy zuzódása folytán támadnak. A felesleges kisérletezések helyett igyekezzünk tervszerű műtétet végezni és így a sima sebgyógyulást biztosítani. Gyakorlatilag azt mondhatjuk, hogy gyökeret, vagy annak kis részét is benthagyni káros, és ha a beteg előtt eltitkoljuk, műhibának tekinthető.

A betört foggyökerek eltávolításának tárgyalásakor szem előtt kell tartanunk azt az egyszerű, de gyakorlatban ritkán alkalmazott elvet, hogy láthatóvá és hozzáférhetővé kell tenni a gyökeret. Azt jelenti ez, hogy a vérző sebet vérteleníteni kell annyira, hogy a gyökér helyzetét, fekvését pontosan láthassuk és ha a gyökér oly mélyen tört el, hogy célunkat ily egyszerűen elérni nem tudjuk, akkor sebészi feltárás útján tesszük láthatóvá a gyökeret azért, hogy a megfelelő műszerrel — fogóval, vagy emelővel — könnyen elérhessük. Az orvosi és sebészi gondolkodás teljes megtagadása az, amikor a mélyen betört gyökeret az alveolaris csontszövettel együtt súlyos roncsolás okozásával távolítjuk el.

Ritkán a fog és fogmeder összenövése, leggyakrabban azonban extractio közben a fogó hibás elhelyezése miatt kisebb alveolus darabok szoktak letörni. Ennek különösebb jelentősége nincs, csak akkor, ha a letört, vagy megrepedt csontdarabkát, nem távolítjuk el. Az ilyen alveolus-részletek sequestrálódásuk folyamán utófájdalmat okoznak. A luxatio közben okozott alveolusroncsolás, csontfalak kitágítása szintén kellemetlen szövődményt okoz. A sebellátáskor, ha az alveolusfalakat eredeti állapotukba helyezni nem tudjuk, akkor csontcsipővel annyit távolítunk el belőle, hogy a nyálkahártya lazán, feszüléstől mentesen feküdjön a csontszéleken. Kivánatos, hogy a sebszélek egymáshoz lehetőség szerint közelíttessenek. Alveolus dudorok, bütykök csontkanállal lesimítandók.

A szomszédos fogak luxálása csak rosszul felhelyezett fogó, vagy erőszakolt emelő alkalmazásakor következik be. Hasonló gondatlanság az is, amikor pl. a tejfoggal az állandó fogat is eltávolítjuk.

A sinus maxillaris megnyitása extractio közben nem tartozik a ritkaságok közé. A sinus maxillarisnak bonctani viszonyokból történő megnyitása rendszerint különösebb következményeket nem okoz, ha a sebellátás tökéletes és a véralvadékképződés, majd annak szervülése kielégítő. Kellemetlenebb a sinus maxillaris megnyitása akkor, ha abba gyökérrészek is bejutottak. A gyakorló fogorvos számára ilyenkor két lehetőség van: a gyökér rögtöni eltávolítása, vagy pedig megfigyelés alatt tartja a beteget a következmények bevárásáig. Kellően felszerelt és a szükséges gyakorlattal rendelkező orvos röntgenképen tájékozódás után megkisérelheti a gyökér azonnal eltávolítását. Széles feltárás után, ha a gyökér helyét pontosan megállapíthattuk, a gyökeret csontkanállal, némelykor pedig erős orrfúvással is eltávolíthatjuk. A sebet bevarrjuk.

Ha a gyökeret benthagyjuk a sinus maxillarisban, akkor vagy fertőződik az állcsontöböl, vagy pedig — igen ritkán — a gyökér el is tokolódhat. Első esetben radikális műtét szükséges, mig a második esetben a beteg ellenőrzése kitolódik legalább néhány hónapra. Miután a gyökér rendszerint fertőzött, az állcsontöböl fertőzése is előbb, vagy utóbb bekövetkezik. Természetesen az eshetőségekről a beteget felvilágositjuk.

Idegsérülést extractio közben a n. mentalis környékén, tehát az alsó kisörlő fogak eltávolítása közben okozhatunk, de az alsó bölcseségfogak nehéz extractiójakor is. Az idegsérülés következtében érzészavarok támadnak, amelyek önmaguktól is lassan megszünnek. A beteg megnyugtatása érdekében ezt már az extractiókor közölhetjük.

Szövődmények extractio után. Ezen szövődményekkel — általában — utóvérzés, utófájdalom, vagy pedig gyulladás alakjában találkozunk.

Utóvérzés. Minden seb vérzik. Ez hasznos és szükséges. Hasznos, mert az extractiós seb rendszerint fertőzött, ahonnan a baktériumok a vérrel kimosódnak. Szükséges a vérzés, mert a seb gyógyulását a véralvadék szervülése indítja meg. A tartós vértelenség káros (tul sok érzéstelenítő oldat befecskendezése esetén pl.), mert az extractiós sebet a vér nem mossa át, másrészt a jó véralvadáshoz szükséges szövetelemek hiánya miatt inkább szövetnedv kerül a sebbe, mely sem nem alvadékony, sem szervülni nem képes. A vértelenség további következménye, hogy a seb üresen marad és fájdalmas lesz.

Közvetlen extractio után az okozott sérülés, roncsolás mértéke szerint vérzik a seb. A vérzés arteriás, vagy parenchymás. A véralvadásnak módját (gyorsan, ellassult, erősen csökkent) meg kell figyelnünk. Vérző beteget elbocsátani orvosi műhiba. — Közvetlenül extractio után a vérzés megszüntetése a legkényelmesebb, mert az érzéstelenített sebnek végső esetben 1—2 varrattal ellátása egyszerű és biztos eredményt nyujt. Ennek az elmulasztása azért is káros, mert a későbbi időben vérzéssel visszajött betegen a sebviszonyokat már rosszabb állapotban találjuk, a leggyakrabban alkalmazott sebtamponálás miatt. A tamponálással a seb szétnyomódik annyira, hogy annak varrattal egyesítése rendkivül nehéz és csak az alveolaris csont eltávolítása után lehetséges. Ha extractio után, kb. 15—20 perc elmultával a seb még mindig vérzik, akkor célszerű varratot alkalmazni. A seb tamponálását ártalmasnak tartjuk, mert a gyógyulást késlelteti és a vérzést csak bizonyos feltétel esetén szünteti meg. Célszerűbbnek tartjuk a fedő és nyomókötés alkalmazását, mely alatt a seb zavartalanul gyógyulhat akkor is, ha a kötést többször kell váltani.

Utófájdalom. Az úgynevezett postextractiós fájdalmak általában három okból támadnak: 1. érzéstelenítés, 2. sebzés, 3. gyulladás következményeként.

Míg az extractiót követő 24 órában a fájdalmat általában türelmesen viselik betegeink, addig annak további megmaradása már nyugtalanítóan hat. Már csak ezért is célszerű a beteget másnapra ellenőrzővizsgálatra berendelni. Tapasztalat szerint még több napon át is türelmesen viselik a fájdalmat betegeink, ha egyidejüen duzzanat- és lázmentesek. Félelemérzetük támad azonban a lágyrészduzzarattól, vagy pedig az általuk is ellenőrizhető láztól. A helyes ösztönérzés megnyilvánulása ez. Miután a roncsolt sebnek, vagy befejezetlen extractiónak nem egyetlen tünete a fájdalom, mert ily esetekben másnapra, vagy harmadnapra duzzanat és hőemelkedés is jelentkezik, ne csodálkozzunk, ha betegeink türelme és bizalma ilyenkor megszünik. A sebellátásnak olyan módját, amikor a roncsolások nem reparáltatnak, gondatlanságnak mondhatjuk. Mint utófájdalom előidéző okok, ezek a leggyakoribbak. Ha extractiókor elmulasztottuk a sebnek sebészi ellátását, igyekezzünk jóvátenni hibánkat minél előbb a súlyosabb tünetek bevárása nélkül.

A postextractiós fájdalmak időbeni keletkezésének másik szintén elég gyakori időszaka az extractiót követő 3—4. nap. Ebben az időben manifestálódó fájdalmak rendszerint a bekövetkezett akut gyulladásból származnak. A gyulladás a bennhagyott apikális gócból, vagy a megindult sequestratióból, vagy más uton keletkezett fertőzésből támad. Ilyenkor a seb óvatos kitakarítása, a megrekedt sebváladék levezetésével a fájdalmat is megszünteti.

A postextractiós fájdalmak legkésőbb a sebgyógyulás előrehaladottabb szakában 5—6 nap után támadnak. Ezeket nyomásfeszülés okozta fájdalmaknak mondhatjuk, hogy egyes nyálkahártyarészletek érintése, nyomása alkalmával jelentkeznek. Miután a lágyrészek gyógyulása gyorsabb, mint az alveolaris csontszélek leépítése, azért megtörténik, hogy egyes helyeken csontélek, dudorok maradnak, mely fölött a nyálkahártyafeszülés fájdalmat okoz. Az ilyen fájdalmak bizonyos testmozdulatra, hajlás, erősebb mozgás, vagy pedig vizszintes fekvés esetén fokozódnak de csakhamar csökkennek is annyira, hogy napközben például csak közvetlenül érzékeny nyomási pontokként szerepelnek. A csontszövet felszivódása folytán fokozatosan csökken, de némelykor 2—3 hétig is megmarad. Az alveolaris dudorok, csontélek lecsiszolása, vésésével gyorsan megszünik.

Végül röviden foglalkoznunk kell azokkal a szövődményekkel, amelyek a súlyosabb természetű fertőzésekből származnak. Miután az ilyen fertőzésekből származó gyulladások a dentalis, vagy odontogen gyulladások cimén tárgyaltatnak, e helyen mellőzhetjük ezeknek ismertetését. Szükséges azonban rámutatnunk arra, hogy mig a fertőzés a fogra, illetve a gyökérhártyára localisálódik, addig a fogeltávolitással végleges gyógyulást várhatunk. Amikor a fertőzés a gyökérhártyán túl a csontra, vagy a csonthártyára is ráterjed, az extractióval csak erélyes segítséget nyujtunk a lobtermékek levezetésére, de ettől a beavatkozástól végleges gyógyulást csak ritkán remélhetünk. A csontgyulladás, vagy csonthártyagyuladás, mint önálló betegség az extractiotól függetlenül továbbterjedhet, amire a beteget előre is figyelmeztetjük.

Általános vélemény szerint a foghuzás — helyi sebzésen kivül — általános reactiót nem okoz. E feltevést meg kell változtatnunk, mert például *Garsen* vizsgálatai alkalmával — extractio után 59%-ban talált subfebrilis jellegű hőemelkedést. A hőemelkedést leginkább psychikus tényezők okozzák a szerző szerint. *Deutsch* a psychikus hőemelkedést az agykéreg közvetlen vagy közvetett izgalmával magyarázza. Némelykor az ilyen hőemelkedés másnapra majdnem teljesen megszünik, máskor pedig 2—3 nap is eltart anélkül, hogy a seb részéről rendellenességet állapíthatnánk meg. Hogy az extractio utáni hőemelkedés keletkezésében az érzéstelenítő oldatnak szerepe van, azt alátámasztja az is hogy például az érzéstelenítés nélkül, vagy pedig bódításban végzett extractio után hőemelkedést nem tapasztaltunk. Az érzéstelenítő oldaton kivül a hőcentrum egyéni ingadozásai, valamint az okozott trauma szintén figyelmet érdemlő tényezők.

Balogh Károly dr.
egyetemi magántanár.

Empyema sikerrel megoldott ritka szövődménye.

A tüdőgyulladással kapcsolatos pyopneumothorax gyógyulásának megszokott menete az, hogy a tüdő-, vagy a bronchusfistula behegedése után a pleuraürben lévő levegő lassan felszívódik s miután közben az izzadmánytermelés is csökken, a tüdő tágulásával a mellhártyalemezek mind nagyobb területen egymáshoz fekszenek s végül összetapadnak. A teljes gyógyulás tehát csak akkor következhet be, ha a fistula megszünt, a tüdő kitágult, illetve a mellürben lévő levegő felszívódott. Ha a fistula állandósul, a mellhártyagyulladás gyógyulása után is pneumothorax marad vissza, ha pedig a fistula gyógyult ugyan, de a tüdő elvesztette tágulékonyságát, a levegő fokozatos felszívódásával a mellkas fog behúzódni s így súlyos deformitás jön létre.

Klinikánkon az utolsó 10 esztendő alatt kezelt 154 empyema eset közül 3 ízben láttunk ilyen ritka szövődményt. Az első esetünk 10 hónapos csecsemő volt. A pneumothorax abscedáló pneumoniához társult, a kezelés conservativ volt. A tüdő s a mellhártya gyógyulása után a pneumothorax hónapokon át változatlan maradt, a tüdő nem tágult ki. Minthogy egyébként a csecsemő igen jól volt, várakozó álláspontra helyezkedtünk, annál is inkább, mert 2 hónap multán a tüdő már tágulni kezdett s félesztendő alatt a helyzet teljesen rendeződött. Második esetünkben egy 4 éves gyermeken bronchusfistulával kapcsolatban lépet fel ventil-jellegű pyopneumothorax, úgy hogy thoracotomiára volt szükség. A kezelés Perthes-palackokkal történt. Egy hónap múltán a genytermelés megszünt, de a tüdő csak minimálisan tágult ki. Erélyesebb szívást nem mertünk alkalmazni. A drain-cső eltávolítása s a mellkasi nyílás záródása után több ízben ellenőriztük a beteget: a tüdő hónapok múltán sem tágult ki teljesen s így végeredményben erős mellkasdeformítás fejlődött. Harmadik esetünk azért érdemes a részletesebb ismertetésre, mert idejében alkalmazott, individualis activ kezeléssel, teljes gyógyulást tudtunk elérni.

14 hónapos leánycsecsemő 1939. novemberében a baltüdő mindkét lebenyére kiterjedő pneumoniában betegedett meg, melyhez később bronchofistulás empyema társult. Az egyik vidéki gyógyintézetben végzett rendszeres punctiókezelésre a gyermek két hét alatt láztalanná vált, további 2 hét után a genytermelés is megszünt, a pneumothorax azonban nem változott. Az ismételt ellenőrzés szerint geny sohasem volt a mellüregben, de a tüdő nem tágult ki, a levegő nem szívódott fel. Ez év január elején a gyermek váratlanul igen nyugtalan lett s nagy dyspnoe lépett fel. A mediastinum erős áttolódása a fistula szelepessé válására engedett következtetni, úgy hogy sürgős thoracotomia vált szükségessé. A műtét gyors könnyebbülést hozott.

Klinikánkra 1940. I. 17-én, tehát a betegség 3. hónapjában, 1 nappal a thoracotomia után vétetett fel. A 8000 gr. súlyú, igen sápadt, lesoványodott, megviselt, de láztalan gyermek röntgenvizsgálatakor baloldali pneumothoraxot találtunk. A bal tüdő teljesen összeesve ráfeküdt a szívre. Izzadmánynak nyoma sem volt. Nyitott drain-cső mellett a mediastinum helyzete normális volt, a cső zárása után azonban már néhány órával az áttolódás megkezdődött s a gyermek megint dyspnoes lett. Diagnosisunk ezek alapján: inveterált bronchusfistula ventilképződéssel, gyógyult empyema.

Tisztán láttuk, hogy gyógyulást az esetleg szóbajöhető, de túlságosan kockázatos sebészi megoldástól eltekintve csak akkor várhatunk, ha a bronchusfistulát behegedésre, majd utána a tüdőt tágulásra tudjuk birni. Fel kellett mindenekelőtt tennünk a kérdést, hogy miért húzódott el immár 2 hónapja a fistula záródása? Úgy véltük, hogy az oka a gyermek rossz általános állapotában keresendő s ezért úgy döntöttünk, hogy mindenekelőtt ezen igyekezünk javítani. Ismételt vérátömlesztéssel, a táplálás megfelelő rendezésével, bőséges C-vitamin nyujtásával, szabadlevegő és quarz-kúra segítségével ez sikerült is, úgy hogy a gyermek 3 hét alat igen jó állapotba került. Úgy gondoltuk, hogy ilyen kedvező körülmények között a fistula gyógyulása most már bekövetkezhetett és sor kerülhet a tüdő tágítására. A ragtapaszokkal hermetikusan rögzített drain-csövön át megkísérelt szíváskor határozott ellenállást észleltünk, ami amellett szólt, hogy a záródás tényleg megtörtént. Abból azonban, hogy a szívás hatására a teljesen collabált tüdőfél meg sem mozdult, arra is kellett következtetnünk, hogy spontán tágulásra bajosan számíthaunk s magárahagyva a mellkas-retcractio aligha lesz elkerülhető. Ezért megkíséreltük a tüdőt mesterségesen tágulásra birni. A drain-csövön keresztül előbb folyamatos enyhe szívást alkalmaztunk Perthes-palackokkal, majd erősebbet fordított pneumothorax készülékkel. Miután eredmény napok múlva sem mutatkozott, erélyesebb eljáráshoz folyamodtunk. A röntgenernyő ellenőrzése mellett Farkas-fecskendővel hoztuk létre a légüres teret, amikor is kiderült, hogy a tüdő felső lebenye lassan tágulni kezd. Másnapra azonban a helyzet ismét a régi volt. Erre úgy jártunk el, hogy 2 teljes napon át óránkint megismételtük az erélyes szívást, a csövet természetesen utána mindig gondosan elzártuk. Ilyen módon sikerült elérnünk, hogy a tüdő a harmadik napra teljesen kitágult. Minthogy ez a helyzet a szívás elhagyása után is megmaradt, a drain-csövet eltávolítva, a thoracotomiás nyílást desitin-kenőcsös tamponnal légmentesen zártuk. A seb hamar gyógyult, s az ellenőrző vizsgálat alkalmával megállapíthattuk, hogy a pneumothorax véglegesen megszünt s a még valamivel kisebb légtartalmú bal tüdő felett kifejezett légzés hallható s a rekesz baloldalon is jól mozog. A gyermeket igen jó általános állapotban gyógyultan küldtük haza.

Gaál István dr.
a szegedi gyermekklinika tanársegéde

Új magyar bismut-készítmény.

Az antilueticumok sorában legfiatalabb gyógyszer a bismut, mellyel *Levaditi* és *Saxerac* kisérletes tyúksyphilist meg tudtak gyógyítani. Sikeres állatkisérleteik után vizsgálataikat kiterjesztették az emberi luesre is a bismut borkősavas kalium és natrium sóját használva fel, melyet a francia gyárak *Trépol* néven hoztak forgalomba.

A bismut hatástanilag a kéneső és az arsenobenzol közé sorozható. Mivel therapiás értéke a kéneső felett áll, viszont toxicitása jóval enyhébb, érthető, hogy pár év alatt a lues hajdani souverain gyógyszerét, a kénesőt majdnem teljesen kiszorította. Ehhez járul az a körülmény is, hogy gyakran vezérszerephez jut olyan esetekben, mikor a beteg idiosynkrasiája vagy szervi elváltozásai — súlyos tbc., vagy arteriosclerosis, vitium, diabetes, Basedow-kór, stb. — nem engedik meg az arsenobenzol-készítmények használatát.

A borkősavas bismuttól hosszú út vezet a mai, modern és tökéletesen megbizható bismut készítményekhez. A trépol fájdalmas beszűrődéseket okozott, nehezen mobilisálódott és a serologiai reactiókat nem eléggé befolyásolta. Az eddigi borkősavas vegyületek helyett *Guszman* jódchinin componenset iktatott a készitményekbe, mások lecithint, végül legmegbizhatóbbnak bizonyult a bismutsót olajban oldani vagy suspendálni.

A mai orvosi követelmény egy korszerű bismut készítménnyel szemben a következő: legyen hatásos a legkevesebb melléktünettel, ne legyen fájdalmas, ne okozzon beszürődéseket, minél kisebb adagban tartalmazza az egyszerű hatásos dosist, ne legyen szines, hogy ne fesse meg a beteg fehérneműjét, vagy az orvos kezét, végül legyen stabil, használatra kész, ne kelljen rázni, melegíteni stb.

A fenti követelmények közül legfontosabb a hatásosság. Ehhez ismernünk kell a bismuttherapia lényegét. A bismut akkor hatásos, ha a szervezetet mintegy telítjük vele, de ismerve toxicitását nem adhatjuk lökésszerüen, mint pl. az arsenobenzolt, hanem a szokásos módon a farizomzatba engedjük lassan felszívódni. A felszívódott bismut nem választódik ki azonnal a szervezetből, hanem aránylag elég hosszú idő mulva a bőrön, tápcsatornán, nyálmirigyek s a vesék utján. Különös affinitást mutat a lueses termékek iránt, úgyanis itt nagyobb mennyiségben és tartósabban rakódik le, mint egyebütt. Tehát legyen a készítmény jól deponálható, azaz ne csináljon infiltratumokat, vagy elhalást, felszívódása lassú, de állandó és egyenletes legyen, állandó concentratióval rendelkezzék s végül ne legyen a megengedett határokon túl toxikus. Egyszóval itt is alkalmazhatjuk az Ehrlich-féle axiómát, hogy a készítmény legyen magas értéküen parasitotrop, de annál kevésbbé organotrop. Törvényszéki szempontból fontosnak tartom megjegyezni, hogy a bismutdepot röntgennel kimutatható.

A hatásosság tárgyalásakor meg kell emlékeznünk a spirochaetákra gyakorolt az ú. n. spirochaetocid hatásáról is. Ez mint újabban kimutatták nem közvetlenül a spirochaetákra irányul, hanem közvetett, mert a bismut részint a lipoidanyagcserére hat, melynek csökkentése révén a kórokozók életfeltételei a minimumra szállnak alá, részben- mint azt *Neuber* és *Poór* kimutatták, a szervezet antitest termelését szökkenti fel s végül részben a sejtekben végbemenő katalysises folyamatokra is serkentőleg hat. Ennek szemmeltartásával állitotta elő a legújabb bismut készítményt a Wander gyár, melyet „*Venebis*" néven hoz forgalomba.

A venebis enyhén sárgás színű, közepes sűrüségű olajos bismut oldat, mely használatra kész, stabil alakban kerül forgalomba. Hatóanyaga az *d-campholensavas bismut* (C 10 H 15 0.35 Bi), melyből 0.5 cmm, olajos oldat 0.17 g-ot tartalmaz 0.05 fémbismut tartalommal.

Kórházi betegeinken s az Alföldi-utcai bőr- és nemibeteg rendelésen összesen 30 esetben próbáltuk ki a fenti készítményt az alábbi megoszlás szerint.

Lues I	8 beteg
Lues II	12 beteg
Lues lat.	10 beteg

A lues kifejezett stadiumában levő betegeken a gyógyszer hatását a spirochaetákra, a fekélyek behámosodására, a secundär tünetek eltünésére, valamint a serológiai reactiók viselkedésére vizsgáltuk. Latens lueses betegeken főleg ez utóbbira voltunk különös figyelemmel.

Nem kell külön kiemelnem, hogy vizsgálatainkat csak Venebissel végeztük s arsenobenzol-készitményeket nem adtunk, nehogy ez utóbbi elfedje a bismut hatását. Hasonló ok miatt helyi kezelést sem alkalmaztunk a lueses efflorescentiákra (initialis affectio, condyloma latum, plaque muqueuse stb.).

Betegeinket a kura megkezdése előtt megfelelő szájápolásra, a fogazat rendbehozására mindig kioktattuk — ezek a jó tanácsok sajnos anyagi okok vagy nemtörődömség miatt gyakran tényleg csak tanácsok maradtak. Ismerve a bismut affinitását a veséhez, a betegeket állandó vizeletcontroli alatt tartottuk. A befecskendéseket mindig hosszú tűvel a legszigorubb csiramentességi előírások mellett végeztünk. Egy kúra 20 injectióból állott, melyet a betegek hetenként kétszer á 0.5 ccm mennyiségben kaptak.

Az összesen adott 600 befecskendés az esetek legnagyobb részében említésre méltó fájdalommal nem járt. Infiltratiót két esetben észleltünk, mely azonban közönséges hideg borogatásra nyom nélkül felszívódott s így a szer adagolását nem kellett abbanhagynunk. Nagyobb beszűremkedést, tályogképződést elhalást nem láttunk. A bismut mellékhatásai közül a bőrön megjelenő erythemát, csalánkiütést vagy a vesével kapcsolatosan albuminuriát, súlyosabb veseártalmat nem tapasztaltunk. Stomatitis három esetben jelentkezett, melynek okát az elhanyagolt fogazatban keresem. Bismut szegély — bismut sulfid — keletkezését nem észleltük.

A gyógyszernek spirochaetákra gyakorolt hatását a naponta kétszer végzett spirochaeta-vizsgálattal ellenőriztük, melyek megállapitották, hogy a primaer sklerosisok esetén a harmadik, ötödik injectio után a spirochaeták eltüntek. Lues II-ben szenvedők papulái, condylomai felületükön az ötödik, hatodik befecskendés után spirochaeta mentesek lettek. A primär elváltozások átlagban az öt-hatodik fecskendés után behámosodtak, a második stadium megfelelő szövetelváltozásai a harmadik hét után teljesen visszafejlődtek.

A serológiai reactiók megfigyelése céljából betegeinktől hetenként vettünk vért. A nyolc initial affectiós közül négy seronegativ állapotban került hozzánk, kik meg is őrizték a Wa. és kisérő reactiók negativitását. A második négy és hat secundaer syphilisben szenvedőn a positiv Wa. reactio a kúra végére negativ lett. Öt másodlagos lueses beteg vére a kúra végére négy keresztről három, illetőleg kettőre csökkent, egy beteg Wa. négy keresztes maradt. A latens syphilisben a serológiai hatást objective eldönteni nem volt módunkban, tekintve, hogy nagyon sok oly körülmény szerepel a betegek kérelőzményében, mely nagy mértékben befolyásolja a gyógyszer serologiai hatását. (A fertőzés ideje, esetleg bismut resistentia stb.)

Összefoglalva az eddigieket észleléseink alapján kijelenthetjük, hogy a venebis hatása a spirochaetákra, a klinikai tünetekre és a serológiai reactiókra jó. Egyesíti magában a hatásos bismuttherapia minden követelményét. Melléktünetet alig okoz s azokat is enyhe lefolyásúaknak észleltük. A készítmény használatra kész állapotban van, befecskendése sem a beadáskor, sem később a betegeknek fájdalmat nem okoz. Arsenobenzollal kombinálva, mint jó antilueticum bizton be fog válni a gyakorlatban. Hangsúlyozom hogy a készítmény magyar gyártmány s így a magyar orvosok körében fokozott érdeklődésre tarthat számot.

Cser Lajos dr.
közkórházi segédorvos.

84. évfolyam. 45. szám. Budapest, 1940 november 9.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26. IV. em.
Telefon: 345-113.
Ingyenes liftfhasználat.
(Kérje a portástól.)

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámlánk javára. *Jugoszláviában* az Avala bármely kirendeltségénél az „O. H. számlájára". *Romániában: Borsos Béla dr.* Arad, Str. G. Gringorescu 5. *Slovákiában: Eleőd Solt,* O. H. Dunabank, Bratislava. *Egyéb külföldről:* az előfizetést levélben küldött dollár-chequeben kérjük a kiadóhivatalba.

Előfizetési díj: az **„Orvosi Hetilap"**-ra az **„Orvostudományi közlemények"**-kel együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 350 dinár, 1000 lei, egyéb külföldre 6 dollár, vagy a belföldi díjak + portóköltség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyedévre negyede, egy hóra 2.50 P. A **„Magyar Orvosi Archivum"** egész évre 10 P., 70 slk., 100 dinár, 400 lei, 2 dollár.

84. évfolyam. 45. szám. Budapest, 1940 november 9.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

TARTALOM:

Sándor István és **Horn Zoltán:** Az epeműtétek szerepe a cukorbetegség kezelésében. (571—573. oldal.)
Farkas Károly: A bélkiürülés különösebb zavarai. (574—576. oldal.)
Benkovich Géza: Az epeutak körüli nyirokcsomók szerepe a pangásos sárgaság keletkezésében. (578—579. oldal.)
Dorogi Lajos: Luxatio akromioclavicularis. (575—578. oldal.)
Irodalmi szemle: (597—582. oldal.)
Könyvismertetés: (582. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (582—583. oldal.)
Lapszemle: (583—584. oldal.)
Vegyes hírek. Hetirend: (584. oldal és a borítólap III. oldalán).

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Az ujpesti gróf Károlyi Sándor közkórház közleménye. (Igazgató-főorvos: Sándor István.)

Az epeműtétek szerepe a cukorbetegség kezelésében.

Irta: *Sándor István dr.* és *Horn Zoltán dr.*

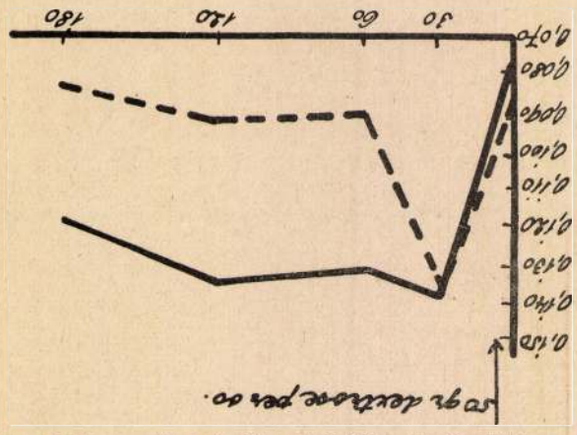
Az epeút-májbetegségek, valamint a cukorbetegség klinikai és kisérleti kutatása évtizedek óta annyira az orvosi érdeklődés előterében van, hogy irodalmuk beláthatatlan. Évről-évre sok részletkérdés nyer új megvilágítást mind kórtani, mind kórélettani szempontból és ami a legfontosabb, új ajánlatok merülnek fel a gyógyítás terén. Ezek értéke nagyon nehezen bírálható el, mert a hepato-biliaris betegségek és a cukorbaj terén még igen sok a tisztázatlan kérdés. Mindkét betegségcsoport terén nem egy-egy tisztázott, egyszerű aetiologiájú betegségről van szó, hanem különböző tényezők szerepelnek nemcsak hasonló tünetek, de hasonló kórfolyamatok létrehozóiként. Ez a magyarázata annak, hogy az idevonatkozó irodalom adatai sok kérdésben merőben ellentétesek és nehéz az eligazodás éppen a kóroktani tényezők szétágazódása miatt. Az irodalomban számos utalás van arra az összefüggésre, mely a hepatobiliaris bajok és a cukorbetegség között esetenként kétségtelenül fennáll. Hogy mi ez, azt elméletek igyekeznek ugyan magyarázni, és a magyarázatok egyes esetekre rá is illenek, máskor azonban épp az ellenkezőjük látszik helyesnek. Éppen ezért mi nem az átolvasott irodalom adatait, hanem a gróf Károlyi közkórház cukorbeteggondozójának és sebészi osztályának együttműködéséből leszűrt tapasztalatok tanulságait szeretnők közreadni, ha azok csekély számra hivatkozhatnak is. A feltett kérdésekben azonban még egyes elszórt észleléseknek is bizonyítóerejük van. A régi irodalom a cholecystopathiák, illetve hepato-biliaris betegségek és cukorbaj közti összefüggést ritkának találta, újabban a statistikák nagyobb számokat közölnek. Ennek magyarázata a diagnostikus eljárások tökéletesedése. A mi 243 gondozott cukorbetegünk közül 9 esetben találtunk epekövet és ugyancsak 9 betegünk kórelőzményében szerepelt epeműtét cukorbetegségük fennállása, avagy talán csak felismerése előtt. E statistikákból a két betegség közti összefüggésre sokat nem következtethetünk. Azok mellett bizonyít a mi statistikánk is, akik mint *Falta, Molnár,* az epeműtétet nem tartják alkalmasnak a cukorbaj megelőzésére, mert ha van is alkati összefüggés a két betegség között, a köves epehólyag eltávolítása nem szünteti meg a cukorbajra való hajlamosságot. Mások *(Joslin, Bertram)* az epekőnek nagy szerepet tulajdonítanak a cukorbaj keletkezésében. *Katsch* szerint előfordul cholecystopathia — pankreatopathia — diabetes mellitus sorrend, mely esetben a cukorbaj „második betegség"-nek tekinthető, és ha az epekő nem is közvetlen okként szerepel, de a cukorbajt megelőző kóros folyamatok előidézésében fontos szerepe van. Még hosszan folytathatnánk a különböző vélemények felsorolását. Bizonyos az, hogy a cukorbaj különböző alakjaiban, valamint az epeútbántalmakban akár epekő, akár dyskynesis esetében egy vagy más módon, az előrehaladott esetekben úgyszólván mindig a máj is megbetegszik. Az összefüggés kiderítése érdekében több irányban végeztünk vizsgálatokat.

I. *Epekövek műtéti eltávolítása szabványos vércukorszabályozású betegeken.* Első feltett kérdésünk az volt, hogy szabványos vércukorszabályozás mellett az epeköves betegeken elvégzett műtét, mégpedig a köves epehólyag eltávolítása befolyásolja-e valamely irányban a vércukorszabályozást. Vizsgálataink azt mutatták, hogy az epekő műtéti eltávolítása a szabványos vércukorszabályozást nem befolyásolja. Nyulon végzett vizsgálataink bizonyítják, hogy ép epehólyag mellett végzett epehólyagszádlás (cholecystostomia) a vércukorszabályozásra hatástalan.

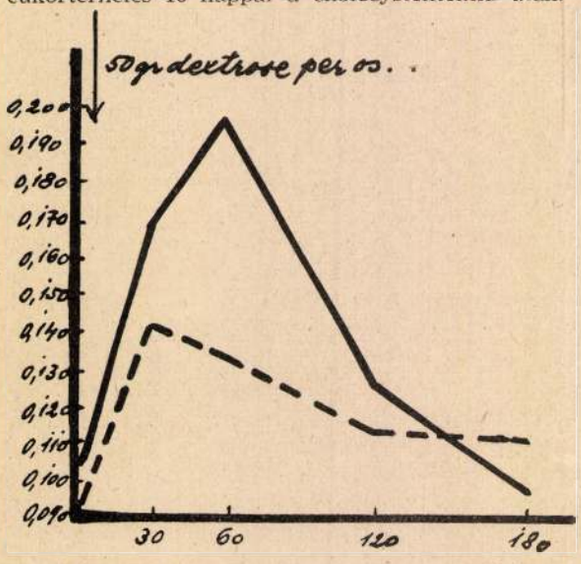
II. *Epekövek műtéti eltávolítása kóros vércukorszabályozású betegeken.* A továbbiak folyamán megvizsgáltuk ezt a kérdést olyan epeköveseken, akiken cukorterhelés kapcsán elnyujtott vércukorgörbét észleltünk, illetőleg akiken a vércukorgörbe a szabványosnál jóval magasabb értékeket mutat. Ezirányú vizsgálataink közül 3 beteg adatait közöljük az 1., 2. és 3. ábrán. Ezekből láthatjuk azt a nagyon érdekes és fontos tényt, hogy az elnyujtott, illetőleg kórosan magas vércukorgörbéjű és epeköves betegeken az epekövek műtéti eltávolítása a vércukorszabályozást a szabványos mederbe tereli; műtét után e betegek cukorterhelésekor a vércukorgörbe ismét szabványos képet mutat.

III. *Epekövek műtéti eltávolítása cukorbajos betegeken.* Kérdés volt most már az, miképen változik az epeköves cukorbajosok cukoranyagcseréje az epekövek

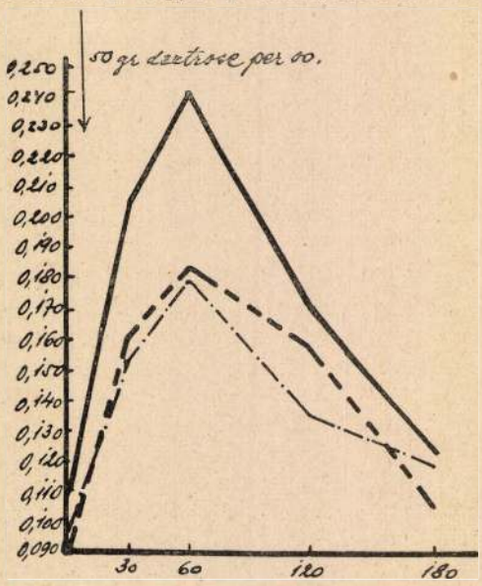
eltávolítása után. Eddig 5 olyan epeköves beteget operáltunk, akik egyszersmind cukorbajban is szenvedtek. Műtét után mind az 5 beteg cukoranyagcseréje jelentékenyen javult. Az alábbiakban közöljük a 3 érdekesebb eset kórrajz-kivonatát.



1. ábra. 33 éves nő. 4 év óta cholelithiasis. Családban nincs cukorbeteg. ——— = cukorterhelés műtét előtt; — — — = cukorterhelés 16 nappal a cholecystektomia után.



2. ábra. 36 éves nő 4 év óta cholelithiasis. A családban nincs cukorbeteg. ——— = cukorterhelés műtét előtt; — — — = cukorterhelés 21 nappal a cholecystektomia után.



3. ábra. 48 éves nő. 1 év óta cholelithiasis. Anyja *cukorbajban* halt meg. ——— = cukorterhelés műtét előtt. Vizeletben 1.4 g cukor. — — — = cukorterhelés 40 nappal a cholecystektomia után. Vizeletben cukor: negativ. —.—.— = cukorterhelés 187 nappal a cholecystektomia után. Vizeletben cukor: negativ.

53 éves férfi. 13 évvel ezelőtt luest állapitottak meg rajta. 6 év óta cholelithiasis. Egy év óta enyhe cukorbaja van. 1938 X. 11-én kórházi felvétel. Éhgyomri vércukorszint 0.220%. Vizeletben cukor negativ, aceton negativ. Napi szénhydrát 7½ fke. *) Hosszabb szünet után, kb. 3 hét óta, változó időközökben az epehólyag táján görcsös rohamok. Két nap óta 38—39 C°-ra emelkedő hőmérsék. Két izben hidegrázás. Fokozódó sárgaság. Vérben Wa R.: +++, Kahn r.: +++. Cardiacumok dacára fokozatosan romló szívműködés. X. 13-án műtét: cholecystostomia. Műtét után a beteg állapota s ezzel párhuzamosan szénhydrat-türőképessége is fokozatosan javul. Éhgyomri vércukorszint a szabványoshoz közeledik. Jólehet a szívműködés feljavítása céljából vegyes étrend mellett cukrot is fogyasztott a beteg, XI. hó 1-e óta a vércukorszint szabványos lett. XI. 21-én cukorterhelési próba. Vércukorszint értékei: éhgyomorra 0.097%, 50 g szőlőcukor per os., 30 perc mulva 0.158%, 60 perc mulva 0.194%, 120 perc mulva 0.201% és 180 perc mulva 0.183%. Vizeletben az egész vizsgálat ideje alatt cukrot, acetont nem találtunk. XI. 25-én hagyta el kórházunkat. Cukormentes, könnyű vegyes étrendet írtunk elő. Panaszmentes, jó közérzet.

56 éves nő. Félév óta cholelithiasis. Sárgaság. Családjában nincs cukorbeteg. Műtét előtt napi szénhydrat 9 fke. Naponta 56 E. zink-protamin-insulin. Éhgyomri vércukorszint 0.090%. Vizeletben cukor negativ, aceton negativ. 1938. december 19-én végzett műtét alkalmával azt találtuk, hogy az epehólyag a duodenumba perforált. Epehólyagban és choledochusban kövek. A bélen a perforációs nyilást elzártuk. Choledochotomia. Műtét után a cukoranyagcsereállapot javul, az insulint lassan elhagyjuk. 1939. január 15-én hagyta el kórházunkat. Napi 9 fke-nyi szénhydratot *insulin nélkül* jól elvisel. Éhgyomri vércukorszint 0.130%, vizeletben cukor negativ, aceton negativ. A beteg azóta is, hasonló cukoranyagcsereállapotban insulin nélkül él. Panaszmentes.

59 éves nő. 26 év óta cholelithiasis. 26 évvel ezelőtt sárgaság. Hat hónap óta cukorbeteg. Műtét előtt napi 6 fke. szénhydrat, 20 E. insulin. Éhgyomri vércukorszint 0.200%. Vizeletben naponta kb. 2 g cukrot ürít, aceton negativ. 1936. XI. 3-án cholecystostomia. A műtét alkalmával az epehólyagban köveket találtunk. Műtét után az insulint lassan elhagyjuk. Kórházi távozásakor napi 6 fke. szénhydratot insulin nélkül jól elviselt. Beteg 3½ év óta állandó ellenőrzésünk alatt áll. *Insulinra azóta sem volt szüksége.* Éhgyomri vércukorszintje, napi 6—7 fke. szénhydrat mellett 0.140—0.160% között ingadozik. Néha minimalis mennyiségű cukrot ürít. Panaszmentes. A munkát jól birja.

Természetesen a műtét egymagában nem elegendő ahhoz, hogy a fent közölt javulásokat előidézzük. Ezt igazolja a következő eset:

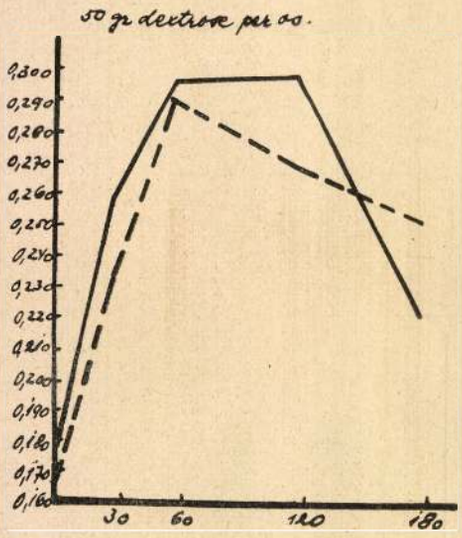
58 éves nő. Egy félév óta cholelithiasis. Családjában nincs cukorbajos. Felvételkor éhgyomri vércukorszint 0.140%. Cukorterhelés alkalmával enyhe cukorbajra jellemző vércukorgörbét észleltünk. Cholecystostomiát végeztünk. Különböző nagyságú köveket találtunk. Annak eldöntése céljából, hogy az epekövek eltávolítása egymagában elegendő-e ahhoz, hogy a cukoranyagcsere a szabványos keretek közé jusson, úgy jártunk el, hogy a beteg sem a műtét előtt, sem a műtét után nem kapott diabeteses étrendet. Mertük ezt megtenni azért, mert hiszen a beteg cukaranyagcseréje állandó ellenőrzésünk alatt állott és szükség esetén megfelelő étrendre és insulin-adagolásra térhettünk volna át. Ebben az esetben meggyőződtünk arról, hogy a cukoranyagcserében ilyen körülmények között a műtét után csak néhány napig tartó javulás észlelhető, amely a későbbiek folyamán kisebbfokú rosszabbodásnak adott helyet.

Ahhoz tehát, hogy cukorbajos betegekre az epekövek eltávolítása előnyös legyen, szükséges, hogy a beteg a műtét után továbbra is diétán éljen és ha addig szükség volt rá, akkor a továbbiakban is, amig az anyagcsere nem javul, insulint kapjon. Csak a cukoranyagcsere állandó ellenőrzésével kiséreljük meg az étrend szénhydrat-tartalmát fokozatosan kibővíteni, illetőleg a napi insulin-adagot elhagyni. Eddigi tapasztalataink azt mutatják, hogy ez a törekvés műtét után sikerrel

*) 1 fke = fehérkenyéregység = 2 deka fehérkenyérnek megfelelő szénhydrát.

is jár. Hogy ezek a megállapításaink valóban helytállóak, azt bizonyítják *Cammidge* és *Sweeney* közlései is, akik az epehólyag kiírtása, illetőleg cholecystojejunostomia után a cukorbaj javulását észlelték.

IV. Nem epeköves cukorbetegeken végzett epehólyagszádlás hatása a cukoranyagcserére. Végül még egy igen érdekes észlelésre szeretnénk rámutatni. Volt két olyan cukorbajos betegünk, akik hosszabb idő óta az epehólyagtáj görcsös fájdalmáról panaszkodtak. Az egyik beteg nagyon le volt gyengülve, emiatt nem végeztünk cholecystographiát. A másik betegen e vizsgálat révén nem tudtuk az epekövet bizonyossággal kizárni. A súlyos panaszok miatt mindkét beteget megoperáltuk: cholecystostomiát végeztünk rajtuk. Kövek nem voltak. A súlyos panaszok okaként az epeutak dyskinetikus megbetegedését kellett feltételeznünk. Műtét után mindkét beteg cukoranyagcsereállapota tetemesen javult. Ezt bizonyítja az itt közölt két kórrajzkivonat.



4. ábra. ——— = cukorterhelés műtét előtt. Naponta 32 E zink-protamin-insulin. — — — = cukorterhelés 42 nappal a cholecystostomia után. Insulint nem kap.

27 éves nő. 5 éve cukorbajos. Súlyos eset. Két alkalommal hyperglykaemiás coma. Egy alkalommal hypoglykaemiás coma. 5 év óta változó időközökben jelentkező epehólyagtáji görcsök. *Kórházi felvétele előtt napi* szénhydrat mennyiség 7½ fke. Naponta *80 egység közönséges insulint fecskendezett.* Felvételkor éhgyomri *vércukorszint 0.343%*, vizeletben cukor 2%, *aceton* +. Megfelelő előkészítés után epekő diagnosissal 1937. III. 6.-án került a műtőasztalra. Műtét alkalmával epekövet nem találtunk. Cholecystostomia. IV. 1-én hagyta el kórházunkat. Elbocsájtási lelete: napi 8½ fke. szénhydrát, 48 egység közönséges insulin. Éhgyomri vércukorszint 0.169%, vizeletben kb. 2 g cukrot ürít naponta, aceton negativ. A beteget cukorbeteggondozó intézetünkben azóta rendszeresen ellenőrizzük. A műtét óta görcsei nem voltak, munkaképes, határozottan javult az állapota. 1938. VI. hó óta zink-protamin-insulint kap. *Most naponta 36 E. zink-protamin-insulint fecskendez. 1940. VI. 11-én éhgyomri vércukorszintje 0.091%.*

55 éves nő. Egy hónap óta cukorbajos. Egy év óta epehólyagtáji váltakozó időközökben jelentkező, néha görcsös jellegű fájdalmak. *Műtét előtt* naponta 7 fke. szénhidrat, *32 E. zink-protamin-insulin.* 1939. X. 20-án cholecystostomia. Műtét alkalmával követ nem találtunk. Azonos mennyiségű napi szénhydrat mellett az insulint fokozatosan elhagyjuk. 5 héttel a műtét után a beteg már nem kapott többé insulint. Cukoranyagcsereállapota, illetőleg vércukorszabályozása ennek dacára — mint azt a 4. sz. ábra is bizonyítja — olyan volt, mint műtét előtt, amikor még 32 E. zink-potamin-insulint kapott. 1940. III. 6-án éhgyomri vércukorszint 0.162%. vizeletben cukor negativ, aceton negativ, Insulint nem kap.

Ha eddigi vizsgálataink eredményét egybevetjük, a következőket állapíthatjuk meg. Arra a kérdésre, hogy az epekő cukorbajra vezethet-e, vagy sem, határozott választ nem adhatunk. Kétségtelen, hogy 243 cukorbajosunk közül 9 olyant észleltünk, akiken évekkel a cukorbaj előtt végeztek epekőműtétet. Ezek az észlelések inkább azt az elméletet teszi valószínűvé, mely szerint mindkét baj hasonló alkati hajlam alapján fejlődik ki. Ilyen embereken az epekő csak akkor szerepel mint cukorbajt kiváltó tényező, ha a májra és hasnyálmirigyre kiható szövődményekre vezet és a beteg hasnyálmirigye már előbb is kisebb értékű volt.

A műtéti javallatra vonatkozólag álláspontunk a következő. Minden epekő éppen a kiszámíthatatlan szövődmények miatt igen sok veszélyt rejt magában, ezért a műtétet tartjuk az egyetlen helyes megoldásnak. Vizsgálataink alapján feltétlenül meg kell operálni minden olyan epeköves beteget, akin a vércukorgörbe elhúzódó jellegű, vagy akin a cukorbaj nyilvánvaló tünetei észlelhetők. Műtét után a cukoranyagcsere tetemes javulását várhatjuk. Epekőben szenvedő, de szabványos vércukorszabályozással bíró egyénekre vonatkozólag teljesen osztozunk *Bertram* véleményében, eszerint olyan embereken, akik cukorbajos családból származnak, az idült gyulladással szövődött epehólyagbetegség föltétlen műtéti javallatot képez.

Az itt közölt néhány kórtörténet-kivonat is mutatja, hogy a cukorbajos-epeútbajos betegeinket rendszerint a köztudatban „rosszabb" műtétnek tartott epehólyagszádlást végeztünk. Nem akartunk ehelyütt a már oly sok izben megvítatott cholecystektomia-cholecystostomia kérdésre kitérni. Az irodalomban az utolsó két évben más vonatkozásban is nem egy nagytapasztalatú szerző mutatott rá arra, hogy bizonyos esetekben az epehólyagszádlás a helyesebb eljárás. Cukorbajosokon, fertőzött epeutak esetén mindig csak ez végzendő. A közölt kóresetek bizonyítják, hogy dyskinetikus, gyulladásmentes folyamat esetében az epehólyagszádlás javasolt, mert ez a kis beavatkozás súlyos cukorbetegeken a cukoranyagcsere évekre szóló jelentékeny javulását eredményezte. A kisebb beavatkozás mellett szól az a körülmény is, hogy szükség esetén könnyen megismételhető, bár erre eddig nem került sor. Természetes, hogy adott esetben, ha a beteg állapota nem súlyos, az epehólyagfal pedig súlyosabb elváltozásokat (lenövést, megvastagodást, stb.) mutat, az epehólyagot eltávolítjuk, a szádlást a mélyebb utakon végezzük el.

Összefoglalás: 1. Epeköves, de szabványos vércukorszabályozású egyéneken az epekövek műtéti eltávolítása nem befolyásolja a cukorterhelés kapcsán észlelhető vércukorgörbét.

2. Elnyujtott, illetőleg kórosan magas vércukorgörbéjű és epekőben szenvedő betegeken az epekövek eltávolítása a vércukorszabályozást a szabványos mederbe tereli.

3. Epekővel szövődött cukorbaj esetében epekőműtét után a cukorbaj tetemesen javul.

4. Cukorbetegség esetében, ha májtáji tünetek vannak (görcsök, kisugárzó fájdalmak stb.) még negativ röntgen-lelet mellett is javallt szerintünk az epehólyagszádlás, mert tapasztalataink szerint ez nemcsak a tüneteket szünteti, hanem jelentékenyen javítja a cukoranyagcsere állapotát is.

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

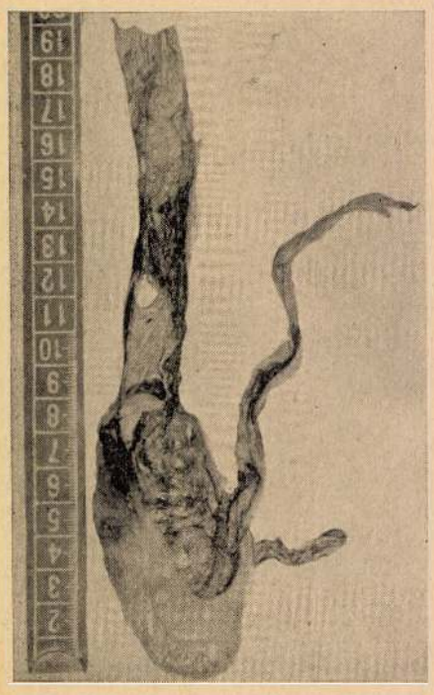
A Pázmány Péter Tudományegyetem kórbonctani és kísérleti rákkutató intézetének közleménye. (Igazgató: nemes Balogh Ernő ny. r. tanár.)

A bélkiürülés különösebb zavarai.

Irta: *Farkas Károly dr.*, egyet. tanársegéd.

A bélelzáródások, illetőleg peristaltica-zavarok változatos anyagán belül néhány klinikailag rejtélyes eset tisztázására nyílt intézetünkben alkalom.

Az I. esettel a gyermekklinikától szövetvizsgálatra beküldött anyag révén kerültünk kapcsolatba. Amint a Gyermekorvos Társoság 1939. XII. 12.-i ülésén *Szlávik Béla dr.* klinikai tanársegéddel bemutathattuk, az előbb jelzett készítmény 8 hónapos csecsemőből származott és ennek, mint analisan kiürített arasznyi hosszú, összeesett, lágy, nedvdús szövetcafatnak vizsgálatát kérték tőlünk. A makroskopos vizsgálat a következőkben foglalható össze: 30 cm hosszú, vaskos hüvelyket is befogadó, egyik végén nyitott, a másikon lekerekedett és zárt, petyhüdten összeesett, csőszerű, fakó, szennycsszürkés képlet. Külső felületén jól kivehető haránt redőzet van. Rögzítés után kifordítva, a vizsgálati anyag a coecumnak, a vastag- és vékonybél összefüggő részleteinek s a féregnyulványnak bizonyult (1. ábra.) Mind-

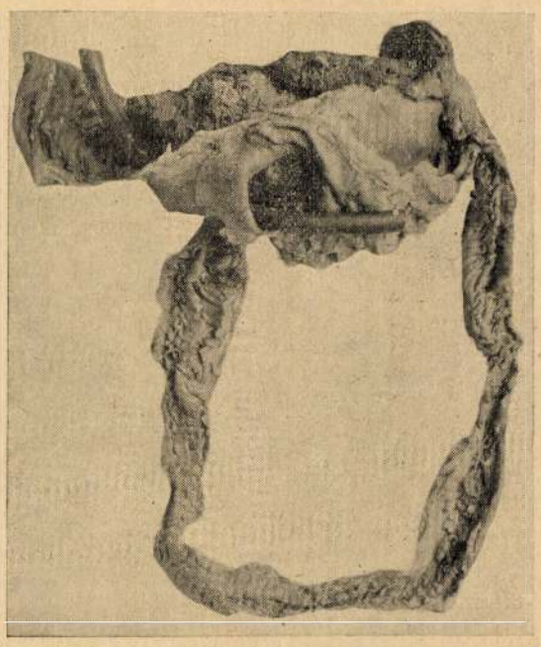


1. ábra.

három rész ürege jól kutaszolható. A vastagbélszakasz könnyen felismerhető volt jól kivehető taeniái alapján. A bélrészlet már szabadszemre teljesen elhaltnak látszik. A górcsövi vizsgálat ezt a feltevést igazolta, mert mind a vastag, mind a vékonybélből készült metszetekben csak bizonyos fokú szerkezeti rétegeződés ismerhető fel s különösen a nyálkahártya finomabb szerkezete vált szinte teljesen elmosódottá és csak egyes elszigetelt mirigytöredékekben találhattunk jól festődő hámsejteket. Világossá vált így előttünk, hogy behüvelyződött bélrészről van szó, amelynek a vakbél volt a vezető része. Az invaginatum a behüvelyződött és befogadó bélfalrészletek összetapadásával, illetőleg a behüvelyződött rész demarkálásával vált szabaddá és ürült ki a széklettel. Az eset tárgyi érdekessége mellett feltűnő, hogy klinikailag mennyire tünetszegényen zajlott le az egész folyamat. Az észlelő orvosnak még akkor sem támadt gyanúja erre a súlyos lehetőségre, amikor a székletéttel a különleges képlet kiürült. A csecsemő — tudomásunk szerint — jelenleg is (10 hónap múltán) jól van s az ellenőrzővizsgálatok szerint sem passagezavara, sem kimutatható szűkülete ezidőszerint nincs.

Mellőzve a behüvelyződés kórbonctani felosztására és kísérleti kórtanára vonatkozó kimerítő adatokat, e helyen csak arra utalunk, hogy a betüremkedésnek leggyakoribb és legsúlyosabb formái a vakbéltájiak. Felnőttekben 64, csecsemőkben 85%-a az összes betüremkedéseknek ilyen természetű. Ezen helyi gyakoriságban kétségtelen szerepe van a vékony- és vastagbél tágasságbeli különbségének (1 : 2½-hez). A kialakulás mechanismusában a régebbi hüdéses felvétellel szemben általában elfogadott *Nothnagel, Wilms* és *Wortmann* által kisérletileg is igazolt görcsös felfogás. A kiváltó okok *Braun* és *Wortmann* szerint lehetnek: 1. belsők (üregben); 2. bélfaliak (fekély, vérzés, daganat, stb.), illetőleg 3. lelki és testi behatások. A coecalis formának a csecsemőkorban található nagy gyakorisága, saját tapasztalatunk szerint is, azzal magyarázható, hogy ebben a korban szinte szabványos a coecum liberum, vagy mobile, ami a betüremkedést nagyban megkönnyítheti. Hasonló, de felnőtt egyén esetéről tesz említést *Entz Béla* professor az Orvosképzés 1939. 5. füzetében, amikor ugyancsak analisan távozott a vakbél, a felszálló vastagbél és vékonybél egy része a féregnyulvánnyal. A beteg hevesebb görcsös rohamra nem emlékezett, a súlyos betegségre semmi tünet nem utalt.

a



2. ábra.

A II. esetünk egyéb természetű kóreredetével és eléggé súlyos bonctani elváltozásával éppen úgy, mint az előbbi eset, a szervezet öngyógyulásának szintén meglepő készségét példázza.

33 é. nő holtteste ismeretlen eredetü vérzéses készséggel és hasi daganat kórisméjével került boncolásra. A teljes boncolási leletet mellőzve a betegség lényegével és a halálokkal (putrid bronchitis és amyloidosis) közvetlen össze nem függő, a „hasi daganat" kórismével jelölt elváltozást részletezzük. A hasi középvonalában, a szegycsont alatt kis arasznyival kezdődő és a symphysisig haladó régi műtéti heg van. A hashártya fali lemeze kiterjedten vastag; a flexura coli sinistra tájéki s a vastag- és vékonybélkacsok közötti heges összenövések gomolyagba szövik a beleket. E gomolyagban kb.

kétökölnyi, tömött ellenállás tapintható. A bélkacsok szétfejtésekor látható, hogy a vékonybél, a nyombél alatt kb. 30 cm-nyi szakaszában erősen tág, szabadon átjárható, itt azonban az üreget jókora ökölnyi, tömött idegentest zárja el, (a.) ez a bélből kiemelhető, bélsárral átitatott és gomolyaggá gyűrt sebészi törlőnek felel meg. Az akadályon túl a vékonybél összesett és kb. 40 cm-es hurkot képezve visszatér az elzáródás helyére, ahol a két bélrészlet (fal a fallal) elválaszthatatlanul összenőtt. (2. ábra). A 40×25 cm-es gase-törlő eltávolítása után látható, hogy a két összenőtt bélkacs között 5 ujjbegyet befogadó közlekedőnyilás van, (az ábrán gummi-cső bevezetve), az elvezető vékonybél, továbbá az egész vastagbél középtág, a nyálkahártya középvastag és szürkés-vörös színű. — A vékonybél nyálkahártyáján, az üregben fekvő törlő-göngyölegnek megfelelően mintegy pengősnyi, felületes nyálkahártyahiány van, vérzéses udvarral övezve. A lelet lényege: a vékonybél üregébe került sebészi törlő a belet teljesen elzárta, a a belek közti összenövés és a kialakult természetes anastomosis, 40 cm-es béldarab kiiktatásával új utat teremtett a passage számára. Ilyen és hasonló helyzetképek kialakulását illetőleg, általában két lehetőségre lehet gondolni: vagy szájon kerülhet az idegen tárgy a bélbe, vagy a hasüreg felől. Bár *Wölfler* és *Lieblein* kimerítő összehasonlítása szerint alig van a külvilágnak olyan tárgya, ami ne kerülhetne lenyelésre, (érmék, gyűrűk, óra, patkó, kés, villa, nadrágtartó, stb.), ezt a lehetőséget adott esetünkben határozottan kizárni gondoljuk, a hatalmas sebtörlőnek lenyelésre alkalmatlan mivolta mellett azt is hangsúlyozva, hogy a beteg épelméjű és ép idegrendszerű volt. A hasüreg felől idegen test a bélbe leginkább külerőszaki sérülés, vagy műtét kapcsán juthat. Ilyenkor előbb letokolódik és később tör át a bélbe. A további sorsa függ az anyagi és szerkezeti összeállásának természetétől és a bejutás helyétől. Nevezetesen: kiürülhet, vagy megakadva a bélpassaget jelentősen nem is befolyásolja, illetőleg végül teljes elzáródást eredményezhet. Esetünkben erre a lehetőségre a kórelőzményben szereplő két hasi műtét egyike szolgáltathatott okot. Ezek közül az első 20, a második 7 év előtt történt. Az első műtét mibenlétéről közelebbi adatot nem kaptunk. A második műtét tulajdonképen próbahasmetszés volt, amit egy kb. gyermekökölnyi daganat indokolt. A műtő elmondása szerint a daganat gyulladásos jellegű volt és megfelelt a fent leírt bélösszenövéseknek, röntgenbesugárzás után ökölnyire zsugorodott és az egyénnek további zavart nem okozott. Ezen adatok birtokában nyilvánvaló, hogy az első műtétkor maradt a törlő a hasüregben és innen került a fentvázolt módon a bélbe. A befúródás helyén az összefekvő belek között közlekedés alakult ki, ami a gasetörlővel elzárt hely előtt a bélsár tovajutását biztosította. Lényegében hasonló esetet közölt *Mező Béla* (Ztbl. f. Chir. 1935. IX.), amelynek kapcsán a hasüregben maradt sebészi törlő a vékonybélbe került és ott 70×7×7 cm-es göngyöleggé alakult anélkül, hogy a bélműködést tetemesen befolyásolta volna.

III. esetünkben a bélműködés zavarát műtét utáni bélhüdés okozta. Ennek az esetnek közlését, kialakulásával összefüggésbe hozható, halál után kialakult kóréletani jelenségek indokolják.

34 éves nő tetemét calculus renis s., nephrotomia klinikai kórismével írták ki boncolásra. A műtő szerint az aetherbódítással végzett műtét utáni 5. napon következett be a halál, ez idő alatt a széklet semmi módon sem volt megindítható. A has állandóan puha volt, hányást, csuklást nem tapasztaltak. A boncolási leletből csak a hasüregre és a belekre vonatkozó adatokat emeljük ki a következőkben: A has elődomborodott, a fali hashártya sima, fénylő, tükröző. A gyomor, a belek, főként a felső szakaszon puffadtak, a zsigeri hashártya vérbő, alatta a bélfalban elszórt, pontszerű vérzések. A felső vékonybélkacsok nyálkahártyája foltosan vérbő, helyenként vörhenyes és száraz, finom pelyhek fedik. Az erek erősen kirajzoltak. A vékonybél alsó szakaszán a tüszők felszinét szürkés-sárga foszlányok fedik, amelyek közvetlen a végbél előtt nagyobb mezőkben folynak össze. A vastagbél nyálkahártyája alatt sok rothadásos gázhólyag van. A haránt remese nyálkahártyája foltokban vérbő és szúrós vizeletszagú. A máj és a vesék górcsövi lelete a következő: a májban kisfokban felszaporodott közti kötőszövetben gömbsejtes beszűrődések, a májsejtekben pedig kiterjedten apró cseppes elzsírosodás látszik, a szerkezet jól megtartott. A vesékben a csatornahám ugyancsak kiterjedten finom cseppes elzsírosodást és szemcsés duzzadást mutat. Az intézeti készülékünkkel végzett fluorescentiás vizsgálat alkalmával makroskopikusan az egész vékonybél-nyálkahártya kiterjedten élénk bíborvörös porphyrin fluorescentiát mutatott. Minden rögzítés nélkül, kettősen hűtött, késsel készült fagyasztott metszetek a luminescentiás górcsövi vizsgálatkor a vékonybél-nyálkahártya teljes szélességére kiterjedő porphyrin beivódás volt észlelhető. A máj mikroskoposan keveset, górcsövileg élénkebben fluorescált. Az epehólyagból nyert 20 g epében 480 γ-nyi kopro-porphyrint sikerült kimutatni. Ezen adatok értékeléséhez megemlítjük, hogy normalisan a bél nyálkahártyája és a felnőttek mája porphyrinfluorescentiát nem mutat, az egész napi, kb. 1000 ccm-nyi normal epében pedig mindössze 300—600 γ-nyi porphyrin kerül kiválasztásra. Esetünkben minden valószínűség szerint a végső fokon kialakult májártalom folytán feltünő mennyiségű porphyrint tartalmazott az epe és az intézetünkben eddig még nem észlelt erős fokú porphyrinbeivódást mutatott a vékonybél nyálkahártyája. Ezen adatok birtokában és más lehetőségeket kizárhatva, ismerve a porphyrinnek a bélmozgásra gyakorolt befolyását e III. esetünk kapcsán arra kellett gondolnunk, hogy a porphyrin-anyagcserezavar és a bélhüdés között okozati összefüggést keressünk.

Az epe által kiválasztott porphyrin egyike a bélrendszer normalis festenyeinek. — Kóros körülmények (porphyriák, májártalmak, stb.) folytán támadt fokozott porphyrin-termelésnek a jólismert helyi és általános hatás mellett a klinikusok fontosnak tartják a bélmozgásra gyakorolt ártalmas befolyását is. A bélmozgás zavara a porphyrin-mérgezés fontos tünete. Heveny porphyriában az alsó vékonybél erős görcsös összehúzódása figyelhető meg a gyomor-patkóbél, felső vékonybélszakasz és a vastagbél elernyedése mellett.

Mint elsők *Reitlinger*, illetőleg *Reitlinger* és *Klee* vizsgálták *Magnus* eljárása szerint a porphyrin élettani hatását túlélő beleken és igazolták, hogy fényhatások ilyenkor nem érvényesülnek. *Vannotti* élő állatokban gyűjtőérben és helyi alkalmazással azt találta, hogy pár perccel már 0.1—1.0 mg porphyrin visszeres adagolás után lassul a bélmozgás, majd szabálytalanná válik és később teljes ernyedés áll be. Feltünőbb a hatás helyi alkalmazáskor (lekötött bélszakaszba 1 : 10.000—1 : 50.000 higítás), amikor is 20—30 perc multán bélhüdés észlelhető. Igen jellegzetes a kép, ami ólommal mérgezett, toxikus porphyrinuriás nyúl hasüregének megnyitásakor alakul ki. A patkóbél ilyenkor ernyedt, a vékonybél felső része ernyedten tágult, az ileum összehúzódott. A féregnyulvány tág, gázzal és bélsárral telt. A vastagbélben mozgás nincs, s rajta behúzódott s tágult szakaszok váltakoznak. Ezek a kisérletek amellett

szólnak, hogy a porphyrin-hatás igen hosszú ideig áll fenn és a vaguson, illetőleg egyenesen a bél izomzatán érvényesül. A bolygóideget izgató és bénító szerek porphyrinhatás mellett nem érvényesülnek. Ezzel szemben az Auerbach-fonatot szabályozó cholint a porphyrin jelenléte nem befolyásolja.

A felsorolt kisérleti adatok egyrészt valószínűsitik említett feltevésünk helyességét, amely szerint a bélhüdés és a hepato-enteralis porphyrin-forgalom zavara közt, ami fokozott porphyrinképződésben és a fokozott felszívódásban áll, okozati összefüggésre kell gondolnunk. Másrészt a kisérleti megállapítások arra is késztetnek bennünket, hogy a lényegükben alaktanilag meg nem fogható reflexes bélhüdések eseteiben ezeket az élettanilag kimutatható okozati kapcsolatokat mind kórbonctanilag, mind klinikailag tovább kutassuk és elsősorban a műtétek utáni bélhüdéses esetekben különösebb figyelemre méltassuk.

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

Luxatio akromioclavicularis.

Irta: *Dorogi Lajos dr.*

A sportolók sokszor hihetetlennek tetsző teljesítményei és a test helyes ápolásának sok szempontból, de különösen közegészségügyi szempontból felismert jelentősége miatt a testnevelés a közelmultban majdnem mindenütt állami felügyelet alá került. Most már nemcsak az önként jelentkező s tehetségesnek tartott fiatalemberek, hanem a gyermekek is sportolnak. A sportnak, helyesebben a sportolásnak ilyen nagyobbmérvű, sőt törvényileg szabályozott általánossá-tétele a sportsérülések számát felette megszaporította.

A sportsérülések létrejötte, elkerülése, ellátása ma már az irodalomnak igen tekintélyes fejezetét teszi. Vizsgálatukban és tárgyalásukban sebészi szempontból elsősorban a csontok, izületek és szalagok ártalmai jönnek szóba s az izomrendszer elváltozásai — mivel azok többnyire csak másodlagosan fejeződnek ki — kevésbbé jelentősek.

A sportsérüléseket a sport azon ágai szerint osztályozták, amelyeknek űzése közben azok keletkeztek. Igy állapitották meg a lovasok, labdarúgók, sízők, korcsolyázók, autósok, stb. jellegzetes sportsérüléseit.

Az akromioclavicularis izület egyébként ritka ficamainak is az a tény ad különös jelentőséget, hogy nagyrészük sportolás, főleg birkozás közben keletkezik. A sportolás általánosabbá válásával e ficam gyakoribbá lett. A sportsérülések tanának fejlődése a keletkezési mód magyarázatában tulajdonképen újat nem eredményezett. De nem eredményezett újat az ellátásban sem, legfeljebb a sebészet általános fejlődése kapcsán itt is előtérbe nyomult az a felfogás, amely a hamarabb bekövetkező és sokak szerint jobb gyógyulást eredményező műtéti megoldásokat szorgalmazza.

A luxatio akromioclavicularisról már *Hippokrates* és *Galenus* is megemlíkezik, sőt *Hippokrates*nek a ficam ellátására vonatkozó gondolata teszi tulajdonképen alapját a mai is gyakran alkalmazott Decault-féle kötésnek.

Klinikánk ficam-anyagában kis százalékban szerepel. 567 ficam között 35 esetet észleltünk, ami 6.17 %-nak felel meg. Ez nagyjából egyenlő *Defranceschi* 6%-os gyakorisági adatával. Ezzel szemben *Gurtl* és *Krönlein* szerint az összes ficamoknak csak 2½%-át teszi ki. Az irodalom adatai szerint 160:127 arányban gyakoribb, mint a kulcscsont szegycsonti végének ficamodása, míg klinikánk anyagában a szegycsonti vég ficamai az akromialis vég ficamainak csak ¼-ét alkotják,

Az akromioclavicularis izület ficamainak megkülönböztetjük:

1. felső (l. supraakromialis);
2. alsó (l. subakromialis és l. subcoracoidea),
3. hátsó (l. supraspinata) alakját.

A kulcscsont akromialis végének ficamai közül leggyakrabban a felső, a supraakromialis fordul elő, melynek *Hamilton* és *Malgaigne* nem teljes és teljes alakját különbözteti meg. A nem teljes ficamok szerintük gyakrabban fordulnak elő. Ezt *Sommer* azzal magyarázza, hogy a nem teljes ficamban a szalagrendszernek csak kisebb része szakad el és az elszakításhoz mindössze 36—42 kg-nyi megterhelés szükséges, míg az egész szalagrendszer elszakadásához, a teljes ficam létrejöttéhez 80 kg.-nyi megterhelés kell.

Klinikailag a kulcscsont akromialis végének változófokú kiemelkedése, a vállszélesség esetleges megkisebbedése, a kulcscsontnak a hossztengely körüli elfordulása, a delta-izom kulcscsonton tapadó részének erős megfeszülése, a vállizület duzzadtsága s a vállizület mozgásainak fájdalomokozta korlátozottsága észlelhető. Röntgenvizsgálattal az izületi rés tágabb volta s a kulcscsont végének az izület fölé emelkedése állapítható meg. Tapasztalat szerint a duzzanat és a fájdalmasság igen hamar megszűnik, a mozgási korlátozottság azonban nem.

A határozott klinikai tünetek miatt megállapítása nem nehéz. *Fick* felhívja a figyelmet a kulcscsontvég egyénenkénti magasabban való elhelyezkedésére, *Bardenheuer* pedig az izületi tok és a szalagok esetleges petyhüdtségére. Elkülönítő kórisme szempontjából kulcscsont-törés, akromion-törés és az akromialis vég hátsó ficama jönnek szóba. Szövődményként a kulcscsont és az akromion törése, azonkívül a szegycsonti vég egyidejű ficama és vállficam említhetők.

Az ellátásban a rögzítés a nehezebb feladat. A Desault-, Moore-, Delens-, Sayre-, Velpeau-féle kötések és ezek módosításai — melyek elsősorban a felfelé ficamodott akromialis kulcscsontvég lenyomva tartását célozzák — az esetek tulnyomó részében megfelelnek, de csak ritkán sikerül velük az akromialis kulcscsontvég nagyobbfokú eltávolodását (dislocatio) teljesen megszünteti. Éppen ezért mindinkább nagyobb tért hódít az a felfogás, amely a műtéti megoldásoknak kedvez. T. i. bármennyire sikerült is a tartózkodó kezeléssel véghezvitt repositio, a ficamodott kulcscsont-végnek a reponált helyzetben való megtartása rendszerint csak tökéletlenül sikerül s így ténylegesen helytállóak voltak azok a megállapítások, melyek szerint nagyobb eltávolodás esetén a gyógyulási kilátások kedvezőtlenebbek, mint kisebb eltávolodásban.

Ennek ellenére *Hamilton* véleménye szerint a nagyobb eltávolodás s később a kar jó, sőt tökéletes működése nem zárják ki egymást. *Bardenheuer* megállapítja, hogy az eltávolodás az izületi tok és a szalagok hegesedése s zsugorodása miatt idővel csökken, tehát a működés állandó javulása várható. Szemben velük *Bergmann, Volkmann, Hoffa* és *Schmieden* azt állítja, hogy működéscsökkenés nem, csak alaktalanodás marad vissza. *Fischer, Albers, König, Tillmanns* nem beszélnek alaktalanodásról, de kimondják, hogy a kar emelése korlátozott marad. *Thiem* szerint is a működéscsökkenés 10—15%-os.

---

*) A Magyar Sebésztársaság 1939. évi nagygyűlésén tartott előadás nyomán.

Műtéttel tökéletesen meg lehet szüntetni az eltávolodást, kevesebb a működéscsökkenés, a műtét tetemesen megrövidíti a gyógyulás idejét s amellett a legtökéletesebb kozmetikai eredményt is adja. A véres repositióban szegezés, selyem- és drótvarrat segítségével biztosítjuk a ficamodott végek együttmaradását. Sokan azt ajánlják, hogy műtét alkalmával ne csak az akromionhoz, hanem a processus coracideushoz is rögzítsük a kucscsontot *(Bunell, Goffin, Delbet).*

Az alsó ficam alakjai a luxatio subakromialis és a luxatio subcoracoidea igen ritkák. *Petit, Malgaigne, Bardenheuer, Hoffe* s az újabb irodalomban *Allens* és *Constantini* közölnek ilyen eseteket. E ficamok lényege az, hogy a kulcscsont akromialis vége az akromion, illetve a processus coracoideus alá kerül. A luxatio subakromialisban az erőhatás a kulcscsontot le- és hátrafelé nyomja, a lapockát pedig emeli. Ez legkönnyebben úgy jön létre, hogy valaki megterhelt váll, illetve kulcscsont mellett a könyökére, vagy nyujtott karral a tenyerére esik. *Morel—Lavallée* szerint ez a ficamféleség csak a processus coracoideus törésével jöhet létre. *Bardenheuer* ezt tagadja.

Klinikai tünetei: az akromion jól tapintható, a kulcscsont vége azonban eltünik a lágyrészekben, a kulcscsont feletti és alatti árok ellapult, a fejbiccentő erősen megfeszül, a kar működése, különösen a távolítás nagymértékben csökkent. Mindezek szerint a kórisme itt sem jelent nehézséget.

A ficam megszüntetése a váll hátra- és lehuzásával és a kulcscsont előrefelé nyomásával többnyire könnyen sikerül. Műtéti megoldás a már vázolt eljárások szerint történik.

A luxatio subcoracoideára vonatkozólag *Malgaigne* közleményében találtunk adatokat. Ő említi *Pinjon* 1842-ben és *Godemer* 1843-ban közölt esetét. Rajtuk kivül ilyenfajta ficamot a rendelkezésemre álló irodalom adatai szerint mások nem közöltek.

A luxatio subcoracoidea létrejöttében olyan erőhatásnak kell szerepelnie, amely a kulcscsont végét kiemelve az izületből a processus coracoideus felett az elé ficamítja. A szükséges erőbehatás foka, azután annak valószínűtlensége, hogy ilyenkor sem a kulcscsont, sem a processus ne törjön el, magyarázzák ezen ficámféleség igen ritka voltát.

A kulcscsont akromialis végének a fossa supraspinataba történt ficamodásáról *Nicaise, Davis, Grossmann, Klar,* és *Hintermayer* írtak.

A luxatio supraspinata úgy keletkezik, hogy az izületet elölről olyan erőbehatás éri, amely a kulcscsont végét hátra, a fossa supraspinatába s úgyanakkor a lapockát lefelé nyomja.

Szerintük vizsgálatkor az akromion előreugrottnak látszik s az akromiontól középfelé besüppedés észlelhető. A kulcscsont akromialis vége a fossa supraspinatában foglal helyet. A váll kissé eltávolodott a mellkasfaltól. Esetleg a vállszélesség megrövidül. *(Hintermayer).* A vállizületi mozgások korlátozottak egyrészt a nagy fájdalom, másrészt a kar erősen közelitett volta miatt.

Nem sorozhatók a fenti beosztásba azok az esetek, amikor a kulcscsont mindkét vége kificamodik (luxatio totalis) — ilyenkor az akromialis vég *Tourneux* és *Bernardbeig* szerint többnyire felfelé ficamodik — és azok az esetek sem, amikor mindkét kulcscsont ficamodik. Ez utóbbi esetek veleszületetten, vagy kórosan gyenge szalagrendszerrel fordulnak elő *(Sternberg, Malgaigne). Le Bec* mindkét oldalon akromialis ficamot észlelt. *Riedinger* esetében az egyik kulcscsont szegycsonti vége, a másik kulcscsont akromialis vége hátrafelé ficamodott ki, *Rotter* betegének egyik oldalán szegycsont mögötti (retrosternalis) ficamot, másikán a kulcscsont supraakromialis és vállficam együttes előfordulását észlelte. *Constantini* kétoldali subakromialis ficamról írt.

Ezeket az eseteket szerintem helyesebb, ha szövődményekként fogjuk fel.

Ellátásuk egyébként minden esetben azonos módon történik, mint az egyoldali ficamokban.

Luxatio akromioclavicularisban szenvedő betegeink adatait vizsgálva kitünik, hogy leggyakrabban a 20—40 év között fordul elő. 16 betegünk (45.7%) ficamát sportolás, még pedig — 9 esetben — birkózás közben szenvedte el.

Mind a sportolás közben keletkezett, mind a nem sporteredetű ficamok supraakromialis és 22 esetben (62.8%) nem teljes ficamok voltak.

A birkózó sport tanulmányozása közben szerzett tapasztalataim azt mutatják, hogy a birkózó fogások közül leginkább a „csípődobás" és „salto" után jöhetnek létre akromioclavicularis ficamok. Ezek a fogások azok ugyanis, amelyek következtében a birkózó felek egyike úgy eshetik vállára, hogy az akromion a birkozószőnyegen alulra kerülve megtámaszkodik s a kulcscsont —, melynek külső végére a saját testsúly egyrésze is ránehezedik — az akromioclavicularis izületből kificamodik. A fenti keletkezés-mód egyébként leginkább megfelel akár a *Defranceschi,* akár a *Malgaigne* leirta lehetőségeknek.

A kórismézés a határozott klinikai tünetek miatt nem volt nehéz s a röntgenvizsgálat minden esetben igazolta azt.

Szövődményként vállficamot, borda-, kulcscsonttörést, két esetben a tuberculum majus törését s a processus coracoideus dislocatio nélküli törését észleltük.

Három eset kivételével átlagban 2 mm-es dislocatiót észleltünk. Ennek a megszüntetése nem okozott nehézséget s így 31 esetben reponálás után a ficamodott kulcscsontvéget Desault-, Velpeau-féle s egyszerű ragtapaszos kötésekkel rögzítettük. Betegeink kivétel nélkül tökéletesen gyógyultak s így a fenti kötésféleségek megfelelőnek bizonyultak. A kötéseket átlagban a 3—4. héten távolítottuk el s az azonnal megkezdett fürdetés massage és mozgatás után a 10—14. napon a működés már tökéletes volt.

Három esetben végeztünk eredménytelen repositiós kisérlet után műtétet. Műtéteinkben a kulcscsont végét dróttal rögzítettük. Az egyesek szerint jobban rögzítő szögezést nem tartottuk szükségesnek éppúgy, mint ahogy a selyemmel történő rögzítést megbízhatatlannak ítéljük. Varratszedés után a betegoldali felső végtagot újra a törzshöz rögzítettük, de ezt a kötést már a 8—10. napon eltávolítottuk. Az utókezelés megegyezett a nem műtött betegekével. Ezek a betegeink is kifogástalanul, de a nem operált betegeknél két héttel hamarább gyógyultak.

Az akromioclavicularis ficamok ellátása a sebészet fejlettsége folytán ma már nem nagy dolog. Amíg kezdetben a tartózkodó kezelés jelentette a ficamnak egyetlen megoldását, s amíg működéscsökkenés esetén — épp úgy mint a többi ficam esetén is — megelégedtek annak kijelentésével, hogy szerencse, hogy ez a működéscsökkenés nem nagyobbmérvű, addig a sebészet újabb fejlődése révén minden esetben működéscsökkenés nélküli gyógyulást érhetünk el. Ma már nemcsak arra kell törekednünk, hogy a működéscsökkenést teljesen kiküszöböljük, hanem, hogy a teljes munkaképesség helyreállttáig terjedő időt is a lehető legkisebbre csökkentsük. Bár klinikánk

17 évi beteganyagán szerzett tapasztalataink azt mutatják, hogy tartozkodó kezeléssel is érhetők el megfelelő eredmények, még sem zárkózhatunk el annak kijelentése elől, hogy mind a teljes, mind a nem teljes ficamokban helyesebb, ha a korai gyógyulást jelentő műtevés álláspontjára helyezkedünk.

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

Az epeutak körüli nyirokcsomók szerepe a pangásos sárgaság keletkezésében.*

Irta: *Benkovich Géza dr.*

A májkapuban, a májpatkóbél szalagban, valamint a közös epevezeték patkóbélmögötti szakasza körül levő nyirokcsomók és a hozzájuk tartozó nyirokutak bonctana csak az utolsó 2—3 évtizedben vált részletesen ismertté. A bonctan classikus műveiben csak rövid, általános leírásokat találunk. *Clairmont, Bartels, Poirier* és *Cuneo,* majd 1911-ben *Franke* tanulmányozta tüzetesen a máj és az epeutak nyirokrendszerét. *Gerota* módszerével végzett vizsgálataik eredményét azóta számosan megerősítették. Ezek szerint az epehólyag falában kettős nyirokérhálózat van, egy a nyálkahártyában, egy a savós hártya alatti rétegben. A két hálózat többszörös összeköttetésben áll egymással, sőt, *Sudler* vizsgálatai szerint, a máj nyirokutaival is. A hálózatokból eredő nyirokerek nagy része az epehólyagnyak bal oldalán, majdnem minden esetben megtalálható ú. n. Mascagni-féle vagy epehólyagnyirokcsomóhoz fut. Ennek kivezető erei, valamint az epehólyag nyirokereinek másik része közvetlenül 2 nyirokcsomóhoz futnak, melyek a közös epevezeték jobb oldalán, a Winslow-nyílásnál, részben már a hasnyálmirigy és a patkóbél mögött fekszenek. Ezek a csomók a májkapú nyirokcsomói útján is összeköttetésben vannak a máj nyirokutaival. A csomók kivezető erei a hasnyálmirigy fejének nyirokcsomóiba, majd az aorta körüli csomók közvetítésével a mellvezetékbe nyilnak. Kiterjedt összeköttetéseik révén az egész gyomor-bélhuzam nyirokrendszerével közlekednek.

A csomók (a Mascagni-féle kivételével, melyet minden esetben megtalálhatunk), számban és elhelyeződésben nagyon változatosak, így a közös epevezeték mellett fekvő két csomó gyakran összeolvad, máskor pedig a kettő helyett három csomót is találunk.

A Mascagni-féle csomóról már régen tudjuk, hogy az epehólyag betegségeiben megduzzadva, a hólyag eltávolításakor a hólyagvezeték kikészítését és ellátását akadályozhatja. Az epevezetékek körüli nyirokcsomók megnagyobbodásának jelentőségére csak az újabb vizsgálatok hívták fel a figyelmet, bár *Levit* szerint *Kualbeck* már 1652-ben közölte egy sárgaságban elhalt boncleletét, mely szerint a közös epevezetéket rákos nyirokcsomók nyomták teljesen össze. *Bardeleben* és *Hacker* 1908-ban említik először, hogy az epeutak körüli nyirokcsomók gyulladásos duzzanata is okozhat ilymódon pangásos sárgaságot. A közlések azóta rohamosan szaporodnak. *Levit* 15, *Rödén* 17, *Valdoni* 1930-ban már 27 esetet gyűjt össze az irodalomból, ugyanakkor 4 saját észleléséről számol be, *Bernhard* 100 choledochotomia közül 8-ban észleli, *Pötz* 1938-ban a giesseni klinika 7000 epekőműtéte közül már nem kevesebb mint 58-ban találja megemlítve. A legrégebben ismert rákos áttételeken kívül mind helyi, mind általános betegségek okozhatják a nyirokcsomók megduzzadását. *Pötz* az irodalomban közölt esetek ⅓-ában gümős gyulladást, *Rödén* 17 eset közül 12-ben meszes, *Mathias* és *Potatschnigg* leukaemiás csomókat talált. A nem fajlagos gyulladásos duzzanatot *Pötz* anyagában 72%-ban epekőbetegségben, *Melchior* vörhenyben, *Rotter* typhusban, mások gyomorpatkóbélfekélyben, vagy a női nemiszervek gyulladásában, terhességi sárgaságban észlelték. A csomók szöveti vizsgálata ezekben mindig a közönséges „sinus catarrhus" képét mutatta. A csomók nagysága borsónyi-mandulányi között váltakozhat, néhány esetben az összeolvadt csomók csőszerűen vették körül a közös epevezetéket. A kórelőzmény, valamint a tünetek sem jellemzőek. Bizonytalan hasi panaszoktól epekőrohamra jellemző görcsökig, láztalanságtól hidegrázással járó 39—40 C°-os lázakig a legkülönfélébb tünetekkel találkozunk. A máj működését, sajnos, a legtöbben nem vizsgálták. *Valdoni* szerint e betegségnek kórjelző tünete, vagy vizsgáló eljárása nincs. A kórismét a műtét előtt eddig csak egy esetben sikerült felállítani, akkor is csak azért, mert az illető sebész röviddel azelőtt hasonló esetet operált. Rákos, gümős, vagy meszes mirigyek esetében az észlelők mindig tágult epeutakról, pangásos epéről számolnak be. A nem fajlagos, gyulladásos duzzanat alkalmával még jelentékeny sárgaságban sem találunk mindig a nagy epeutakon tágulatot és bennük pangó epét. Többen írnak le rendes tágasságú epeutakat, melyekből megnyításukkor feltünően híg, világossárga epe ürült. (*Valdoni* stb.)

Hasonló eset került észlelésre klinikánkon is. A 43 éves nő 3 hónapja mind gyakrabban érez a jobb bordaive alatt hidegrázástól, láztól kisért görcsöket, melyek a jobb vállba sugároznak. 3 napja sárga. 7 éve van méhkörüli gyulladása. 17 éve spanyolnáthája volt. A felvételkor bőre és szeme sárga, vizeletében epefesték, széke agyagszerű. A jobb bordaiv alatt fájdalmas, homályosan tapintható terimenagyobbodás. A méh környezete tömegesebb, érzékeny. Műtétkor a vaskosfalú, cseplesszel borított epehólyagban zöldmandulányi, szederalakú követ találunk. Az epevezetékek épek, átjárhatók. Az epehólyagot kiirtjuk. Műtét után kezdetben a sárgaság fokozódik, majd megszünik. Állandóan voltak azonban epekőrohamra emlékeztető görcsei, melyek később pár napig tartó sárgasággal is jártak. A tartózkodó kezelés (szőlőcukor-insulin, decholin, karlsbadi kúra) teljes hatástalansága és a mindgyakrabban ismétlődő rohamok miatt 5 hónappal az első műtét után a közös epevezetékben lévő szelepkő gyanujával, bár a májműködés vizsgálata annak bántalmát állapította meg és így a sárgaság nem volt pusztán pangásosnak nevezhető, újabb műtétet végeztünk. A máj négy ujjal haladta meg a bordaivet. Az epevezeték nem tágult. Patkóbélhez közeleső szakaszát mandulányi, duzzadt nyirokcsomók fogják szorosan körül és látszólag teljesen összenyomják. Az epevezetéket megnyitjuk. Igen híg, világos epe ürül. Az epeutak kutaszoláskor mind a patkóbél, mind a máj felé teljesen szabadok, a záróizmoknak megfelelően sem ütközünk különös ellenállásba. Fel kellett tennünk, hogy a pangás és sárgaság előidézésében az epevezetéket körülfogó nyirokcsomók erőművi hatásának is szerepe van, ezért azokat mind eltávolítottuk. Az epevezetékbe T csövet helyeztünk, melyen át bőven ürült igen híg, világos epe. A sárgaság megszűnik, de a későbbi kórlefolyásban a T-cső eltávolítása után ismét jelentkeznek görcsök, hidegrázás és sárgaság, igaz, hogy kisebb fokban, mint a műtét előtt. A panaszok csak hosszú hónapokon át következetesen végrehajtott és a méh körüli gyulladás ellen is irányuló tartózkodó kezelésre szüntek meg teljesen. Betegünk jelenleg tartósan panasztalan. Az eltávolított nyirokcsomók szöveti képe nem fajlagos gyulladásnak felelt meg.

Esetünk mind a klinikai kép, mind a műtéti lelet tekintetében teljesen azonos az irodalom azon eseteivel, melyekben a szerzők annak ellenére, hogy sem pangásos epét, sem tágulatot a közös epevezetékben nem találtak, a megnagyobbodott nyirokcsomókat okolták a pangás és ezáltal a sárgaság előidézéséért. *Bernhard* 2 esete még abban is hasonló, hogy azokban is epehólyagkiirtás után észlelték a kórképet. Véleményünk szerint

---

*) A Magyar Sebésztársaság 1939. évi nagygyűlésén tartott előadás nyomán.

ezekben az esetekben nem lehet a duzzadt nyirokcsomóknak kórokozó szerepet tulajdonítani. Emberi törekvés a szövődményes és nehezen érthető természeti jelenségeket a lehetőségig egyszerűsíteni és valamely tetszetős feltevéssel megmagyarázni. Ez alól a természettudósok sem kivételek. Mi orvosok is gyakran estünk és esünk abba a hibába, hogy az emberi szervezet ép és kóros, sokszor bonyolult és számos tényezőtől befolyásolt működését valamely egyszerű vegytani, vagy erőművi történésre akarjuk visszavezetni. Példa erre az ú. n. ikterus catarrhalis keletkezésének az orvosi köztudatba belegyökerezett, erőművi elmélete is. *Eppinger*nek és munkatársainak, boncleletekkel támogatott vizsgálatokkal is csak hosszas küzdelemmel sikerült megcáfolni az *Odd* záróizomba beékelt, Virchow-féle nyákdugasz létezését és kórokozó jelentőségét. Hasonló a helyzet az epeut körüli gyulladásos nyirokcsomóduzzanat esetében is. Így *Mathias* még az ú. n. ikterus catarrhalis keletkezését, *Ansperger, Pototschnigg* és *Franke* pedig az epehólyagkőhöz és epehólyag gyulladáshoz társuló sárgaságot is a duzzadt nyirokcsomók erőművi hatásával akarják magyarázni. Véleményünk szerint azonban az egyszerű és tetszetős erőművi elmélet a legtöbb esetben nem állja meg a helyét. Még a látszólag tisztán pangásos sárgaság eseteiben is többnyire sikerül gyulladásos tényezőket kimutatni, különösen, ha az hosszabb ideig áll fenn. Azokban az esetekben pedig, melyekben a nagy epeutakban a látszólagos összenyomás ellenére sem mutatható ki pangás, a nyirokcsomó duzzanatnak kórokozó jelentősége nincs. Mindazok a betegségek, melyek nem fajlagos nyirokcsomógyulladást okoznak, a májban is vezethetnek savós gyulladáshoz. Ez esetek az ú. n. ikterus catarrhalis *Eppinger* által leírt savós szövetekközti májgyulladásos alakjának felelnek meg. Az epepangást okozó elzáródás ezekben nem a májon kivüli epeutakban, a megduzzadt nyirokcsomóknak megfelelően, hanem a májban, a májsejtekbeni epeutaknak a májsejtek közti epeutakba való beszájadzásánál, az Aschoff—Ohno féle ampullákban van. Az elzáródás oka a kötőszövet savós duzzadása. A nyirokcsomóduzzanat esetleg csak környéki tünete a májban lezajlott gyulladásnak, vagy csak azzal párhuzamosan keletkezik. Az epehólyag és máj nyirokutainak közvetlen összeköttetését ismerve, hasonlóképen magyarázhatjuk az epehólyagkőrohamokat kisérő sárgaságot is. Sokszor lehetetlen eldönteni, hogy a talált elváltozás milyen módon jött létre. Ilyenkor nem elég a nyirokcsomókat eltávolítani, mint egyesek ajánlják, hanem meg kell nyitni a közös epevezetéket, megvizsgálni a kiürülő epét, megkutaszolni az epeutakat, különösen meg kell győződni arról, hogy az Odd-záróizom nem feszül-e tulságosan. Szükség esetén a záróizmot óvatosan tágíthatjuk is. A T-cső behelyezése biztosítja az epe elvezetését és az epeutakban a nyomás csökkentését, ezért egyes amerikai szerzők *(Mc. Gowan)* elhúzódó kórlefolyás esetén májeredetű sárgaságban is ajánlják. Véleményük szerint az epekiürülés megkönnyítése elősegíti a májműködés helyreállását. A helyesen előkészített T-cső eltávolításakor nem okoz roncsolást. Az epeutak szádlása lehetővé teszi azoknak a műtét utáni röntgenvizsgálatát, a csövön át befecskendett sugárfogó anyaggal. Ez a vizsgálati módszer az epeutak beidegzési és mozgási zavarairól tájékoztat különösen jól. Az utókezelésben különös gondot kell fordítanunk az alapbetegség (esetünkben méhkörüli gyulladás) felismerésére és gyógyítására is, mert tartós panaszmentességet és a kiújulások elkerülését csak így érhetjük el. A tüneti kezelésben a szokásos sárgaságellenes gyógyszereken kivül jó hatást látunk az amerikai szerzők ajánlotta nitritektől is. A nitriteket, amelyeknek az epeutakra és a patkóbél második szakaszára gyakorolt nyomás- és feszüléscsökkentő, görcsoldó hatásának felfedezésére egy véletlen vezetett (angina pectoris és epekőműtét utáni panaszok egyazon betegen) néhány esetben jó eredménnyel alkalmaztuk. Ezekben sikerült a naponta szükséges morphium-mennyiséget jelentősen csökkenteni. Ezt az eredményt márcsak azért is örvendetesnek kell mondanunk, mert a morphium a májban glykogén-fogyást, az epeutakban pedig nyomásfokozódást okoz s így a májműködés helyreállását gátolja *(Johnston, Mc. Gowan)*. A műtét utáni sebfájdalmat a szer természetesen nem befolyásolja.

Véleményünk szerint az epeutak körüli nyirokcsomók duzzanatának csak akkor tulajdoníthatunk a pangásos sárgaság előidézésében jelentőséget, ha azok az epevezetéket kimutathatóan összenyomják, az összenyomás feletti epeutak tágultak és bennük pangásos epét találunk. Mint ahogy *Eppinger* is elismeri, hogy vannak esetek, melyekben a Vater-szemölcsöt levált hámsejtek tömesztik el, úgy kétségtelen, hogy vannak teljesen hiteles észlelések is, melyekben a duzzadt nyirokcsomók erőművi hatása okozta a pangásos sárgaságot. Ezek azonban a sárgaság és nyirokcsomóduzzanat aránylag gyakori együttes előfordulásához viszonyítva oly ritkán kerülnek észlelésre, hogy gyakorlatilag az elkülönítő kórisme szempontjából alig jöhetnek szóba.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

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

Hyperthyreosis és diabetes. *Regan* és *Wilder*. (Arch. of Int. Med. 1940. 6. 7.) 61 esetet tanulmányoztak, ahol diabetes és hyperthyreosis együttesen fordult elő. Statistikai adataik szerint az összes pajzsmirigy hyperfunctiós betegségek 3.2%-ában található diabetes. A Basedow-kór 1.7%-ban fordult elő együttesen diabetessel, míg a hyperthyreosisos betegek 5.6%-ában találtak diabetest. 38 eset volt, melyeken diabetest és strumát észleltek együttesen normalis mirigyfunctió mellett. Ezenkívül külön 38 esetük volt, melyeken hyperthyreosis és diabetes szerepelt együtt. A betegek átlagos élettartama a diabetes megjelenésétől számítva 10.2 év volt. Összegezve tapasztalataikat, azt észlelték, hogy azoknak a betegeknek, akiken strumektomiát végeztek ugyanolyan jó prognosisú volt a diabetesük, mint azon betegeiknek kiknek hyperthyreosisuk nem volt. Azon hyperthyreotikus betegek prognosisa, kiken nem végezték el a strumektomiát, lényegesen rosszabb volt. (B. 81.)

Riedl Olivér dr.

Cholesterin-esterek diagnostikai értékelése májbetegségekben. *Greene, Hotz, Leahy*. (Arch. of Int. Med. 1940. 6—7.) A serum cholesterin-tartalma felnőttekben 150 és 230 mg% között mozog. A cholesterin-esterek mennyisége 60—120 mg% és az összes cholesterinnek 40—52%-át teszi ki. Májártalomban szenvedő betegek cholesterin-ester mennyisége csökken. Az esterek csökkenése néha —, de nem mindig — az össz-cholesterin csökkenésével jár együtt. Elzáródásos sárgaság esetében a cholesterin-esterek mennyisége arányosan szaporodik az összcholesterin mennyiséggel. Májártalomban a cholesterin-esterek mindig csökkentek egészen függetlenül az össz-cholesterinmennyiség magatartásától. — Adott esetben a cholesterin-esterek fokozatos csökkenése mindig rossz prognosist jelent, míg fokozatos megszaporodásuk jó prognosisra vall. A cholesterin-esterek meghatározása nagy fontossággal bír az epeutak sebészi kezelésének prognosisában. (B. 82.)

Riedl Olivér dr.

Gyomorfekély és savhiány. *W. L. Palmer* és *P. B. Nutter*. (Arch. of Int. Med. 1940. 65.) Összegyűjtik azokat a betegészleléseket, amelyekben egyesek chronikus nagy gyomorfekélyben sósavhiányt állapítanak meg. Az alkalmazott próbareggelik kritikája után megállapítják, hogy a sósavhiányt csak histamin alkalmazása mellett szabad felvenni és ekkor csak kicsi, acut fekély lehet jelen histamin resistens sav-

hiányban. Chronikus nagy gyomorfekély azonban csak gyamorsav jelenlétében észlelhető, amely annak kóroktanában elsőrendű szerepet játszik. (B. 83.)

Kuchárik József dr.

Bismarsen és arsen-phenylamin therapia okozta haemorrhagiás purpura. *Falconer* és *Epstein.* (Arch. of Int. Med. 1940. 6.—7.) 5 esetet közölnek, melyekben arsen phenylamin és derivatumainak adagolása következtében haemorrhagiás purpura keletkezett és a vérben a thrombocyták majdnem teljesen eltüntek. Mind az 5 esetben másfajta arsenkészítményt adagolva e tünetek elmaradtak és semminemű mellékhatás nem mutatkozott. A vizsgálatok során szerzők arra a megállapításra jutottak, hogy a tünetek nem toxikus eredetűek, hanem allergiásak. Ez tulajdonképen egy vasomotoros reactio. Ilyenkor a capillarisok tonusa erősen csökken, a capillarisok nagymértékben kitágulnak és a thrombocyták eltünnek a vérkeringésből. Ezt a megállapitást bizonyítja az is, hogy a thrombocyták pusztulása az injectio beadása utáni percekben elképzelhetetlenül gyors lenne, azonkívül az is, hogy 1 ccm adrenalin injiciálása után a thrombocyták legnagyobb része újból megjelenik a véráramban, 24 óra múlva pedig az eredeti thrombocytamennyiség található meg újból. Sem a vörösvérsejtek, sem a thrombocyták alaki eltérést nem mutatnak. (B. 84.)

Riedl Olivér dr.

SEBÉSZET

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

A trigeminus neuralgiáról. *Sjöquist.* (Acta Chir. Scand. 82. 2—3.) A paroxysmalis trigeminus neuralgia kezelése az ideg lefutásának több helyén történhet. A peripheriás ágba történő alkoholinjectio csak palliativ értékű, a ganglion Gasserin ma már sehol sem végeznek műtétet. A ganglion elektrocoagulatióját visszafejlődésnek tartja. Legjobb eredményt adja és legkevesebb veszéllyel jár az érző gyökér átvágása a ganglion előtt, ezt ajánlja minden esetben elvégezni. A bulbospinalis trigeminusgyök átvágása is ismeretes már, de erről végleges vélemény még nem alakult ki. A quintus-thalamus-pálya átvágása ma még kisérleti szakban van. (F. 92.)

Fedeles-Findeisen László dr.

Elsőleges, jóindulatú intracranialis melanoma. *Arnvig* és *Christensen.* (Acta Chir. Scand. 82. 2—3.) A központi idegrendszer melanomái rendesen másodlagosak és rosszindulatúak. A világiradalomban ismertetett 5 elsőleges közül, csak egy látszik valóban annak a szerzők szerint. Saját esetük 37 éves nőbeteg volt, akinek 5 éve vannak panaszai. Műtét alkalmával a IV. agykamra tetejéből kb. 2 cm nagyságú, szövettanilag melanomának bizonyult daganatot távolitottak el. A beteg hosszú idő óta panaszmentes. Az eset még azért is érdekes, mert a központi idegrendszer melanomái rendesen diffusak, a circumscript alak igen ritka. (F, 93.)

Fedeles-Findeisen László dr.

A chronikus subduralis haematoma membránjának szövettani vizsgálatáról. *Snellman.* (Acta. Chir. Scand. 82. 2—3.) A részletes szövettani vizsgálat eredményét a következőkben foglalja össze: A külső és belső hártya trabecularis szerkezetet mutat, mely a meningothel sejtek formativ hatásától származik. A külső hártya typusos reactiv szövet képét mutatja, míg a belső hyperplastikus arachnoideának fogható fel. A fentiek alapján a haematomazsák növekedése nem tekinthető egyszerűen diffusiós folyamat eredményének, mint azt *Gardner* feltételezte, hanem sokkal bonyolultabb ennél. (F. 94.)

Fedeles-Findeisen László dr.

TÁBORIEGÉSZSÉGÜGY ÉS HADISEBÉSZET

Rovatvezető: *Lippay-Almássy Artur.*

A gázüszök. *Schlossberger* és *Starlinger.* (Ztschr f. Fortbild. 1940. 18.) Ahhoz, hogy háborús sebben gázüszök fejlődjék a megsebesült szervezet immunbiologiai gyengesége és különösen a végtagoknak (izom) roncsolással járó lövési sérülése szükséges, valamint akár sérülés, akár orvosi beavatkozás folytán csökkent vérellátás a sérülés helyén. A gázüszköt előidéző sokféle bakterium specifikus toxinja nem egységes, hanem úgy, mint a kígyóméreg esetében, számos mészrétegből áll, amelyek haematoxinok, cytotoxinok és olyanok, hogy az egész szervezetet megmérgezik. A gyógysavó csak akkor hatásos, ha valamennyi, a betegben keringő résztoxint tudjuk közömbösíteni. Erre vezethetők vissza azok a tapasztalatok is, amelyekre hivatkozva, egyes szerzők a forgalomban lévő polyvalens serumok hatástalanságáról írnak. Különösen a bac. perfringens az, amelynek különféle alakjai ismeretesek. A gázüszök előidézői a vér- és a nyirokkeringés útján, de kötőszöveti hasadékokban is terjednek. A gázüszök bakteriumaival minden harctéri sérülés esetén számolnunk kell. Nagyobb végtagroncsolást szenvedett sebesülteket lehetőleg 4—6 napig egy és ugyanazon orvos felügyelete alatt hagyjuk! A radicalis műtéti kezelés amputatióból áll, ha: 1. a vérellátás nagyobb verőér sérülese folytán akadályozott; 2. ha súlyos, szilánkos csonttörés keletkezett, vagy egy nagy izület szélesen megnyilt; 3. ha harcászati szempontból sürgős elszállítás szükséges; 4. ha a vérkeringés hamarosan nem javul, vagy utóvérzés következik be. A műtéti sebeket teljesen nyiltan kezeljük. Minden sebkitömés, (tamponálás) jóváthetetlen hiba. A gyógyulás szakában további veszélyekre legyünk figyelemmel, mint szívkimerülés, tüdőgyulladás, vagy -üszkösödés, thrombosis és embolia. Az activ immunisatio ma még kisérleti állapotban van. (L. 37.)

Lippay-Almássy Artur dr.

Vizsgálatok a vértároláshoz. *Autmaring* és *Roth.* (Klin. Wschr. 1940. 37.) A korszerű háborúban szükségelt vérátömlesztési lehetőségek megszervezése csak akkor lesz kielégítő, ha mind a friss, mind a tárolt vér átviteléről gondoskodunk. A tárolt vér felhasználása alkalmával mindenképen el kell kerülnünk azt, hogy a transfusiós trauma és hidegrázások következtében az amúgy is súlyos és collapsushoz közeli sebesültünknek ezzel a beavatkozással újabb sérülést okozunk. A különféle tárolási eljárások kritikai mérlegelésekor szükségünk van olyan teljesen megbízható eljárásra, amely csak azokat az ártalmas tényezőket emeli ki, amelyek a tárolás következményei. Erre a célra legjobbnak látszik az autotransfusiós módszer, mert ennél elmarad minden elsőleges véregyenlőtlenség. Mivel kimutatták azt, hogy akadozó vérvétel alkalmával a vér igen gyorsan oly elváltozásokat szenved, amelyek nemkívánatos reactiókat okoznak, különös gondot kell a vérvétel technikájára fordítani. Az általánosan szokásos vérvétel alkalmával a tökéletes sterilitásra nincsenek mindig tekintettel, mert a nyitott edénybe folyó vérbe a környezetből kórokozó csírák könnyen belekerülnek. A szerzők a fenti szempontok figyelembevételével 30 különféle betegen 5%-os natrium citrátoldatos tárolt vérrel autotransfusiót végeztek és az a véleményük, hogy a citrátos conserváló eljárás nem alkalmas a vér hosszabb tárolására. (L. 38.).

Lippay-Almássy Artur dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ottó József* és *Benedek Andor.*

Kórbonctani adalékok E. Kehrer: „Az újszülött koponyaűri vérzései" című monographiájához. *R. Beneke.* Marburg a. d. Lahn. (Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 120. 2.) Az újszülöttkori és csecsemőhalálozások igen tekintélyes hányada a szülés alatt különböző okok folytán elszenvedett koponyaüri sérülései (agyvérzés) rovására irandó. A kérdés népszaporodási szempontból igen fontos, ezért a szerző az intracranialis vérzések számos változatának tudományos feldolgozhatása érdekében szükségesnek tartja, hogy a halvaszülöttek és a később — szülés alatt elszenvedett sérülésre utaló tünetek mellett elhalt csecsemők kötelező boncolása törvény által szabályoztassék. A továbbiakban — igen részletesen — a kórbonctani vonatkozásokat tárgyalja meg. (O. 58.)

Rohonyi István dr.

A méhenkívüli terhesség a méhbelhártya szöveti magatartásában és a kaparék kórismézésében. *H. Willer.* Stettin. (Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 120. 2.) 161 méhkaparék szövettani vizsgálata alapján megállapitást nyert, hogy a méhenkívüli terhesség biztos kórismézése vagy biztos kizárása ilyen módon nem lehetséges. Szerző hosszasan és részletesen tárgyalja az elkülönitő kórisme nehézségeit. Az elváltozások összességét kell mindig tekintetbe venni s fontosak a klinikai adatok. (O. 59.)

Rohonyi István dr.

Kórbonctani elváltozások a hüvelyboltozat kraurosisa esetén. *Wenner.* (Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 1939. 119.) A hüvelyboltozati kraurosisnak *Lebhardt* által leírt kórképére jellemző a hüvely felső harmadának szűkülete, amelyet a hüvelyboltozat zsugorodása és falának gyulladása okoz. A betegség oka az elégtelen petefészekműködés. A baseli női klinikán 21 esetben észlelték e kórképet 27—68 éves nőkön,

leggyakrabban a praeklimakteriumban és klimakteriumban. A betegek panasza: folyás, esetleg vérzési rendellenesség és közösülési nehézségek. Szövettanilag jellemző a hüvelyboltozat fedőhámjának hiánya, a hüvelyfal gyulladása és kötőszövetburjánzás okozta megvastagodása. A hüvely alsó és középső szakasza teljesen ép és tágulékony marad. Tüszőhormonkezelésre a folyás, valamint az elégtelen petefészekműködéssel kapcsolatos panaszok hamar megszünnek. A hüvelyfal kötőszövetének túltengéséből eredő elváltozások részleges visszafejlődése csak igen nagy tüszőhormonadagoktól remélhető. (O. 60.)

Mauks Károly dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

Suprasellaris daganatok kórjelzése. *van der Hoeve.* (Ophthalm. 99. 5—6.) Legfontosabb a Foster—Kennedy-féle tünetegyüttes: azonosoldali látóidegbántalom (skotoma, majd sorvadás) túloldali pangásos papillával. Oka meningeoma, homloki lebeny tályogja, vagy daganata. E syndromán kívül jellegzetes, ha sorvadásos látóidegfőn pangás jelentkezik. A canalis opticus röntgenfelvétele elengedhetetlen; négy esetében a csatorna teteje ki volt marva. (G. 10.)

Grósz István dr.

Kétoldali hályogkivonás. *M. Houwer.* (Ophthalm. 99. 5—6.) 117 esetéből sikeres volt a műtét mindkétoldalt 99 alkalommal és egyoldalt 15 izben; 4 alkalommal egy, egy izben pedig mindkét szem elpusztult (utóbbi cukorbeteg!) Sem a binocularis kötés (korán ad rácsot), sem az esetleges szövődmény nem jelentenek igazi ellenérvet. A socialis argumentum Jávában a legnagyobb jelentőségű mind a beteg, mind a kórház szempontjából (egyszeri tartózkodás és költség.) (G. 102.)

Grósz István dr.

Subretinalis folyadék szakadásos ideghártyaleválásban. *Weve* és *Fischer.* (Ophthalm. 99. 5—6.) Friss esetben ez azonos az üvegtest hysteresise után nyert folyadékkal. Régen fennálló leválás esetén a folyadék *nehéz vízzel* kevert, mely eredetileg csak a pigmenthám-rétegben található ennek oka permeabilitásváltozás. Később fehérje is megjelenik. A változó sebességgel végbemenő vegyi változások érdekes kórjóslati jelentőséggel bírnak. (G. 103.)

Grósz István dr.

Járványos agyhártyagyulladás szemtünetei. *Lewis.* (Amer. Journ. Ophthalm. 1940. 5.) 350 beteg rendszeres vizsgálatáról számol be. 44%-ban volt valamilyen szemészeti tünet. Leggyakoribb (12%) a papillitis (perineuritis), míg a pangásos papilla igen ritka. Pupilla-anomália 6%-ban fordult elő. A legsúlyosabb szövődmény (6%) a metastatikus *endophthalmitis* (mikrophotogrammok). Serum, vagy antitoxin helyi alkalmazása (becseppentés, befecskendés a kötőhártya alá, vagy a szembe) semmi előnnyel nem jár. Leghatásosabb a meningococcus-antitoxin intravenás bevitele (10.000 E.) és emellett nagy adag sulfamid szájon át. Az intraspinalis serumbefecskendést elhagyták. E combinált kezelés a szövődmények számát csökkenti és a lefolyást gyorsítja. A pangásos papilla a gerinccsapolás végzésének gyakoriságát szabja meg. A szem rendszeres ellenőrzése meningitis epidemica folyamán nélkülözhetetlen. Az irodalom áttekintése. (l. O. H. 1937. 12.) (G. 104.)

Grósz István dr.

ORR-, TOROK-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

Tonsillektomia, mint gyors beavatkozás anginával járó agranulocytosis esetében. *O. Holsti, Y. Meurman* és *H. Virkkunen.* (Acta. Med. Scand. 1940. 3—5.) Szerzők négy angina agranulocyticában szenvedő betegen, akiken véleményük szerint a tonsillitis lehetett a heveny agranulocytosis kifejlődésének oka, mandulakiirtást végeztek. A betegek a műtétet jól tűrték és meggyógyultak. Az elért gyors klinikai és haematologiai eredmény a fentnevezett kór esetében új beavatkozások lehetőségét tárja elénk. Véleményük szerint a kiváló eredmény annak tulajdonítható, hogy a fertőző góc —, amely a leukocyták pusztulására vezetett — kiiktatódott. (A. 36.)

Manyák Ernő dr.

A Menière-féle betegség és más otogen eredetű fülzúgással és szédüléssel járó betegség kezelése vitaminnal. *Paul Morch.* (Acta Oto-laryng. 1939. 6.) Vitaminhiányban szenvedő betegeken nem ritkán fülzúgás és szédülés észlelhető, viszont füleredetű szédülés és fülzúgás esetében is gyakran találkozunk hypovitaminosissal. — Ebből kindulva szerző parenteralis vitaminkezelést végzett megfelelő beteganyagon. A vitaminokat (A és C) intramuscularisan adagolta megfelelő mennyiségben és egyenlő időközökben. Minden újabb dosis beadása előtt vizsgálat tárgyává tette az objectiv és subjectiv tünetek viselkedését. A kezelést addig végezte, amig ezen tünetek javultak, vagy pedig a vitamintúladagolás jelei mutatkoztak. A túladagolás tüneteinek elmúltával rendszerint a gyógyulás is bekövetkezett, amikor már szerző a vitaminmennyiséget továbbra csak peroralis adagolással tartotta fenn. Szerző eddigi eseteiben e kezeléssel a füleredetű szédülés és fülzúgás a legtöbb esetben megszünt, 4 betegének hallásélessége is nagymértékben javult. (A. 37.)

Manyák Ernő dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő.*

Neurofibromatosis és mellrák együttes előfordulása terhességben. *H. Charache.* (Arch. of Derm. and Syph. 1940—42. 2.) 30 éves nőbeteg esetét közli, kinek 14 éves kora óta voltak multiplex csomói a törzs bőrén. Menstruatio normalis. 23 éves korában ment férjhez, háromszor volt terhben, mindannyiszor kiviselte, 2 gyermeke néhány hónapos korában elhalt, egy jelenleg 5 éves, egészséges. A beteg jelen észleléskor három hónapos terhes. Klinikai kórjelzés: neurofibromatosis és mellrák áttétel a tüdőben. Hat heti kezelés után meghalt, nem boncolták. Ezzel az esettel kapcsolatban felemliti a szerző, hogy bár neurofibromatosis és terhesség összefüggéséről jelent meg néhány közlemény, ezek szövődését rákkal az irodalomban csak *Davis, Hanelin* és *Mouzareotis* közli egyetlen eset alapján. A terhesség befolyását rosszindulatú szövetburjánzásokra, már több izben megfigyelték. Neurofibromatosisban is a daganatok nagyság- és számbeli növekedésével a pigmentatio szembetűnőbb lett, a fájdalom növekedett, mely utóbbi a daganatok által a bőr-idegrostokra gyakorolt nyomás következménye. A terhesség befejeztével a csomók nagyság- és számbeli visszafejlődése jár együtt. A *Mc. Nally* közölte esetben 8 hónappal a terhesség befejezte után a bőrjelenségek 40%-kal csökkentek. Újabb terhesség pedig, — mint *Nishizaki* is közli —, a folyamat újabb fellobbanását okozhatja. (Sz. 88.)

Horváth Dénes dr.

Szokatlan serologiai reactiók terhesség alatt. *L. G. Jekel.* (Arch. of Dermat. and Syph. 1940. 42. 1.) Közli a következő esetet: 37 éves nőbeteg, megelőzőleg öt ízben szült és öt egészséges gyermeke van. A terhesség második hónapjában került észlelésre. Nőgyógyászati vizsgálat kórosat nem talált. Serologiai vizsgálat (Wa.- és Kahn.-r.) positiv eredményt adott. A vizsgálatot 9 nap múlva ugyanabban a laboratoriumban megismételték s az eredmény ugyanaz volt. 2½ hónap leforgása alatt még öt különböző megbízható laboratoriumban végeztek serologiai vizsgálatot több ízben is. A 2. sz.-ban Wa.- és Kahn-r. positiv volt. A 3. sz.-ban 3 ízben végeztek 6—6 napi időközökben vizsgálatot, az első kettő eredménye negativ, a harmadiké gyengén positiv. A 4. sz. laboratoriumban mindkét reactio positiv, az 5. sz.-ban az első vizsgálat negativ, a másodikban a Wa.-r. positiv, a Kahn-r. negativ. A 6. sz.-ban az antigen fertőzött és alkalmatlan volt. A betegnek antisyphilises kúrát ajánlottak, amit azonban visszautasított. Rendes időben szült, az újszülött 3400 g. súlyú leány, ki jól fejlődött. A megejtett serologiai vizsgálat az apán és újszülöttön negativ, az anyán két héttel a szülés után kétséges eredményt adott. (Sz. 89.)

Horváth Dénes dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Kinderheilkunde. Lehrbuch für Aerzte und Studenten. *Hamburger* és *Priesel.* (III. bővített kiadás. 607 oldal. Franz Deuticke kiadása, Wien 1940. Ára 24.—, ill., 26.40 RM.) Az újabban megjelent gyermekgyógyászati szakkönyvek között feltétlen előkelő hely illeti meg *Hamburger* könyvét. A lényegesen bővült 3. kiadásnak *Priesel* a társszerzője. Az általános rész symptomatologiai, diagnostikai és therapiai fejezetei a gyakorló orvos részére igen hasznos útmutatásokat és irányitásokat foglalnak világosan össze. A részletes részben a különböző betegségeket egyszerű, érthető, képet zavaró mellékkörülményektől mentes beállításban tárgyalják, ami a könyvnek épp úgy nagy előnye, mint a legújabb vizsgálati methodusok, a diagnostikai jelek és gyógyeljárások bő ismertetése. A csecsemők táplálkozási zavaraival foglalkozó fejezet értékes pathologiai irányvezetésben tartott összefoglalás, amelynek kissé egyoldalú beállítása nem válik ugyan a fejezet hátrányára, de a táplálkozási zavar fontosságát, valamint a könyv méreteit és célját tekintve feltétlen részletezőbb és bővebb tárgyalást érdemelnének azok a betegségek, amelyek a csecsemőbetegségek tömegét alkotják. Hasznos függelékei a könyvnek a mérgezések, valamint a gyógyszeradagolás ismertetése. A könyv nyomása és kiállítása kifogástalan.

Hainiss prof.

Pars pro toto. Ein Beitrag zur Pathologie menschlicher Affekte und Organfunktionen. *Rudolf Blitz.* (Georg Thieme Verlag Leipzig, 1940. 318 lap. Ára 13. RM.) Szerző szerint a természetben lelhető alaki és működési kapcsolatokban (Verzahnungen) a szerkesztés és teljesítmények rendszerét véli felismerni. Biologiai egységeket látunk összeilleszkedni. Még az egyes állati testben is a kapcsolatok elvét találjuk. A szervek együttműködése harmónikus, gondoljunk csak a belső elválasztás szerveire. Bárhová tekintünk egyezéseket látunk! A méh és a virág szerkezetünkben és teljesítményeikben egymáshoz illeszkedők, csak egyesülésükben találjuk meg az alkatuk és teljesítményük *értelmét.* A két fél ez esetben érintkezik, de lehetséges két távollévő közti kapcsolat (sensorielle Verzahnung) is. Igy a méh és a virág között szaglási kapcsolat is áll fenn, a virágillat messziről hat a méh érzékszerveire. Látási kapcsolat is észlelhető, a méh messziről veszi észre a neki megfelelő virág alakját is, aetherhullámok az összekötők. Az éjjeli lepkék hallószerve csak a denevérek vékony sipitását hallja, más hangot nem. Az emberi psychopathologiában és primitiv népeknek az emberi alaknak puszta képe, vagy neve magát az embert jelentheti, pars pro toto. Az álomkép és a valóság között elválaszthatatlan kapcsolat létesül, az álomkép kivetitett része a valóságnak, együttesen pedig teljes egészet alkot. A rész nemcsak azt jelenti, amiből ered és amit képvisel, hanem tulajdonképen ugyanaz. Ilyen „magikus" összefüggéseket lát szerző a fájdalomban, a bosszúban, az undorérzésben a gyomorneurosis kapcsán s más psychés jelenségek általa „magikus"-nak nevezett kapcsolatában. Természetes, hogy a schizophreniás gondolkodás sejunctiós kapcsolatainak is ebben látja a megfejtését. Biologiailag bölcselkedő eszmefuttatások sajátos beállításban.

Reuter prof.

A Közkórházi Orvostársulat október 2-i ülése.

Bemutatások:

Pázsith P.: *Fibroadaeniás lép repedése.* 11 éves fiúgyermek gyomorgörcsök, hányás miatt autóbuszról kiszállva elbotlik, hasra esik; balesete után 800 métert gyalogol. Kórházba szállításakor a jelentéktelen baleseti előzményt elhallgatja, anaemiája nem feltünő; hasi fájdalom, defense ileocoecalis tájon kifejezett. Műtét (baleset után 4 óra múlva) heveny féregnyújtványgyulladás kórismével indul. Hasüreg megnyitásakor előbuggyanó, nagytömegű friss vér eredete után kutatva derül ki, hogy a vérzés, alsó harmadán kettérepedt lépből származik. Lépkiirtás, vérátömlesztés után, gyógyulás 12 nap alatt. Szövettani lelet (*Zalka* prof.): fibroadaenia lienis; a repedés helyén a pulpában a kötőszövet felszaporodása igen kifejezett. A léprepedés tünettanát, kórismézésének nehézségeit, majd a spontan és traumás léprepedés közötti elmosódott átmenetet tárgyalja; a kóros lépelváltozást, mint hajlamosító tényezőt, ennek nagy jelentőségét és gyakori előfordulását (kb. 50%) hangsúlyozza.

Szymiczek A.: *Idült latens váltoláz esete.* 21 éves erőteljes férfi öt évvel ezelőtt malariás infectión esett át, amelyet — atypusos lévén — hasi hagymáznak tartottak. Azóta nagyobb testi leromlásokra néhány napig tartó magas lázzal reagál. Ezt a reactiót larvált malariás rohamnak kell felfogni: a conditionalis leromlás exogen factor, amely a latens malariát reactiválja. Minden esetben specifikus kezelés nélkül láztalanná vált, vagyis az ápolás következtében felerősödött szervezet a malariát ismét latenssé tette. A legutóbbi esetben bronchitis volt a kiváltó ok. Chininkezelés ezt az állapotot megszüntette.

Előadások:

Papp G.: *Csecsemőhőmérőzés egyszerű módja.* Nyugalmi állapotban és rövid hőmérővel („Cevilla") az összezárt csecsemőnyak alkalmas hőmérőzésre. Hónalji mérés esetén a hőmérőt hosszanti irányban a felkar alá helyezzük és a kart rugalmas szalaggal rögzitjük a törzshöz. A kis hőmérő alkalmas gyönge koraszülöttek szájhőmérőzésére is.

Szili J.: Igen alkalmasnak találja, különösen a kórházi gyakorlatban.

Plenczner S.: *Serdülőkorban észlelt Paladino—Kent-köteg esetek s változásaik.* A *Paladino* és *Kent* által anatomiailag állatokon észlelt járulékos ingervezetési köteg functiós jelentőségét csak az elektrokardiographiával lehetett megállapitani. Ez a jobb pitvarról a jobb kamrára lateralisan futó ingervezetési köteg a sinus-csomóban keletkezett ingert továbbíthatja a jobb kamrához, minthogy ez az út gyorsabb a normalisnál, az átvezetési idő 0.12 mp-nél rövidebb, s mivel az inger izomúton terjed át a jobb kamráról a balra, a kamracomplexus torzult lesz (hasonló a szárlaesióhoz). Az emberen észlelt ilyen görbéket a legkülönbözőbb módon igyekeztek megmagyarázni. Szerző esetei elemzése kapcsán ahhoz a magyarázathoz csatlakozik —, amelyet a legtöbb magyar és sok külföldi szerző is képvisel —, hogy az inger ezekben az esetekben oly kötegen halad, amely azonos a Paladino—Kent-köteggel. Boncolási bizonyíték erre még nincs. Öt esete és két új módszer alapján — a Schellong-diagramm, s *Zárday* tengelyelméletének gyakorlati alkalmazásával (axonometer-mérés) — oda concludál, hogy a P.—K.-complexus nem ingerképzési, hanem ingervezetési zavar következménye. Megterhelésre esetleg a normalis útra terelődik az ingervezetés. Úgylátszik, hogy a P.—K.-köteg idővel elsorvadhat; ilyenkor kezdődő szivelégtelenség mutatkozhat, melyben legfeltünőbbek az érzavarok (a beteg meleget nem tűr, paroxismalis-attakot kap, nem bír lépcsőn, hegyen menni, stb.; ájulási rohamok is előfordulnak). Ez is bizonyítja, hogy a P.—K.-köteg hajlamosít a paroxysmalis tachikardiára. Mivel sem munkakisérletre, sem atropinra a számszerű viszonyok nem változnak, a tünetcsoport, úgylátszik, nem csupán vagushatásra jön létre. Egy esetben, mikor a P.—K.-kötegre jellemző kép ú. n. Wenckebach-periódussal, valamint parcialis, helyenként totalis blokk-al keverődött, az látszik igazoltnak hogy a sinus-inger a pitvari izomzatban mindig a normalis lefutáshoz legközelebbi utat választja. Ha a His-nyalábon nehezen futhat le, a P.—K.-kötegben fut le és fordítva. Az eddigi igen könnyed megítélés helyett fentiek alapján az ilyen sziveket nem tekinthetjük ép s minden terhelés elviselésére alkalmas sziveknek.

Október 16-i ülés:

Előadások:

Csiky-Strauss Á.: *Az arteria epigastrica spontan szakadásáról.* A hasfalban spontan keletkező vérömlenynek és az ezzel sokszor együttjáró hasfali izomszakadásnak 150 esetét foglalta össze a svéd *Nilsson* 1932-ben, azután még 14 eset található az irodalomban. Az arteria és a musc. rectus abd. spontan szakadása legtöbbször súlyos fertőző betegségek után, elfajulás esetén, graviditás alatt és előrehaladott életkorban következik be és rendszerint az intraabdominalis folyamat tüneteit mutatja, miért is a legtöbb esetben csak a végzett laparotomia kapcsán derül ki a való. Egyik esetében a 30 éves férfin ileus tünetei miatt műtét, a bal alsó hasfalban gyermekfejnyi haematoma és izomszakadás; az izom szövetileg viaszos elfajulást mutatott, amelyet más fertőző betegség híján a két héttel azelőtti grippere vezet vissza, mint *Mc. Carty* és *B. Ray* amerikai sebeszek egy hasonló esetükben. Egy 63 éves, zsíroshasú nő esetében, bronchitis kapcsán hirtelen jelentkező erős köhögési roham okozta az arteria szakadását, a keletkezett vérömleny conservativ kezelésre eltűnt. Általában a műtéti beavatkozás indicatioja akkor áll elő, ha heveny anaemiának, avagy a hasüregbe másodlagos áttörésnek a veszélye fenyeget, vagy a haematoma suppurationak indult. A prognosis jó.

Simkurát M.: *Ileitis terminalis. Felsen* dysenteriás, *Fenster* és *Katlius* allergiás eredetűnek gondolja, *Giesbertz* beidegzési zavarral, *Meyenburg* lymphogranuloma inguinaleval hozza oki kapcsolatba. Szerző intestinalis influenza szövődményének véli, melyet a vírus a retrograd benatoló colon bakteriumflorájával együtt okoz. Az ileum végső 25—35 cm-nyi szakaszán az első időszakban heveny enteritis, a másodikban nyálkahártyafekélyek jelentkeznek és ezek gyógyulása folyamán a harmadik szakban bélszűkület. Ekkor a bélfal két-háromszorosára megvastagodik és a lumen nagymértékben megszűkül. Gyakran kialakul a negyedik időszak is: a sipolyképződés a szomszédos szervekben. Az elkülönítő kórismében kizárandók: appendicitis, colitis ulcerosa, bél-tbc., actinomykosis, lues, béldaganatok, lymphogranulomatosis. A kezdeti időszakban appendicitis diagnosissal rendszerint sebész elé kerül a beteg és a legtöbb esetben appendektomia történik. Később belgyógyász, mint colitis ulcerosát kezeli. A stenotikus szakban röntgenvizsgálattal a bélszűkület kimutatható és a rectum digitalis vizsgálatakor megtalálható a Douglasba ledomborodó, fájdalmas, mobilis resistentia. A negyedik szakban a sipolyokat a sugárgombabetegség sipolyaitól biztosan el lehet különíteni. A therapia sebészi.. Biztos gyógyulást csak a radicalis műtét, a bélresectio hoz. — *I. eset:* 30 éves férfibeteg kinek beteg ileumából sipoly tört be a hólyagba. Az első műtét után a hólyagsipoly begyógyult és a drainage helyén bélsársipoly maradt fenn. A következő ülésben ileo-transversostomia történt, mire a strecoralis fistula begyógyult. — *II. eset:* 47 éves nőbeteg, kiben az ileum 25 cm hosszú terminalis részén nagyfokú szűkület volt. A műtét az ileocoecalis bélszakasz kiirtásából állott. A beteg 10 nap alatt gyógyult.

Ádám L.: 12 esetet operált és ő ismertette Magyarországon e kórképet 1935-ben az Orvoskepzésben és a Sebésztársaság nagygyűlésén. Az első esetet 1930-ban operálta. 10 esete a vékonybél alsó szakaszára szorítkozott, 2 a coecumra, illetőleg a felhágó vastagbélre. Éppen ezért nem tartja helyesnek az „ileitis terminalis" elnevezést sem, hanem a „hegesedő bélgyulladás" elnevezést használta. Elfogadja *Crhon* megállapítását, hogy 4 különböző stadiumot lehet megkülönböztetni. Mind a korai (I.), mind a másik két stádiumban a beteg bél eltávolítását tartja az egyedüli célravezető útnak, ha már (IV. stadium) tályog és sipolyok kezdődnek, úgy e szakasz teljes kirekesztését ajánlja, mert az oldallagos enterocolostomia nem hozza meg a beteg rész nyugalmát.

Zalka Ő.: Az ileitis terminalis helyett az enteritis regionalis nevet helyesebbnek tartja. Az esetek kóroktanilag nem tisztázottak. A bél-influenza jelentőségét kérdésesnek tartja. Három esetet vizsgált; ezek közül kettő stenosist okozott, egy pedig három és fél hónapja tartó friss eset. Utóbbiban megállapítható, hogy a folyamat a megtámadott bélszakaszon multicentricus. Lényege a bélnyálkahártya ékalakú elhalása, amelyből sipolyjáratok indulnak ki a bélfalba. A lobos infiltratumban óriás-sejtek láthatók, de a szövet mégsem gümős jellegű. A bélelváltozásokat nem tartja másodlagos jellegüeknek, hanem önálló betegségnek.

Az Erzsébet Egyetem Tudományos Egyesülete Orvosi Szakosztályának október 28-i ülése.

Ujsághy P.: *Egyszerű módszer a liquor összes fehérjefractioinak és összes fehérjetartalmának quantitativ meghatározására.* A liquor pathologiás fehérjefractióinak (euglobulin, fibrinogen) meghatározására megfelelő quantitativ módszer nem ismeretes. Ezen hiányt pótlandó, a szerző egyszerű methodust dolgozott ki a liquor össze fehérjefractióinak meghatározására. A módszer a liquorban ammoniumsulfatos fractionálással kicsapott fehérje-zavarosság százalékos fényáteresztésének, ill. extinctiójának direct mérésén alapszik a Zeiss-Pulfrich photometeren.

Gagyi J.: *A diphtheria-bacillus virulentiájának csökkenéséről.* 10 könnyű és 3 súlyos torok-diphtheriás gyermek diphtheria törzseinek tengerimalac-virulentiáját, C-vitamin-érzékenységét és C-vitamin-károsító képességét vizsgálta meg a betegség lefolyása alatt több ízben. Azt tapasztalta, hogy a betegség gyógyulása alatt a diphtheria-bacillus virulentiájából, C-vitamin érzékenységéből és C-vitamin-károsító képességéből egyaránt veszít. Csökken a diphtheria-bacillus virulentiája akkor is, ha azt 4 óráig 3‰-es C-vitamin-Na-ban tartotta. Ebben az esetben nyúlvér-haemolysáló tulajdonsága is elveszett.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift, 43. sz. *G. Zaeper:* A légzés és a vérkeringés kölcsönhatásainak kérdései. — *H. Schumann* és *E. Klotzbücher:* Új májfunctiós próba. — *G. Budelmann* és *S. Kara-Eneff:* Az izomtonus viselkedése érvágás alkalmával. — *S. Fiala:* A serum és plasma congorubinszáma tüdőgümőkórban. — *H. J. Wolf* és *E. Seidel:* Élesztőkivonatok és adermin antianaemiás és antidermatikus hatása. — *H. Koizumi:* A keringési diagnostika egy új módszeréről magasfrequentiájú villanyos rezgések alkalmazásával. — *I. Nitzescu* és *M. Stan-Suciu:* Kobraméreg és C-vitamin. —

Deutsche Medizinische Wochenschrift, 44. sz. *Rietschel:* C-vitamin és klinikai tapasztalat. — *Müller:* Idegrendszeri szövődmények typhus védőoltások után. — *Heine:* Clorina—Heyden desinfectiós hatása a hypochloritoldatokkal összehasonlítva. — *Pein* és *Lüken:* Egyszerű vércukormeghatározási módszer a gyakorló orvos számára. — *Norpoth:* Böfögés és gyomorégés. — *Bugarski:* A granuloma annulare kóroktana és kórszármazása. — *Koeppler:* Az emlő körülírt daganatszerű lymphogranulomája. —

The Lancet, jun. 29. *R. Kark* és *A. W. Souter:* Synthetikus K-vitamin a hypoprothombinaemia kezelésében. — *A. J. C. Latchmore:* Gyomorfájdalom. — *R. Cruickshank* és *Clement Muir:* Levegőből származó streptococcus infectiók influenza után. — *A. Macdonald:* Sulfamethylthiazol experimentalis staphylococcus infectiókban. — *G. Day:* Vérsüllyedési index. —

British Medical Journal, jún. 29. *H. L. Marriott* és *A. Kekwich:* Anaemiában alkalmazott vértransfusio mennyisége és az adagolás sebessége. — *H. J. Brennan:* Plasmatransfusio vérzés kezelésében. — *C. P. Symonds:* Késői traumás eredetű intracerebralis vérzés. — *N. C. Lake:* Ana-

stomosis csövek colon resectiónál. — *E. Bell Jones:* Volkmann-féle ischaemia. — *L. W. Plewes:* Az arteria brachialis elzáródása és Volkmann-féle ischaemiás görcs. — *Júl. 13. szám: E. Spriggs:* Ulcus kezelése. — *A. Peklberg:* Háborús sebészi tapasztalatok. — *J. Trueta* és *J. M. Barnes:* Inficiált sebek immobilisatiója. — *H. F. Brewer, M. Maisels, J. O. Oliver* stb.: Transfusio friss és raktározott vérrel. — *J. C. Lyth:* Hypertonikus natriumsulfat gyakorlati alkalmazása. —

VEGYES HIREK

† Kollarits Jenő dr.,

egyet. rk. tanár, folyó hó 2-án, 71 éves korában elhunyt. *Kollarits Jenő,* mint kiváló ideggyógyász és psychologus volt ismeretes a szakirodalomban. *Jendrassik Ernő* prof. oldala mellől betegsége miatt Davosba került, hol évtizedeket töltött kiváló klimatologussá képezve ki magát. A háborús viszonyok hazakényszerítvén őt Mátrafüreden telepedett meg és lapunkban több szép cikke jelent meg a Mátra és a Bükk klimájáról. Halála veszteségé a magyar klimatologiának.

Nürnbergben az iskolás gyermekeknek filmelőadásokban mutatták be a diphtheria védőoltásokat s így elértek, hogy az oltások simán, a gyermekek minden vonakodása nélkül voltak elvégezhetők. Hat oltóhelyiségben 23.000 gyermeket oltottak be.

Olaszországban a háború időtartamára a még nem approbált orvosokat is alkalmazzák assistensi minőségben.

Romániában a német orvosi államvizsgát és orvosi diplomát a jövőben elismerik, azonkívül a német főiskolákon hallgatott szemesztereket is beszámítják. A bukaresti orvosszövetség azt javasolta, hogy a jövőben zsidó orvos csak zsidó beteget kezelhessen.

Egy angol hajón, mely Afrikából Londonderry-be (Írország) érkezett 5 sárgaságban szenvedő utas volt. A fertőzést a hajón szállított két majom okozta.

Orvosdoktorrá avattattak a pécsi Tudományegyetemen október 30-án: *Czentár Ilona Erzsébet, Horváth József, Berta Ferenc Károly, Nagy Jenő László, Ujváry Géza Sándor;* — *a budapesti Tudományegyetemen* november 4-én: *Bodrogi Lajos Gusztáv, Hemmerlein György, Jurkovich János László, Kaposi Károly Rezső, Kovács Győző Károly, Mathiász Oszkár József, Mihályi Mihály, Róna István, Tseppen Magdolna Etelka, Wéber István Pályi Elemér.* Üdvözöljük az új Kartársakat!

Gárdonyi József, szig. orvos, akinek karszorító eszközét annakidején ismertettük, arachnoiditis adhaesiva cystica következtében orvosi munka végzésére alkalmatlanná vált. Felhívjuk olvasóink nb. figyelmét az Apponyi-tér 1. sz. alatti trafikra, (Weszely és Tsa műszerészi cég mellett), amelynek Gárdonyi József társtulajdonosa lett.

A naunyn-kúra formájában végrehajtott ivókúra gyulladásos elváltozásokat gyógyító hyperoemiát hoz létre. Hogy emellett az ilyen célokra használt vizeknek hashajtó hatásuk is van, csak előnyös, mert az epebetegek egy része, többé-kevésbbé obstipál. Ebből következik, hogy a naunyn-kúrának karlsbadi vízzel, vagy Karlsbadban való tartásától egyáltalán nem függ az ivókúra sikere. Mi az ivókurát rendszerint négyszeresre higított Mira glaubersós gyógyvízzel szoktuk végezni. (*Rosenthal,* Orvosképzés, 1927. évf.)

HETIREND

Hétfőn, 11-én, 7 ó.: a Budapesti Orvosi Kör ülése: *Hajós K.:* Az allergiás betegségek gyógyulási lehetőségei.

Kedden, 12-én, 6 ó.: a Magyar Gyermekorvosok Társaságának ülése: *Lángné, Weinhandl E.:* Kecsketej-anaemia; *Lukács J.:* Hand—Schüller—Christian-féle betegség, vagy myeloma?; *Petényi G.:* Artificialis pubertas praecox; *Voltay B.:* Medobis-mergezések; *Gerloczy F.:* Cysta ovarii 8 éves gyermekben.

Kedden, 12-én, 7 ó.: a Budapesti Orvosi Kaszinó ülése: *Hasenfeld A.:* A szívkoszorúerek thrombosisának megelőzési lehetőségeiről és therapiájáról.

Kedden, 12-én, 1/28 ó.: a Magyar Kath. Orvosok Szent Lukács Egyesületének ülése: *Hudyma E.:* Theodor Schwann, a sejtelmélet megalapítója, mint hitvalló.

Csütörtökön, 14-én, 6 ó.: a Debreceni Orvosegyesület ülése: Elnöki megnyitó. *Székely A.:* 1. Koponyaüregi lymphogranulomatosis; 2. Heine-Medin-kórt utánzó kétoldali plexus brachialis-bénulás; 3. Traumás neurosis hátterében meghúzódó lappangó malaria és paralysis progressiva. — *Santha K.:* 1. Paradox oldalkamra-teiődés agydaganat esetében; 2. Klinikailag érthetetlen asymmetriás pangásos papilla boncfani magyarázata. — Előtte 1/26 ó.: választmanyi ülés.

Pénteken, 15-én, 6 ó.: a Budapesti Kir. Orvosegyesület ülése: Előadás: *Stanojévic L.* (Belgrád): Az emlékezőtehetség fogyatkozása — elmekortani megvilágításban — különös tekintettel az aggkori elmegyengeségre.

Kedden, 19-én 1/27 ó.: a Bp. Kir. Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztályának ülése: Elnöki megnyitó. Indítvány a Bp. Kir. Orvosegyesület Orr-, Gégegyógyászati, valamint Otologiai Szakosztályának egyesítése tárgyában. *v. Tátrallyay (Wein) Z.:* Torokból eltávolított nyálmirigy-daganat. *Lénárt Z.:* Operatióval meggyógyított rhinophyma. *Zoltán I.:* Nehezen korismezhető gegerákformák.

Syntestrin, a Richter-féle oestrogen hormon hatású synthetikus készítmény, amely a biologiai és klinikai vizsgálatok szerint hatásában a természetes tüszőhormonnal minden tekintetben megegyezik. Chemiai összetételére nézve 4, 4'-diproprionyl-oxy-alfa-beta-diaethylstilben, amelynek 1 mg-ja kb. 10.000 int. egység tüszőhormon activitásának felel meg. Indicatiói a csökkent petefészekmüködés okozta genitalis és extragenitalis betegségek, tehát a-, oligo-, hypomenorrhoea, dysmenorrhoea, climaxos zavarok, továbbá ovarialis eredetű bőrbetegségek. *Syntestrin* adagolásának alapelvei megegyeznek a tüszőhormonéval. Különböző erősségű ampullák, tabletták, kúpok és kenőcs alakjában kerül forgalomban.

84. évfolyam. 46. szám. Budapest, 1940 november 16.

ORVOSI HETILAP

Szenkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26. IV. em.
Telefon: 345-113.
Ingyenes liftfelhasználat.
(Kérje a portástól.)

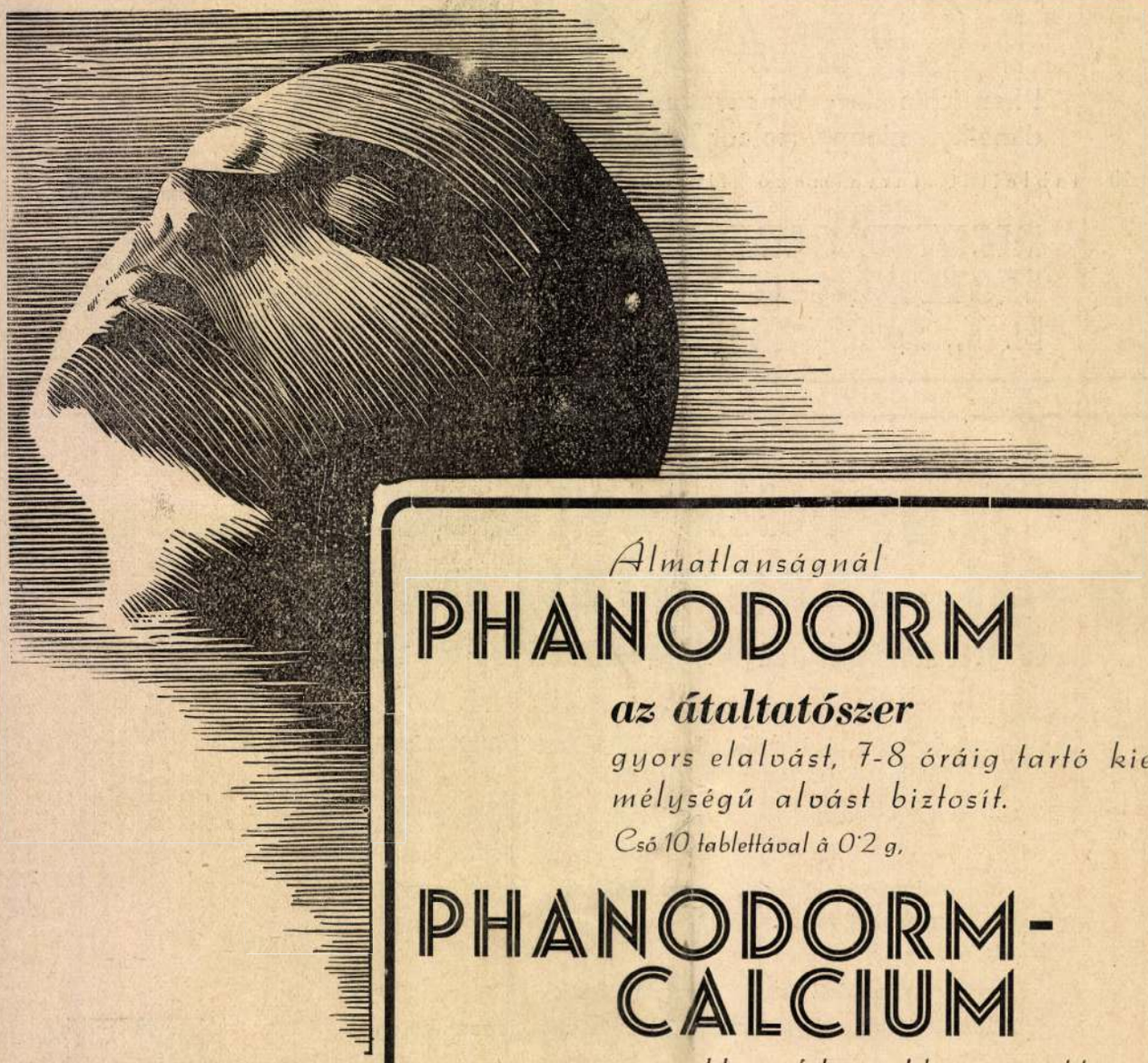
MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámlánk javára. *Jugoszláviában* az Avala bármely kirendeltségénél az „O. H. számlájára". *Romániában: Borsos Béla dr.* Arad, Str. G. Gringorescu 5. *Slovákiában: Eleőd Solt,* O. H. Dunabank, Bratislava. *Egyéb külföldről:* az előfizetést levélben küldött dollár-chequeben kérjük a kiadóhivatalba.

Előfizetési díj: az **„Orvosi Hetilap"**-ra az **„Orvostudományi közlemények"**-kel együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 350 dinár, 1000 lei, egyéb külföldre 6 dollár, vagy a belföldi díjak + portóköltség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyedévre negyede, egy hóra 2.50 P. A **„Magyar Orvosi Archivum"** egész évre 10 P., 70 slk., 100 dinár, 400 lei, 2 dollár.



84. évfolyam 46. szám. Budapest, 1940. november 16.

ORVOSI HETILAP

Alapitotta: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

TARTALOM:

Érczy László: A járványos agyhártyalob kezelése a gerinccsatorna átmosásával. (585—587. oldal.)
Bründlmeier István: Sulfapyridin-kőképződés a húgyutakban. (587—588. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (93—96. oldal.)
Irodalmi szemle: (588—590. oldal.)
Könyvismertetés: (590—591. oldal.)
Sz.: A szegedi Horthy Miklós Tudományegyetem megnyitása. (591—592. oldal.)
Lapszemle: (592. oldal.)
Vegyes hírek. Hetirend: (592—594. oldal és a borítólap III. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A székesfővárosi Szent László közkórház közleménye. (Osztályvezető főorvos: Kalocsay Kálmán egyet. magántanár.)

A járványos agyhártyalob kezelése a gerinccsatorna átmosásával.

Irta: *Érczy László dr.*

Domagk felfedezése, a prontosil, s a különböző sulfamid készítmények új korszakot jelentenek a genykeltő coccusok előidézte betegségek köztük a meningitis epidemica kezelésében. *Dimson* volt az első, aki megállapította, hogy a sulfamid s a sulfapyridin a meningococcusokra biologiailag hat s így a meningitis oki kezelésére alkalmas. Szájon át azonban gyógyító hatást csak azoktól a sulfamid-készítményektől várhatunk, amelyek keresztülmennek a vérliquorrekeszen. Fontos megfigyelései vannak erre vonatkozóan *Vonkennel*-nek és *Schmidt*-nek: a prontosil és a sulfamidok pyridinszármazékai átmennek a vérliquor-rekeszen, míg az uliron és a hozzá hasonló készítmények nem, s így ez utóbbiaknak, mint azt *Schäfer* megállapította, nincs is a meningitisre hatásuk. Áthatolnak még a rekeszen a sulfathiazol-készítmények is.

A sulfapyridin átmenetével a liquorba behatóan foglalkozott *Säker Gerhard* s ott 2—3 mg-%-os concentratiót talált. *Hobson* és *Mc. Quaide* ennél jóval nagyobb (10 mg-%-os:) concentratiót is észleltek. *Jauerneck* és *Gueffroy* bőséges prontosil-szedetés után a vérben 6.55 mg-%-ot találtak legnagyobb értékül, míg a liquorban a concentratio az első napon 0.75, a másodikon pedig 1.73 mg-%-os volt. Igen érdekesek *Kasahara* és *Tamuri* kísérletei: ha nyulaknak testsúlykilogrammonként 2 ccm 2.5%-os prontosil-oldatot adtak venába s ezután 30 perccel liquort vettek a cisternából, ép agyhártyák esetén csak nyomokban találtak benne prontosilt; ha azonban előzetesen meningitist idéztek elő mesterségesen, 0.374—1.14 mg%-nyit sikerült kimutatniok. *De Pay* szerint a vegyi gyógyszerek átmenetele a liquorba annak fehérje-, nevezetesen globulin-tartalmától függ: minél nagyobb a liquor globulin-tartalma, annál nagyobb a gyógyszertartalma is. Ez mindenesetre igen kedvező körülmény a therapia szempontjából.

A fenti kísérleti megállapításoknak teljesen megfelelnek a különböző sulfamid-készítményekkel elért gyógyeredmények is. Legkisebb hatásúnak bizonyult az uliron és a hasonló vegyületek: *Fröhlich* betegeinek halálozása albuciddal és serummal 30% volt. A prontosil sem adott jobb eredményeket: *Säker* 55%-os, *Cumerer* 32%-os, *Hoppe* 20.5%-os halálozásról számol be. Leghatásosabbnak látszanak a sulfapyridin és a sulfathiazol. Igy, hogy csak a legnagyobb anyagon szerzett tapasztalatokat említsük: *Bryont* és *Fairmann* dagennel és eubasinnal kezelt betegei közül (168 eset) 5%-nyit vesztett el, *Sommer* (142 eset) sulfapyridin-nel 10.2%, *Telegdi* (43 eset) ultraseptyllel 7.3, illetve a haldokolva beszállítottakkal együt 15.5% halálozást észlelt. *Molitor* (75 eset) az ultraseptylt csak 6.8%-ban találta hatástalannak.

Serum-kezelés mellett a meningitis epidemica halálozása a különböző statisztikákban 30—70% között mozog s így bár e betegségben, amelynek lefolyása szeszélyes és a genius epidemicusa igen különböző lehet, csak igen óvatosan lehet valamely gyógyeljárás hatásosságára következtetni, fenti kedvező eredmények után alig lehet kétséges, hogy e készítmények fajlagos hatásúak.

Az a körülmény azonban, hogy e szereket szájon át adjuk, nem egyszer hátránnyal jár. Egyrészt a súlyos eszméletlen betegnek a gyógyszer beadása nehéz s a szert sokszor ki is hányja, másrészt a felszívódás időveszteséget jelent: *Koczó* vizsgálatai szerint az ultraseptyl a vérben csak a harmadik napon éri el maximalis értékét s a liquorban, — mint *Jauerneck* és *Gueffroy* megállapította — csak két nap mulva növekedik jelentékenyen a concentratio. Ez az időveszteség főként a rohamos lefolyású és az elkésett esetekben sokszor pótolhatatlan és éppen ezekre az esetekre esik a halálozások legnagyobb része. Feltehetjük tehát, hogy a gyógyszer célszerűbb bevitelével az eredményeket még inkább javíthatjuk.

A meningitis kezelésében a fajlagos kezelésen kivül fontos szerepe van a gerinccsatorna rendszeres csapolásának, amellyel egyrészt szüntetjük a fokozott agynyomást, másrészt eltávolítjuk a fertőző anyagok nagy részét, s végül akadályozzuk a liquor nagyfokú besűrűsödését. Az egyszerű gerinccsapolást nem mondhatjuk azonban tökéletes eljárásnak. Egyrészt a gerinccsatornát nem tudjuk ily módon kielégítően megtisztítani, másrészt a liquor-nyomás gyors változtatása meglehetősen megviseli a beteget s vérzéseket idézhet elő a lenövések durva leválasztásával, sőt egymagában is.

Lenhartz alkalmazta először a gerinccsatorna rendszeres átmosását a gerinccsapolás helyett. *Künzel* 1939-ben beszámolt 9 meningitises beteg kezeléséről, akiknek a gerinccsatornáját steril Rigner-oldattal mosta át oly módon, hogy egyidejüleg cisterna- és gerinccsapolást végzett s a cisternába addig adott konyhasó-oldatot, amig az a gerincpunctiós tűn tisztán nem jött vissza. A mosás befejeztével ezután 20—40 ccm immunlósavót fecskendezett be a cisternába. Kellemetlen mellékhatást egy esetben sem látott, betegei mind meggyógyultak.

Eseteinkben először mi is a Lenhartz-Künzel-féle átmosásokat alkalmaztuk élettani sósvízzel. Csakhamar azonban felhasználtuk ezt az eljárást a gyógyszer célszerűbb bevitelére is és mosófolyadékul egyenesen a gyógyszer steril-oldatát használtuk: 0.08%-os steril sulfanilylaminopyridin-oldatot, vagy Ringer-oldattal higitott 10%-os sulfathiazol-oldatot.

Ilymódon a legtökéletesebben elérhetjük mindkét fentemlített célt:

1. A gyógyszert minden időveszteség nélkül eljuttathatjuk a koponyaüreg minden zugába, sokkal inkább, mintha gerinccsapolással visszük be: ilyenkor ugyanis csak a cisternáig jut fel, de sohasem éri el a cortexet; ellenben a cisternásan adott folyadék mindig elér a cortexig is. Erre vonatkozóan állatkísérleteket is végeztünk: híg congo-oldatot fecskendeztünk cisternába s befecskendezés után az állatot azonnal leöltük s felboncoltuk. Megállapítottuk: amikor a gerinctűn megjelenik a festékes mosóoldat, már az agykamrák, az agyalap s valamennyi cysterna vörösre festődött. *Maigraith* és *Volum* megállapítása szerint a sulfapyridin már 1:60.000 higitásban képes a coccusok fejlődését gátolni; ezzel a módszerrel pedig sokkal nagyobb concentratiót tudunk a liquorban egycsapásra elérni s így nemcsak a fejlődés gátlását, hanem a coccusok elölését is remélhetjük.

2. Tökéletesen elérhetjük a gerinccsatorna megtisztítását, a fertőzött anyag eltávolítását; a meningitises genyes liquort ugyanis csaknem teljes egészében eltávolítjuk és gyógyszeres oldattal helyettesítjük.

A csapolásokat ülőhelyzetben végeztük. A cisternacsapoláshoz majd a közvetlen, majd a közvetett módszert alkalmaztuk, az eseteknek megfelelően. Amikor a membrana atlantooccipitalis átszúrását kis zökkenés alakjában megérezzük, a csapoló tű végére illesztett fecskendőt óvatosan meghúzzuk, s a liquor rendszerint megjelenik. A megszivást nem szabad hirtelen nagy erővel végezni, mert akkor agysejteket szívhatunk le, másrészt az esetleges összenövések vagy gyulladásos, szakadékony erek elszakadása akár halálos vérzést okozhat. A cisterna-csapolást természetesen csak nyugodt betegen hajthatjuk végre; nyugtalan beteget előbb el kell altatni. Altatni kell akkor is, ha a beteg nyaka tulságosan feszes és hátraszegett. Ha a liquort genyesnek találjuk, a cisterna-csapolással egyidejűleg elvégezzük a gerinccsapolást is a szokásos Quincke-féle tűvel. A kettős szúrcsapoláson először óvatosan levegőt fújunk keresztül, hogy a liquor teljesen kiürüljön, s ha az átfúvás már könnyen megy, akkor kezdjük a gerinccsatorna átmosását. Ennek befejeztével a beteget laposra fektetjük, s ha szükség van rá, fájdalomcsillapító kúpot adunk.

A kettős csapolás, ha a kellő óvintézkedéseket megtartjuk, sohasem okoz kellemetlen melléktünetet, sőt kiméletesebb eljárás, mint a nagy nyomásingadozásokkal járó gerinci folyadékbevitel.

Összesen 43 beteget öblitettünk át ilyen módon. A legtöbbet 0.08%-os sulfaypridin-oldattal (35). A 43 beteg közül kettőt vesztettünk el (4.65%). Halálozási százalékunk elbírálásakor azonban azt is figyelembe kell venni, hogy enyhébb esetekben az átmosást nem alkalmaztuk, statistikánk tehát csakis az átlagosnál súlyosabb, eszméletzavarral, sűrű, genyes liquórral járó eseteket foglalja magába. Az elvesztett két beteg közül az egyik 12 éves leányka, kinek csak néhány nappal előbb zajlott le arcorbánca s teljesen leromlott szervezettel került osztályunkra. Felvételkor még a meningealis tünetek mellett arcvízenyője is volt. A beteg egyébként septikus benyomását kelti, amit megerősítem látszik a bal könyök és bal csipőizület duzzanata és fájdalmas volta is. A gerinccsatorna átöblítése után átmeneti javulás áll be, azonban a betegségének 14. napján kiújulás támad és a beteg meghal. Boncoláskor hydrokephalust és rossz szívet találunk. Másik esetünkben egy 31 éves férfi állítólag hetek óta beteg és már néhány napja öntudatlan. Gerinccsapoláskor darabos, sűrű liquort kapunk. Kétszeri átmosás után állapota javul, láztalanná válik és bakteriologiailag negativ a liquora. Egy heti láztalanság után azonban recidiával és néhány nap mulva meghal. Boncoláskor ugyancsak rossz szívet és hydrakephalust találunk az agyhártyák csekély genyesedésével.

Szembeötlő a betegség klinikai lefolyására is a gyógyszeres átmosások hatása.

Camerer 25 esete közül 5-ben észlelte a láz megszünését nyolc napon belül és a betegek rohamos gyógyulását; 12 esetben a gyógyulás igen elhuzódó volt; szerinte a betegség tartama prontosil-kezeléssel átlagosan 15 nap. *Telegdi* eseteiben 11 nap volt az átlagos gyógyulási tartam ultraseptyl szájon át való adagolásakor. Sulfapyridin hig oldatával átmosott 35 esetünk közül viszont 30 esetben a javulás oly gyorsan következett be, hogy a betegek a hatodik napon felkeltek: az átlagos gyógyulási időtartamot 6.7 napnak találtuk. Ismételjük, hogy átmosással csak a súlyosnak mutatkozó eseteket kezeltük.

A kórjóslás szempontjából általában kedvezőtlen jelnek tekintik az eszmélet zavartságát. A sulfapyridinnel átmosott 35 eset közül 25-ben volt vagy teljes öntudatlanság (14), vagy az eszmélet nagyobb zavartsága (11). Észleléseink szerint a szájon át alkalmazott sulfapyridinre legtöbbször 2—3 napig, de lagalább 24 óráig eltart, amíg az eszmélet feltisztul. Átmosás után viszont 35 eset közül 28-ban a feltisztulás legfeljebb 12 óra múlva bekövetkezett, vagyis félnappal korábban mint a legkedvezőbb lefolyású szájon át kezelt esetekben. Rohamos lefolyású meningitisben ez a csekélynek látszó 12 órai előny igen nagy nyereség lehet s esetleg a beteg sorsát is eldönti.

Mint ismeretes, a meningitis láz-typusa nem jellemző. *Hasselbach* szerint mindenfajta lázalak előfordul. *Ibrahim* szerint gyakori a láz állandó hullámzása. Eseteinkben a láz legtöbbször nagy volt, még könnyű esetekben is; akadtak azonban súlyos esetek láztalan, vagy legfeljebb subfebrilis hőmérséklettel. A láz az átmosás után csaknem szabályszerűen lezuhant s egy-két kivétellel azontúl a beteg láztalan is maradt.

A láztalanság beálltával, rohamosan fejlődtek vissza a meningealis tünetek is. A tarkó merevsége 1—3 nap alatt megszűnt, vagy legalább is tetemesen megenyhült.

Ami a liquorleletet illeti, az első csapoláskor massiv genyes liquort kaptunk s benne minden esetben ki lehetett mutatni a meningococcusokat. A Pándy-próba természetesen erősen positiv volt, a liquorcukor erősen csökkent, vagy teljesen eltűnt. A második csapoláskor a kezelés hatására a liquor már legfeljebb megtört volt; genysejtek még voltak benne, de kórokozót találni már nem lehetett. A cukor fokozatosan emelkedni kezdett,

még aránylag a Pándy-próba maradt meg legtovább: körülbelül egy hét szükséges, hogy negativvá váljék.

Az átmosások számát illetően azt mondhatjuk, hogy igen sokszor egyetlen átmosás is elegendő s egy kivétellel egyszer sem végeztük háromszornál többször Ebben az egy esetben recidiva miatt hatszor kellett a gerinccsatornát átmosnunk.

Sulfathiazollal öt beteget mostunk át. Közülük kettő volt a felvételkor öntudatlan; eszméletük két nap alatt tisztult fel.

Ringer-oldattal három beteget öblitettünk át; ezek a gyógyszert szájon át kapták. Kettő volt közülük erősen zavart; zavartságuk oldódása három napig tartott. Gyógyulási idejük valamivel hosszabb volt, mint azoké, ahol a gyógyszert egyenesen a cisternába vittük átmosással kapcsolatban.

Természetesen a gerinccsatornába bevitt aránylag csekély mennyiségű gyógyszer nem elegendő: minthogy általános betegségről van szó, gondoskodunk kell az egész szervezet telítéséről, másrészt a liquor-concentratio fenntartását is támogatnunk kell szájon át. E célból a betegeknek 4 napon át 3x2 tabletta sulfapyridinszármazékot vagy sulfathiazolt adagoltunk szájon át. Ilyen adagok mellett kellemetlen mellékhatást sohasem tapasztaltunk.

Gyógysavót a betegeinknek egyáltalán nem adtunk, de egyes igen súlyos, reménytelennek látszó esetben, ahol minden lehetségeset meg akartunk kísérelni, alkalmaztunk reconvalescens-savót is érbe, vagy egyenesen a gerinccsatornába, továbbá transfusiokat, amelyekről *Camerer* azt írja, hogy egymagukban a meningitis gyógyítására hatástalanok és végül különösen agyvelőgyulladásos tünetek esetén a lázkezelést.

A fajlagos orvoslás mellett nem szabad megfeledkezni az általános kezelésről sem. Nagy gondot kell fordítani a beteg étrendjére. Az első napokban célszerű kevés folyadékot adni, hogy a vízelettel minél kevesebb gyógyszer távozzék. Bőven adjunk vitaminokat (A, B_1, és C), gondoskodjunk a fájdalomcsillapításról és a keringés fenntartásáról.

Összefoglalás: súlyos meningitis-esetekben a gerinccsatorna átmosását alkalmaztuk sulfapyrindin-, illetve sulfathyazol-oldattal, egyidejüleg cisterna- és gerincsapolást végezve. A gyógyszeroldatot a cisternába fecskendeztük be és a gerinccsapoló tűn bocsájtottuk ki. 43 súlyos esetből kettő halt meg (4.65%). Az eszméletzavar legtöbbször már 12 óra múlva megszűnt, a liquor rohamosan feltisztult. Enyhe esetekben átmosást nem végeztünk. Az eljárás, amely kellemetlen mellékhatással nem jár, sőt kiméletesebb, mint a gerinccsapolás kapcsán a gerinccsatornába folyadék befecskendezése. Ez a kezelési mód egyesíti magában a legcélszerűbb s leggyorsabb gyógyszerbevitelt és a gerinccsatorna legtökéletesebb szádlását. Hatásosságát mutatja a halálozási százalék csekély volta, amelynek értékét növeli, hogy válogatott, átlagosnál súlyosabb esetekre vonatkozik.

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

Sulfapyridin-kőképződés a húgyutakban.

Irta: *Bründlmeier István dr.* alorvos.

Chemotherápiánk a sulfapyridinnel igen értékes szerrel gyarapodott. Főleg pneumo- strepto- és gonococcusos betegségek ellen igen nagy sikerrel alkalmazzák, azonban ahhoz, hogy tényleg jó eredményt érjünk el vele, a tapasztalat szerint meglehetősen nagy adagokban és hosszú ideig kell adni. Mérgező hatást általában nem tapasztaltak, a vérképzőrendszernek nem árt, methaemoglobin-képződést a vérben nem találtak, mint ami a vele rokon p-aminobenzolsulfamid használatakor nem ritka. Azonban amerikai szerzők közül, kiknek igen nagy anyagon vannak bővebben szerzett tapasztalataik, többen számoltak be ártalmakról, melyek a sulfapyridinnek a vizeletben való kicsapódása s így kőképződés által keletkeztek.

Kórházunkban több mint 200 betegünket kezeltük sulfapyridinnel. *Két esetben mi is észleltünk kőképződést.* A kő egyik betegünktől magától távozott, másikban a boncolás (*Erdélyi Márta dr.*) derítette ki a vesemedencében a köveket.

Betegeink rövid kórrajza:

Négy hónapos fiucsecsemőt 1940 május 2-án vettük fel. A kórelőzmény szerint családi terheltség nincs, rendes szülés, születési súly 3000 g. Másfél hónapig szopott. Egy izben már feküdt osztályunkon tüdőgyulladással. Hosszabb ideje köhög, lázas, behozatala előtt eklampsiás rohama volt. Állapota felvételkor: gyengén fejlett és táplált csecsemő, testsúlya 5200 g. Bőre halvány, szederjes nyálkahártyák, csökkent turgor és tonus. Angolkóros, torka lobos. Tüdők felett érdes légzés, hurutos zörejek. Eszmélete zavart. Paracentezisra mindkét füléből geny ürül. 24 órai teáztatás után női tejet adunk 10 szer 10 g mennyiségben, melyet fokozatosan emelünk, majd ½ tej rizsnyákkal vegyesen, naponta 100 g-mal 700 g-ig adjuk. Mellette teát is kap. Széklete jó, naponta 3—4-szer hány egy keveset. Ismételt súlyesések miatt többször kapott cukros Ringeres infusiót. Harmadik napon láza 39 fokra emelkedik, jobb oldalt gócos tüdőgyulladása kezdődik, melyet a röntgen is mutat. *Sulfathiazolt* rendelünk 2 szer ½ tablettát, majd 4 óránként ¼ tablettát, 3 napon át *összesen 2—⅛ g mennyiséget.* Három nap mulva láza csökken, tüdőlelete javul, de füle még folyik és ismételten felszökken a láz, úgy hogy a második hét elején kétoldali fülműtétet végzünk. A 3 hét végén az ápolónő követ lát kinyomulni a húgycső nyilásán, és azt kézzel eltávolítja. *A kő babnyi, lehegyezett végűl, hosszúkás és sárgaszínű.* Ezután a vizeletben a fehérje opaleskál, az üledékben 1—1 vörös, 5—6 fehérvérsejt, később vizelete mindig tiszta. A csecsemő egy héttel a műtét után láztalan, súlyban szépen gyarapodott és a 8. héten egészségesen távozott.

Második betegünket 1940 április 2-án vettük fel, 3 hónapos leánycsecsemő. Családi terheltség nem fordul elő. Rendes időre, 3000 g-mal született. Másfél hónapig szopott, azóta nem fejlődik. 3 hét óta hasmenése van, sokat hány. Közepesen fejlett, gyenge tápláltságú, súlya 3700 g. Angolkóros. Torka belövelt. *Széke híg, nyálkás, 2—3-szor van nanaponta és 4—5 esetben hány.* Növekvő adagban női tejet adunk. 600 g-ig melyet 800 g-ig teával egészítünk ki és súlyeséskor Ringeres cukros infusiót adunk. 4 nap mulva lázas lesz, tüdejében hurutos zörejek hallhatók, kétoldali paracentesis után genyes fülfolyás indul meg. Sulfapyridint adunk 2-szer ½ tablettát, majd 4 óránként ¼ tablettát, 36 órán át *összesen 1 és ½ g mennyiséget.* A láz 24 óra mulva leesik, a fülfolyás megáll. Súlyában egy ideig áll, majd ismételt vérátömlesztés ellenére súlyzuhanások következnek be. Újra fülfolyás indul, törzsén és vállán tályogok képződnek, láza 38 C° körüli. Sulfamidot adunk 3-szor ½ tablettát 5 napon át, ezután láza csökken, de állapota nem javul, mindig több tályog képződik, hátán pedig gyermektenyérnyi decubitus. Ismételten kap *sulfamidot* 5 napig, *összmennyiségben 22 és ½ tablettát 9 g-ot.* A transfusiók, a női tejtáplálás hatástalan, a 7. héten meghal. *Mindkét vesekehelyben 5—5 szürkés kölesnyi követ találunk.*

A vegyvizsgálat a kövekben első esetben sulfathiasolt a második esetben sulfapyridint és sulfamidot talált. Mielőtt rátérnék a kőképződéssel kapcsolatos megállapításainkra, röviden közlöm néhány amerikai szerző beszámolóját is.

Carrol, Shea és *Pike* számolnak be egy esetről, 42 éves tüdőlobban szenvedő férfi, ki 4 óránként kapott 1 g sulfapyridint, a 4. napon vért vizelt nagy hasgörcs közben. Következő napon már csak tiszta vér ürült intravenásan bevitt folyadék ellenére. Cystoskopiát végeztek: a hólyagban és ureter-szájadékokban szabálytalan, fehér, lágy tömegben találtak, melyet meleg destillált vízzel sikerült kimosni, hasonlóképen távolították el ez anyagot az ureterekből és vesekelyhekből. A rtg. nem mutatott árnyékot. Megemlítik *Tsao* esetét: egy gyermeken a húgycsövet elzáró kristálytömeg halálos anuriát okozott.

Plummer és *Mc Lellan* 323 sulfapyridinnel kezelt eset közül 3-ban talált nitrogen-retentiót, 4-ben haematuriát, kimutatható kövek nélkül és 2 esetben kőképződést. Az egyik, egy 40 éves asszony, endocarditise miatt kapott *sulfapyridint,* 6 szor 1 g-ot naponta *összesen 555* g-ot. Halála előtt 8 nappal mutatkozott vér a vizeletében. A boncolás alkalmával az egyik vesekehelyben 0.5 cm átmérőjű éles csipkés követ találtak. A másik, egy 46 éves férfi, tüdőlob miatt kapott sulfapyridint, 4 óránként 1 g-ot. *11 g szedése* után jelentkeztek hasi fájdalmak és haematuria. A cystoskopia megmutatta a sulfapyridin-kristálytömeget az ureter szájadékában, melyet ureter-katheterrel sikerült kimosni. A pyelographia negativ kőárnyékot mutatott.

Stryker egy 5 hónapos csecsemő veséjének szöveti vizsgálatáról számol be. A csecsemő pneumococcusos agyhártyagyulladás miatt kapott összesen 44.2 g sulfapyridint. A boncolás alkalmával erősen megnagyobbodott veséket találtak, a vesemedencében kistömegű homokot, mely az ureterek hólyagbeszájadzásánál is fellelhető volt. A veséből készült metszetek mikroskop alatt a kéregállomány tubulusait tágultaknak mutatták, míg a pyramisok tubulusain csak itt-ott volt tágulat, a glomerulusok összenyomottnak látszottak. A tágult tubulusokban nagymennyiségű basophil és eosinophil anyag volt található, mely a kivezető tubulusokat is elzárta. Ez az anyag változó szerkezetű volt, élesszélű basophil-kristályok és amorph-, basophil-törmelék, valamint homogen eosinophil-tárcsaalakú testek, melyek azonban néha basophil-anyaggal keveredettnek látszottak.

Brown megállapítja, hogy azoknak vizelete, akik a sulfapyridint gyorsan dolgozzák fel, kristályokat tartalmaz, míg azok, akik lassan dolgozzák fel a sulfapyridint, nagy adag mellett sem választ ki vizeletük kristályokat. A vizelet vegyi hatásának a kőképződésre befolyása nincs. 50 beteg közül 8 volt olygudiás, 1 lett anuriás, 2-ön észlelt haematuriát. Röntgennel kőárnyékot kimutatni nem tudott.

Mi általában kisebb sulfapyridin-adagokkal dolgoztunk, mint arról már részletesen beszámoltam. Ez a két csecsemő is aránylag kis adagokat kapott, mégis létrejött a sulfapyridinnek kicsapódása a húgyutakban. Ezért mi is azt a felfogást valljuk, mint *Brown:* hogy a kristályképződés a sulfapyridinnek vizeletben concentratiójától függ. A nagy töménység pedig vagy a gyors kiválasztódás folytán jön létre, vagy pedig, amint ez súlyos beteg csecsemőkön könnyen előfordul, a felvett folyadékmennyiséget nagyrészt kihányják, a híg székletekkel is fokozódik a folyadékleadás és a vizelet igen concentrált lesz, a parenterális folyadékbevitel pedig nem elég ahhoz, hogy a vizeletet kellőkép felhigítsa.

Kőképződés esetén nem mindenkor találunk vért a vizeletben, csak akkor, ha a kövek megsértik a húgyutak falát. Mindenesetre szükséges sulfapyridin adásakor a vizelet állandó ellenőrzése, vér megjelenése esetén pedik a szer azonnali abbahagyása. Anuria és uraemiás tünetek megjelenése sulfapyridin-adagolás közben úgyszólván biztos tünetei kő jelenlétének, ilyen esetben legcélszerűbb cystoskopiát végeznünk, hólyagmosást alkalmaznunk, ureter-kathetert vezetünk fel és meleg vízzel átöblítjük a vesemedencéket, míg a kövek fel nem oldódnak. Legtöbb esetben a mosás célravezet, mert nagyobb concrementumok ritkán fordulnak elő, inkább kisebb kövek vagy homokszerű anyag zárja el az uretereket.

Röntgennel a köveket kimutatni nem lehet, legfeljebb nagyobb kő esetén kaphatunk pyelographia segélyével negativ kőárnyékot.

Bár a sulfapyridin-kőképződés életveszedelemmel is járhat, jó hatása miatt a szer alkalmazását elhagynunk nem lehet, de mindenesetre fokozottabban kell figyelmünket ez irányban is kiterjesztenünk s elsősorban gyakori vizeletvizsgálatot kell végeznünk és ami legfontosabb, gondoskodnunk kell bő folyadékbevitelről.

Összefoglalás: Két csecsemőn sulfathiazol, illetőleg sulfapyridin adagolása mellett kő képződött. Az egyik gyógyult esetben 2—⅛ g után, önként távozott a kő a húgycsövön át. A másik halálosan végződöttben 1 és ½ g sufapyridin és 9 g sulfamid mellett a boncolás a vesemedencékben 10 követ fedezett fel. A vegyvizsgálat megerősítette, hogy a kövek az adagolt vegyszerekből állanak. Bár törekedtünk elegendő folyadékot adni, mégis valószínű, hogy különösen a második esetben a folyadék felvétele a gyermek étvágytalansága, hányása és hasmenése miatt kevés volt és hozzájárult a kőképződéshez.

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET

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

A hydronephrosis conservativ műtéti kezeléséről. *Petrén.* (Acta Chir. Scand. 82. 2—3.) Mérsékelt súlyos tünetekkel, midőn az ureter kilépési helye a vesemedencéből nincsen nagy fokban elváltozva a szerző ajánlja az ureteropyeloanastomosis elvégzését. 3 betegén végezte eddig és azóta 2—5 év telt el, a betegek panaszmentesek és urographiával a kitágult vesemedence összehúzódása jól kimutatható volt. A kiürülés teljesen normalis. (F. 95.)

Fedeles-Findeisen László dr.

A gerincvelő daganatainak műtétéről. *Ingebrigsten* és *Leegaard.* (Acta Chir. Scand. 82. 2—3.) Szerzők az utóbbi 4 évben 24 intraspinalis gerincagydaganatot operáltak, 6 cervicalis, 12 dorsalis és 6 lumbalis elhelyezésű volt. A daganatot 17 esetben teljesen, 4 esetben részben sikerült eltávolítani, 3 beteg inoperabilis volt; 2-őt vesztettek el. 21 beteget sikerült utánvizsgálni, ezek közül időközben intercurrens betegségben meghalt 3. Az életbenmaradtak közül panaszmentes volt 13, ezek munkaképesek is voltak. Munkaképtelen volt 3, fokozatosan munkaképtelenné válóban volt 2 beteg. A legtöbb daganat meningeoma volt. (F. 96.)

Fedeles-Findeisen László dr.

Az oldalsó agykamrák meningeomáiról. *Busch.* (Acta Chir. Scand. 82. 2—3.) Szerző e meglehetősen ritka kórképből öt saját esetét ismerteti. Mind az öt beteg műtétre került és sikerült daganatukat eltávolítani, egy beteg halt meg. A diagnosis műtét előtt nehezen állítható fel és az irodalomban eddig közölt esetekben sem volt praeoperativ diagnosis felállítható. A ventriculographia az, amely még

leginkább megkönnyíti a kórismézést. Intermittáló blockad, kisfokú nagyagy-haemispherium tünetekkel a gyanút felkeltheti oldalkamra meningeomára. Sebészi szempontból hálás területnek mondható és a prognonis is jó műtét után. (F. 97.)

Fedeles-Findeisen László dr.

A gerincvelődaganatok kórismézéséről gázmyelographia segélyével. *Lindgren.* (Acta Chir. Scand. 82. 2—3.) A gerincvelődaganatok kórismézésére a lipiodol myelographia helyett a szerző, a gázmyelographia végzését ajánlja. Az általa szerkesztett gép segítségével Lysholm-asztalon oxygent vezet be és ilymódon a daganat magassága is jól láthatóvá válik. 14 esetben alkalmazta eddig és ezek egy kivételével igen pontos eredményt adtak, melyet a később elvégzett műtét mindenben igazolt. A levegővel történő myelographia fájdalmasabb. A fentiek alapján eljárását ajánlja a lipiodol myelographia helyett. (F. 98.)

Fedeles-Findeisen László dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ottó József* és *Benedek Andor.*

Anaerob streptococcusok tuboovarialis tályogokban. *Altemeier.* (Amer. Journ. Obst. Gyn. 1940. 1038.) A tuboovarialis tályogok tartalma az irodalmi adatok szerint az esetek több, mint felében csírtalan. Szerző 25 vizsgált esete közül 22-ben anaerob streptococcusokat tudott kitenyészteni a tuboovarialis tályogok tartalmából. Az eredményes kitenyésztés fontos követelménye, hogy a vizsgálati anyag azonnal leoltassék, mind aerob, mind anaerob táptalajokra, továbbá a tenyészetek hosszabb időn keresztül megfigyeltessenek. Az anaerob kórokozók forrása a hüvely és a nyakcsatorna. A tuboovarialis tályogokba vagy felszálló módon, vagy a szomszédos szervekből jutnak az anaerob streptococcusok. (O. 61).

Kriszt József dr.

Kisérletes vizsgálatok a tüszőhormon fájáskeltő hatására vonatkozólag. *Sievers* és *Schenz.* (Zbl. f. Gyn. 1940. 36.) Ismerteti az irodalom eddigi adatait, majd saját kisérleteit, melyekben castralt nyulaknak 6 héttel a castratio után 100—300 E tüszőhormont adott intravenásan és a reactiokészséget pituglandol adagolása által, a hüvelybe helyezett registratorral ellenőrizte és görbékben értékeltette. A vizsgálatokból kiderült, hogy tüszőhormón egyszeri befecskendezése egymagában nem elegendő fájások, illetőleg hüvelyösszehúzódások kiváltására. Ellenben, ha egy bizonyos idő alatt az állat több ízben kapott tüszőhormont és hosszabb idő múltával fájáskeltőt, úgy erélyes összehúzódások keletkeztek. Kisérleteiből azt a következtetést vonja le, hogy a tüszőhormon érzékenyebbé teszi a méhet fájáskeltők számára. Azonban, hogy ez a hatás érvényesüljön, időre van szükség, mivel az eredmény csak akkor észlelhető, ha a hormon hatására az izomzat növekedésnek indult. A tüszőhormonnak közvetlen fájáskeltő hatása kisérleteiben kimutatható nem volt. (O. 62.)

Thaisz Kálmán dr.

A „haematovesica" kezelése és lefolyása. *Ottow.* (Zbl. f. Gyn. 1940. 28.) Észlelt esete: 23 é. I. P. Episiotomia, üregi fogóműtét. Az episiotomiás sebben szőlőfürtszerű varix-köteg. A gyermekágy első két napján a beteg sápadt, csuklik, hányingere van, a has puffadt, érzékeny. A symphysis felett a bordaívig terjedő resistentia. A hólyagtájra gyakorolt nyomáskor véres vizelet ürül. Hólyagrepedés gyanúja miatt hasmetszés. A hasürben vér nincs. Hassebzárás. Sectio alta. A hólyagból kb. 2 liter vér és vizelet ürül. A vérzés helyét nem találták. Állandó katheter. A később végzett cystoskopia sem fedte fel a vérzés helyét. Szerző a vérzés okául varixrepedést tételez fel, minthogy az episiotomiás sebben is kiterjedt varixhálózat foglalt helyet. (O. 63.)

Hufnagl Kálmán dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

Iridocyclitis kóroktana. *Mc. Menemey.* (Brit Szemésztárs. Munkálatai. 59. II.). Szerző az aetiologia tisztázásához szükséges laboratoriumi vizsgálatokat tekinti át. *Syphilis:* a flocculatiós próba később válik positivvá, mint a Wa.-r., de tovább is marad positiv. Serumban Meinicke—Klärung II.-t, liquorban Müller conglobatiós próbát használja. Az ú. n. gyors eljárások nem helyettesítik a kicsapódásos reactioktól kisért Wa.-r.-t — *Kankó:* a complementkötési próba a vér antigenjéről ad felvilágosítást. Előbb azonban prostatamassage feltétlenül elvégzendő, mert gyakran találni genysejtet és gonococcust a váladékban negativ serologiai lelet mellett („nyilt" eset). — *Tbc.:* a Meinicke-reactio a serumban inkább prognostikai értékkel bír. Gyermeken a „patchtest" bevált és az intracutant helyettesíti. A vérsejtsüllyedés szintén prognostikai értékű. — *Cukorbaj:* a vércukor gyakran elengedhetetlen, esetleg terheléssel (görbe). — *Köszvény:* normalis vérhúgysav nem zár ki köszvényt, másrészt sok állapot jár magas értékkel (arthritis, leukaemia, stb.). — *Gócfertőzés:* a kitenyésztés gyakran sikertelen. A vérkép néha felvilágosítást nyújt (neutrophilia leukocytosis nélkül). A *sarcoidosis (Boeck)*, mely számos tünettel jár (lépmegnagyobbodás, bőr-, tüdő-, csontjelenségek, Mikulitz- és Heerfordt-syndroma), kórjelzését nagyban megkönnyíti a beteg nyirokmirigy szövettani vizsgálata: óriássejtek, de lymphocyta beszűrődés, sajtosodás és gümőbacillusok nélkül: histiocytaer sinus-reticulosis. Vérben mérsékelt mononucleosis és másodlagos vérszegénység, plasmaglobulin absolut és viszonylagos megszaporodása. (G. 105.)

Grósz István dr.

A periphlebitis retinae kóreredetéhez. *Schmidt.* (Graefes Arch. 142. 1.) A periphlebitis retinae kóreredetével, amióta azt *Marchesani* thrombangitis obliterans kifejezőjének tartotta, számos szerző foglalkozott. Szerző további 8 esete a szerzők nagyrészével egybehangzóan a betegség tuberculotikus eredetét bizonyítja. A 8 eset közül 6-ban periphlebitis retinaen kívül tüdőtuberculosis volt megállapítható. Öt esetben kétségtelen volt a phthisis míg egy esetben a mandulák szövettani vizsgálata biztosította a tüdőfolyamat specifikus voltát. Thrombangitis obliterans a betegeken a legnagyobb valószínűséggel kizárható volt. További két esetben a boncolás súlyos nyirokmirigytuberculosist derített ki, az egyik esetben májtuberculosist, egy másikban a hosszantartó betegség jeléül amyloidosist észlelt. E nyolc eset tehát azt bizonyítja, hogy a periphlebitis retinae oka leggyakrabban tuberculosis. (G. 110.)

Radnót Magda dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

A burgonya, mint csecsemő- és kisgyermekek tapláleka. *Bayer.* (Dtsch. Med. Wschr. 1940. 26.) A nyers burgonya alma és banán helyett jól használható, bizonyos körülmények között pedig azoknál többet is ér. Kalóriaértéke, fehérje- és vitamintartalma miatt ajánlja használatát. (K. 109).

Romhányi József dr.

D-vitaminlökésről. *Holtz.* (Dscth. Med. Wschr. 1940. 25.) Annak tisztázására, hogy a csecsemőkori spasmophylia rachitisen, vagy pedig a mellékpajzsmirigy hypofunctióján alapszik, spasmophiliás csecsemők egy részét D_2-vitaminlökéssel, egy másik részét pedig D-vitaminmentes, besugárzott ergosterinnel kezelte. Vizsgálatai azt mutatták, hogy a D_2-vitaminlökéssel kezeltek mind meggyógyultak, míg a többiek változatlanok maradtak. Felhívja a figyelmet a D_2-vitaminlökéssel végzett teljesen veszélytelen rachitis-prophylaxisra, mely csupán néhány esetben szorul megismétlésre, 6—9 hónap után. (K. 108.)

ifj. Szlávik Ferenc dr.

Recehártya és látóideggyulladás, mint védhimlőoltás következménye. *Braun.* (Dtsch. Med. Wschr. 1940. 19.) Az elváltozások egy 10 hónapos csecsemőn jelentkeztek. A megejtett lumbalpunctio enyhe enkephalitis jeleit mutatta. A recehártyán magán granulomaszerű képződmények keletkeztek, melyek az idegelemek desctructióját és a gliaszövet pusztulását okozták. Ugyancsak súlyos sérülést mutatott a látóideg is. (K. 107.)

Wirth József dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő.*

A bőr xanthelasmatosisairól. *M. K. Polano.* (Arch. f Derm. 181. 2.) 44 xanthelasma-esetet dolgozott fel klinikai, szövettani és chemiai szempontból. Eseteit öt csoportra osztotta: 1. xanthoma tuberosum multiplex, 11-szer fordult elő és jellegzetes sárgás-barna borsónyi, diónyi daganatokat képezett, a traumáknak leginkább kitett helyeken, mint könyök, térd, stb. A vérben cholesterin, P. lipoid és az összes zsír mennyisége emelkedett és egymás közti arányuk is gyakran kórosan eltolódott. A szövettani képben a habos sejtek jellemzőek. Létrejöttében a szövetek lipoidophiliáját is fel kell tételeznünk a vér lipoid-tartalmának emelkedésén kívül. A kezelésben zsírszegény, állati cholesterinmentes diaetát és thyreoidea adagolását javalja; 2. xanthelasma disseminatum lencsényi-borsónyi daganatai rendszertelenül vannak a bőrben elszórva; szövettanilag kifejezett gyulladásos területeket találunk; a zsír lipoidtartalma normalis, cutan lipoid granulomatosisnak kell tartanunk. Hatásos gyógymódja ismeretlen. 3. Xanthelasma naeviforme néhány solitaer, lapos, sárgás-barna kb. 2 cm átmérőig terjedő, veleszületett, vagy röviddel a születés után jelentkező daganatot alkot. Szövettanilag fibromaszerű szerkezetet találunk lipoid-lerakódással. A vér lipoidtartalma rendes és a daganatoknak nagy hajlama van arra, hogy maguktól felszívódjanak. 4. Xanthelasma urticatum az urticaria pigmentosára hasonlít, de pigment-felhalmozódást és hízó sejteket nem találunk csak lipoid-szemcsékkel telt phagocytákat. A zsír lipoidtartalma itt is rendes. 5. A leggyakoribb tagja a xanthelasmáknak idősebb egyének szemhéján észlelhető. Kialakulásukban helybeli tényezőket kell elsősorban felvenni, mert a vér absolut és relativ lipoid-tartalma rendszerint rendes. Gyakran találjuk a vérnyomás emelkedését. (Sz. 89.)

ifj. Nékám Lajos dr.

Nagy adagú arsenotherapia korai syphilisben az „intravenás cseppentő eljárás" segítségével. *G. Baehr, L. Chagrin* és munkatársaik. (Arch. of Derm. and Syph. 1940. 42. 239—284.) A munkálatok elméleti a *Hirschfeld* és társai által kisérleti állatokon tett megfigyelés, hogy gyors intravenás befecskendezések shokot váltanak ki (speed shock). További feltevésük az volt, hogy különböző anyagok intravenás befecskendezését követő zavarok nem annyira az anyagok sajátságos hatásának, mint inkább a speed shoknak tulajdonítható (nitritoid krisis, anaphylaktoid reactiók, stb.) és kimutatták, hogy a speed shok megelőzhető, ha a befecskendezés nem haladja meg a 3 ccm/perc sebességet, továbbá ezen sebességgel erősen toxikus anyagok hatalmas mennyiségét lehet a szervezetbe vinni. A fentiek alapján friss syphilisben szenvedő betegeiken egy ízben 5 napon keresztül napi 10—12 órán át folyamatosan tartó arsenobenzol 5% dextroseinfusiót végeztek alkarvisszérbe. Kezdetben összesen 4 g. neoarsphenamint, majd midőn egy halálos enkephalitis eset következett be, összesen 1.2 g. marpharsent infundáltak. Ezen utóbbi készítménnyel a nagy számban történt alkalmazás ellenére a toxikus tünetek elenyészőek voltak. Más kezelésben a betegek nem részesültek. — 15. neoarsphenaminnal kezelt betegük közül 6 év után seronegativ volt 13, kétes: 1. seropositiv ugyancsak 1. 78 szintén neoarsphenaminnal kezelt eset közül két év után seronegativ volt 71, seropositiv 4, kétes reactiót adott 3. A mapharsennal kezelt esetek is jó eredményt adtak, csak még túl rövid megfigyelési időre vonatkoznak. Szövődmények a következő arányban fordultak elő: 111 neoarsphenamin-esetből 1 kapott dermatitist, 4 ikterust, 39 neuritist, 2 cerebralis tüneteket; 288 mapharsen esetből 2 kapott ikterust, 5 neuritist és 3 cerebralis tüneteket. Szerzők szerint a legsúlyosabb szövődmények arányszáma nem haladja meg a szokásos kezelés mellett keletkezőket. A szerzők részletes adatokat szolgáltatnak serologiai, egyéb laboratoriumi, stb. vizsgálatokról. (Sz. 90.)

Emődi György dr.

UROLOGIA

Rovatvezető: *Babits Antal.*

Cystitis emphysematosa. *H. Lund.* (J. of Urol. 1939. nov.) E kórkép mindig magas vércukor mellett észlelhető. A vizelet azonban cukormentes lehet. a gázképződést a colibacillus okozza, a keletkezett gáz széndioxyd, ami a félmilliméter átmérőjű, könnyen megrepedő hólyagokban foglal helyet. Röntgenképen jellemző a hólyag conturjának fénylő szegélyezettsége. Kórelőzményben szerepel a beteg panasza, hogy a vizelettel légbuborékok távoznak. Gyógyulás hólyagkezelésre, belső fertőtlenítőkre és antidiabetikus étrendre következik be. (B. 16.)

Molnár Jenő dr.

Diodrast subcutan alkalmazása gyermekeken pyelographia céljából. *R. Nebsit.* (Journ. of Urol. 1939. nov.) Gyermekek i. v. pyelographiáját akadályozza a kivitel körülményessége és az oldat töménységének, mennyiségének megválasztása. Subcutan adagolásra a diodrastot (iopyracylperabrodyl) találták alkalmasnak; ezen eljárás egyszerűbb és a célnak megfelel. 20 ccm 35%-os diodrastot 80 ccm konyhasóoldattal higítanak s ezt az oldatot mindkét scapula fölé két részre osztva befecskendezik. Az oldat 15—60 perc múlva teljesen felszívódik és közben már 10—20—30 perccel a beadás után röntgenfelvétel végezhető a szokásos előkészítés mellett. A gyermekek jól tűrik, általános, vagy helybeli tünet nem fordul elő. (B. 17.)

Molnár Jenő dr.

A hypernephromák korai kórismézéséről. *L. Wharton.* (Journ. of Urol. 1939. nov.) A hypernephromák korai diagnosisa nehéz. A kórismézés alkalmával az összes klinikai adatokat igen gondosan kell mérlegelni. Ha már gyanú van, leghelyesebb eljárás a feltárás. Műtét előtti röntgenbesugárzás bizonytalan esetben helytelen, mert megzavarja a különben sem tiszta képet. A kicsi hypernephromák könnyen összetéveszthetők a röntgenkép alapján jóindulatú cystákkal. Ilyenkor sem származik kár abból, ha azt feltárással tisztázzuk. A lumbalis feltárást jobbnak tartja a transperitonealisnál. Több esete közül egyben nem volt tiszta képe s tumorgyanú miatt kivette a vesét, de abban csak két árnyékot nem adó kövecskét talál, amik a haematuriát és a beteg egyéb panaszait okozták. (Jó szakorvos és tökéletes urologiai kivizsgálás mellett alig fordulhat elő a szerző leírta durva tévedés. A magyar urologiai iskola eljárása ilyenkor az, hogy a feltárt vesén nephrotomiát végzünk s akkor nem kerül sor a vese indokolatlan eltávolítására. *Rovatvezető.)* (B. 18.)

Molnár Jenő dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Verhandlung der deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung. (XIII. Tagung, T. Steinkopf, 1940. Ára: 7.50 RM.) Idei összejövetelének főtémája a légzés és a vérkeringés egymásra hatása volt. *R. Wagner* innsbrucki physiologus nagyon tanulságos referatumban e nagy tárgykörnek inkább csak egy részével, a tüdőbeli vérkeringés jellemző sajátságaival foglalkozott behatóan. Ellentétben a nagy vérkörrel a keringést a tüdőben a nutritiv reflexek nem szabályozzák és a vasomotoros idegeknek jelentősége is csekély. Saját vizsgálatai szerint a belégzés fokozza az akadályt a kis vérkörben és ezért növekedik a nyomás a pulmonalisban és a jobb kamrában. Belégzéskor ugyanis a tüdőben a legkisebb erek megnyúlnak és egyúttal szűkülnek és radiusuk 4. hatványának megfelelően ellenkező irányban kell változnia a nyomásnak a pulmonalisban, hogy a percvolumen változatlan maradjon. Ez a nagyobb nyomás nyit meg a tüdőben hajszálereket, számuk 15-szörösre is emelkedhet. Ezen a mechanikai berendezésen alapul főképen a percvolumennek és a gázcsere felületének correlatiója, ez a mechanikai berendezés tölti be a tüdőben a vasomotorok szerepét. *Brauer* a kérdés klinikáját referálta. Ismertette a respiratiós és a cardialis insufficientia jellemző sajátságait

továbbá a környéki keringés hibáján és a központok csökkent érzékenységén alapuló tünetcsoportokat. A referatumokat követő előadások nagy része a főthema érdekes kiegészítése volt: *Koch* a chemoreceptorokról, *Herbst* a légzés hatásáról a percvolumenre, *Budelmann* a szívbajosok nehézlégzésének mechanikai componenséről, *Weitz* a légzés hatásáról a vérkeringésre beszélt.

Herzog prof.

Klinische Krebsprobleme. *Juraj Körbler.* (J. F. Lehmanns Verlag, München-Berlin. 90 oldal. Ára: 2.10, ill. 2.85 RM.) A szorgalmas és ismert nevű délszláv rákkutató és klinikus egészen rövid és egyéni szinezetű történelmi áttekintés után könyvének első fejezetében a rák öröklődéséről és ragályosságáról alkotott nézeteit vázolja; ez utóbbi lehetőség fennforgását nem tartja kizártnak. A könyv második fejezete az általános dispositiót tárgyalja, különösen az emlőrákkal kapcsolatban. A harmadik fejezet az ébrényi keletkezési okokról szól; a kétoldali részaránytos daganat több érdekes példáját mutatja be. A bőrrákok keletkezésének szentelt rész összefoglalásaként úgy véli, hogy bizonyos, a bőrben felhalmozódó anyagok fény által kiváltott fluorescentiája szerepet játszik a bőrrákok keletkezésében. A trauma és daganatok viszonyát vázolva nem látja bizonyítottnak azt, hogy a különböző természetű sérülések valóban kiválthatnák álképletek fejlődését. A rák és talajviszonyok kapcsolatát főleg saját, Zágrábban tett megfigyelései alapján ismerteti; az észlelt rákos zónák, szigetek és házak nem a talaj különböző tulajdonságaira vezethetők vissza, hanem a lakosság különböző sűrűségére és különböző korszerinti megoszlására. A rákgyógyítás eredményeinek megítéléséről szólva figyelmeztet, hogy e tekintetben nagyon nagy óvatosság szükséges és felsorolja mindazokat a tényezőket, amelyeket okvetlenül szem előtt kell mindenkinek tartania, aki ezen problemával foglalkozik. A könyv nagyszámú irodalmi adatra és a szerző saját nagy beteganyagán tett gondos és tervszerű megfigyeléseire támaszkodva tárgyalja a fent felsorolt egyes rákproblemákat.

Putnoky Gyula.

Manuel de Psychotherapié pratiqué. *A. Austregesilo.* (Masson et Cie, Paris, 1940. 208 oldal. Ára fűzve: 1.15 dollár). *Austregesilo* braziliai ideggyógyász-professor könyve kitűnő gyakorlati útmutató a psychotherapia útvesztőjében. Minden során megérezzük az élettel közvetlen érintkezés termékenyítő hatását és hogy a *kitűnő szemű kritikus* józan kritikával mérlegelt adatait egyéni tapasztalatokból szűrte le. A könyv első fejezetében a tudat, tudatalattiság és tudatnélküliség különbségeit fejtegeti, helyesen utalva arra, hogy ezek a megkülönböztetések szinte kulcsot adnak bizonyos psychobathologiai tünetekhez és megkönnyítik a therapiás tájékozódást. Elméleti állásfoglalása mentes minden túlzástól. Egész könyvén átvonul az emelkedetten gondolkodó igaz orvos segíteniakarása, aki át van hatva attól, hogy a psychoneurosisokat *elsősorban* a psychotherapia fegyvereivel kell gyógyítani. Minden egyéb gyógykezelés másodrendű feladat. A lelki gyógykezelés legfőbb elve: semmit nem szabad erőszakos kézzel, sietve csinálni. Szerző egyenként tárgyalja a különböző módszereket: a Dubois-, Bernheim-iskolák, továbbá *P. E. Lewy, Dechamps* és mások által annyira kiemelt „akaratnevelést", a persuatiót a suggestiót, autosuggestiót és a psychoanalysist. Hangsúlyozza, hogy a klinikusoknak nem szabad kizárólag valamelyik psychotherapiás iskola tanait követni, hanem esetenkint szigorúan egyénítve kell módszereit alkalmazni. *Austregesilo* általában „kevert módszer"-t: suggestiv persuatiót, suggestiót és lelki analysist alkalmaz. A lélek orvosának magatartása legyen baráti, de nem bensőséges, soha ne tréfáljon a betegség felett és őrizze meg méltóságát. A phobiákkal szemben, (amelyeknek tökéletes felsorolását nyújtja 207 phobia összeállításával) — szerző bizonyos fokig híve az iterativ módszernek, amelynek lényege: erőszakkal szembefordulni a cselekvéssel, amelytől fél a beteg és azt következetesen megismételni; ezenkívül itt is igen fontosnak tartja a beteg reeducatióját. A könyv különös érdeme, hogy tapasztalatokban gazdag, klinikus professor éles kritikájával megírt műve, továbbá, hogy stilusa áttetszően világos, fogalmazása művészien leegyszerűsített. A kitűnő munkát melegen ajánljuk nemcsak a szakember, de minden érdeklődő orvos figyelmébe.

Lehoczky Tibor dr.

A szegedi Horthy Miklós Tudományegyetem megnyitása.

(1940 november 11.)

Az új *Horthy Miklós Tudományegyetemet* ünnepélyes külsőségek között hétfőn délelőtt nyitották meg. A megnyitó ünnepségen részt vett *Horthy Miklós* Magyarország kormányzója, aki kiséretével délelőtt 11 órakor érkezett Szegedre. A pályaudvaron *gróf Teleki Pál* miniszterelnök és *Varga József* kereskedelemügyi miniszter, a központi egyetem kapujában *Szent-Györgyi Albert* Rector Magnificus vezetésével az egyetemi tanács fogadta az államfőt.

A megnyitó ünnepség az egyetem díszteremben zajlott le. Az előkelőségek sorában ott volt *Serédi Jusztinián* bíboros hercegprimás, *Tomcsányi Móric* a felsőház, *Törs Tibor* a képviselőház képviseletében, *Glattfelder Gyula* csanádi megyéspüspök és közéletünk számos más előkelősége. A terembe lépő kormányzót helyéről felemelkedve üdvözölte a közönség.

A Himnusz elhangzása után *Hóman Bálint* kultuszminiszter mondott ünnepi beszédet:

— A szegedi egyetem — úgymond — *a korszerű keresztény és magyar nemzetpolitikának, a haladásnak és a magyar népműveltségnek hatalmas vára kell, hogy legyen a jövendőben.* Tanárai járjanak elől a mi vajudó korunkban sorsdöntő fontossághoz jutott nemzetnevelő és műveltséggyarapító munkában. Hallgatói, közöttük a magyar Alföld földműves népének tehetséges fiai, komoly hivatástudattal tanuljanak és készüljenek a nemzet életében betöltendő hivatásukra.

— Még e héten *törvényjavaslatot terjesztek az országgyűlés elé az egyetemi hallgatók felvételének új szabályozásáról.* Ugyanez a törvény gondoskodni fog *a diákszociális és diákszervezeti* ügyek kormányhatósági irányításáról és felügyeletéről.

— Az egyetemi törvényben foglalt felhatalmazás és a tárgyalás alatt lévő költségvetés keretében felemelt hitel birtokában a jövő félévtől kezdve *új tandíjrendszert* léptetek életbe az egyetemeken. Az új rendszer szerint az egyetemi hallgatóknak mintegy *20 százaléka fog az eddiginél némileg magasabb, 60 százaléka pedig lényegesen alacsonyabb,* — körülbelül félévi 30, 60, 105 pengő körüli — díjat fizetni, amiben a tandíj és az összes mellékdíjak bennfoglaltatnak.

— A kedvezmények adományozásánál egyes-egyedül a ráutaltság, a szorgalom és a tanulmányi eredmény lesz irányadó. Az új tandíjrendszer segítségével *magyar népünk minden tanulni vágyó és tanulásra képes szegény és szorgalmas fia, minden népi tehetség módot találhat egyetemi tanulmányok folytatására.*

A kultuszminiszter beszéde után Magyarország kormányzója a következő beszédet mondotta:

— A kolozsvári Magyar Királyi Ferenc József Tudományegyetem hazatért régi otthonába, hogy húszévi számüzetés után újra Erdély fővárosában folytathassa művelődésünket gazdagító érdemes munkásságát.

— Magyarország törvényhozása ez ünnepi alkalommal, megemlékezvén Szeged szabad királyi városnak az egykor falai közé menekült egyetem fennmaradását biztosító áldozatairól, elismerésképpen Szegeden új egyetem felállítását rendelte el.

— A nevemet viselő szegedi Tudományegyetem megnyitásának mai örömünnepén megelégedéssel gondolok

vissza a nemzeti újjáépítés itt átélt első sorsdöntő napjaira. A történelem szine előtt Szegedé az a nagy érdem, hogy a nemzeti újjászületésnek ez a város volt a bölcsője. Elismeréssel emlékezem meg Szeged népének két évtizedes lelkes és lankadatlan munkájáról, nemzeti művelődésünknek hozott nagy áldozatairól is.

— Ennek a szegedi munkának és áldozatnak gyümölcse érett be a menekült erdélyi egyetem számára emelt pompás épületekben most az új szegedi egyetem alapításával. Erre az egyetemre nagy feladat vár a magyar jövő megalapozásánál.

— Nemzetünk jövendő sorsa azon is fordul, hogy milyen lesz műveltsége. Ha meg akarunk állni a népek nagy versenyében, sok tudásra és alapos ismeretekre, derek, munkás, jellemes, művelt magyar ifjak ezreire van szükségünk. Ennek az új, erősebb magyar nemzedéknek a felnevelése iskoláinknak a feladata s ebben valamennyi iskola között járjanak elől az egyetemek. A tudományok művelésén felül az egyetemek kötelessége a nép lelkét építő papok és testét gondozó orvosok, az ifjúságot nevelő tanárok és az államot igazgató tisztviselők, a gazdasági munkát irányító szakférfiak és a művelődést gyarapító tudósok gondos és alapos előkészítése hivatásukra. Az egyetemekre hárul a jövendő magyar életben vezetésre hivatott új értelmiségi réteg nevelésének, egészséges, magyar, keresztény és szociális világszemlélete kialakításának nagy nemzeti feladata.

— Ezt a feladatot csak okos munkamegosztással tudják majd teljesen megoldani: a tudományok egy-egy csoportjának alaposabb művelésével és oktatásával. A szegedi egyetemnek különös gondot kell fordítania a természettudományok korszerű művelésére, eredményeinek ismertetésére, különösen a régebben annyira elhanyagolt Alföld kultúrájának szolgálatára, az alföldi táj szellemének, az Alföld népében rejlő őserőnek felkutatására és kiművelésére.

— Hiszem és remélem, hogy a szegedi egyetem tudós tanárai nemes lelkesedéssel fognak versenyre kelni a többi magyar egyetem tanáraival és hűek maradnak a szegedi gondolathoz, amely e város falai közül két évtizeddel ezelőtt indult ki és ma aktuálisabb, mint valaha. Mi voltunk az előfutárai annak az irányzatnak, amely a nemzeti eszme erősebb kimunkálásával, a nemzeti, a faji szolidarítás tökéletesebb kiépítésével s a szociális gondolat elmélyítésével és kiterjesztésével ma már nemcsak nálunk, hanem lassanként egész Európában minden nemzet sajátos gondolatköréhez képest érvényesül. A szegedi gondolat útján akarunk továbbra is haladni, nem idegen úton, hanem a mi magunk sajátos útján, amelyen barátaink oldalán már eddig is jelentős eredményeket értünk el.

— Amidőn ezt az új egyetemet rendeltetésének átadom, bizonyos vagyok benne, hogy méltó hajléka lesz az ezeréves magyar kultúrának. Ebben a meggyőződésben kérem egész jövő működésére a Mindenhato áldását!

A Kormányzó Úr engedélye után az Egyetemi Énekkar a magyar Hiszekegyet énekelte el. Ezután *Szent-Györgyi Albert* Rektor mondotta el megnyitó beszédét.

A kolozsvári Ferenc József Tudományegyetem tanárainak képviseletében *Búza László* jogikari dékán mondott üdvözlő beszédet, majd *dr. Pálfy József* polgármester a város közönsége nevében mondott üdvözlőszavakat.

A megnyitó ünnepség után a kormányzó és kisérete azonnal a pályaudvarra hajtatott. Az egyetem épületéből kilépő Kormányzót az egyetem előtt várakozó hatalmas tömeg leírhatatlan lelkesedéssel sokáig ünnepelte.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift, 44. sz. *E. K. Frey:* Tüdölövések. — *K. A. Reiser:* A keratitis neuroparalytika okai. — *H. Braunbehrens:* Allergiás szövődmények intravenás pyelographia esetén. — *H. Malten:* A haemolyitikus anaemia egy különleges alakja. — *R. Rusz* és *R. Stohr:* A csecsemő táplálása és diaetás gyógyítása. — *H. W. Schmidt:* Tularaemia Európában. — *E. Bruens:* Gondolatok a sulfanilamidek alkalmazásáról terhességben. — *A. Fabritius:* A pajzsmirigy epitheltesteinek felfedezéséhez.

Deutsche Medizinische Wochenschrift, 45. sz. *Wiele:* A tüdőgyulladás kórjóslata. — *Friedrich:* Kiesési jelenségek a terhességben. — *Wildfuhr:* Kisérleti eredmények a felnőttek diphtheria-védőoltásával. — *Philipp* és *Huber:* Újabb ismeretek az endometriosis keletkezéséről. — *Jeckeln:* Hirtelen halálesetek. — *Schläger:* Műtét és beleegyezés. —

Wiener Klinische Wochenschrift, 44. sz. *O. Stracker:* Hallux valgus. — *L. Reuss* és *D. Roller:* Ásványanyagok mérlege otitis fibrosa cystica generalisátában epitheltestdaganat előtt és után és ennek vonatkozásai a klinikai kórlefolyáshoz. — *I. Lhotsky:* További kisérletek a metalueses betegségek thyroxintherapiájával. — *H. Lenz:* Gerincvelőtályog esete. — *45. szám: H. Finsterer:* Hochenegg Gyula élete és működése. — *L. Reuss* és *D. Roller:* Ásványi anyagok mérlege ostitis fibrosa cystica generalisatában epitheltestdaganat műtéte előtt és után és ennek vonatkozásai a klinikai kórlefolyáshoz. — *K. H. Lindner:* Lactoflavin hatása a sóanyagcserére. — *W. Holzer:* Az alapanyagcseremeghatározás értékelésének egyszerűsítése.

The Journal of the American Medical Association, okt. 5. *A. D. Kaiser:* A tonsillák szerepe a gyermek fejlődésében. — *W. P. Murphy:* Chronikus leukaemia kezelése röntgennel. — *S. O. Levinson, F. E. Rubovits* stb.: Emberi serum-transfusiók. — *A. Grollmann, J. R. Williams* és *T. R. Harrison:* Hypertonia csökkentése vesekivonatokkal. — *A. S. Maxmillan:* A koponya osteomyelitise sinusitis frontalisból kifolyólag. — *H. P. Mosker:* Az os frontale osteomyelitise, mint a sinusitis frontalis szövődménye. — *J. A. Greene, L. E. Jauray:* Pitressin tannat olajos suspensióval kezelt diabetes insipidus. — *H. H. Hazen I. V. Hiscock, P. S. Pelouze,* stb.: A syphilis és gonorrhoea chemiai és mechanikai praeventiója.

VEGYES HIREK

Esterházy Pál herceg az orvosi tudományos munka támogatására az 1941. évre újabb 30.000 pengőt adományozott. (Előzetesen: 1938—1940-ig 160.000 pengőt). Azok, akik ez összegből részesedni akarnak, pályázatukat *1940 december hó 15-ig bezárólag* „Esterházy Pál herceg titkári hivatalába": I., Tárnok-utca 9., küldhetik be. — A kérvényhez csatolni kell: *a)* születési anyakönyvi kivonatot; *b)* kimerítő curriculum vitae-t, mely tartalmazza az *előző tanulmányokra* és *jelenlegi állásra* vonatkozó adatokat; *c)* hatósági nemzethűségi bizonyítványt. Közszolgálatban állók ezt hivatali főnökük igazolványával pótolhatják; *d)* egyetemi oklevélmásolatot; *e)* tudományos munkásságáról szóló jegyzéket és a tudományos munkákat; *f)* a *részletes* munkaprogrammot annak megjelölésével, hogy milyen összegre van szüksége saját személyének s milyenre dologi kiadásokra és ki ad munkahelyet. (A dologi kiadások felsorolásakor megjelölendő, hogy mire szolgál.) A segélynek nem célja, hogy hiányos intézeti alapfelszerelést pótoljon, hanem arra szolgál, hogy *kiváló tehetségű kutatók munkásságának anyagi akadályait elháritsa. g)* folyamodó szíveskendjen bejelenteni, ha más oldalról részesül tudományos munkássága segélyben, vagy ha ilyen segélyért másutt is folyamodott, úgyszintén bejelentendő, ha időközben részesül más oldalról támogatásban; *h) amennyiben főnöke van, szolgálati bizonyítványt, s annak véleményét zárt borítékban; i)* nyelvismeretekre vonatkozó nyilatkozatot. — Azok, akik már részesültek támogatásban közöljék eddigi munkásságuk eredményeit. Amennyiben az eddigi munkásság sikerrel biztat, a jövő évben is támogatásban részesülhetnek. Természetesen ezeken kívül olyanok folyamodványát is figyelembe veszik, akik még nem kaptak támogatást. — A beérkezett folyamodványokat szakemberekből álló bizottság bírálja meg és e bizottság javaslatának meghallgatásával adományozzák az összeget, melyet a titkárság posta útján megküld éspedig a bizottság által javasolt s elfogadott részletekben. — Ha a munka időközben befejeződnék, vagy megszakadna, az illető erről és a megszakítás okáról a bizottságnak jelentést tesz

és a támogatás megszünik. — Az összeg felhasználásáról és a végzett munkáról félévenként, kivételes esetekben évenként jelentést kell küldeni.

A Rudolf Virchow-kórházat immáron harmadízben bombázták az angol repülők. A támadt tüzet most is hamarosan eloltották.

A hamburgi Szt. György-kórházban a nyilt tuberculotikusok részére új, 70 ágyas pavillont nyitottak.

Hamburgban a városi egészségügyi intézetekben 18 000 betegágy áll rendelkezésre, mely szükség esetén 20.000-re szaporitható.

A mandzsuriai pestis-járvány mind a japán, mind a szovjet-orosz kormányzatot különös intézkedések megtételére késztette. Az orosz határon két quarantaen-állomást, a japán határon pedig egy ellenőrzőállomást állitottak fel. Eddig 850 betegséget jelentettek. 1923 ota a jelenlegi a legerősebb járvány.

HETIREND

Hétfőn, 18-án, 7 ó.: a Budapesti Orvosi Kör ülése. *Schuster Gy.:* Az elmebetegségek gyógyulási lehetőségei.

Kedden, 19-én, 1/27 ó.: a Term. Tud. Társ. Élettani Szakosztályának ülése (Kórtani Int., Hőgyes E.-u. 9.) *Hamar N.:* A vékonybél glucos-felszívóképességének napszakos ingadozása. *Mansfeld G.:* A pajzsmirigy eddig ismeretlen hormonjai. *Korényi Z.:* A desympathizálás hatása a zsírraktársejtek lipasejának activitására.

Kedden, 19-én 7 ó.: a Budapesti Orvosi Kaszinó ülése. *Polgár F.:* Benedict emlékelőadás.

Szerdán, 20-án, 6 ó.: a Közkórházi Orvostársulat ülése. Bemutatás: *Póka L.:* Ritkábban előforduló sérülések. — Előadások: *Piri L.:* Szegycsontalatti golyváról. *Kern T.:* A koszoruserek vérkeringési elégtelenségéről. II. Okai és alakjai.

Csütörtökön, 21-én, 6 ó.: a Tiszaháti Orvosegyesület ülése Ungváron. Bemutatás: *Vajna G.:* Kismedencébe szorult, hátrahajlott terhes méh; *Benedek Á.—Orsós J.:* Műtéttel gyógyított, lövéses gerincvelősérülés. — Előadás: *Markovits Gy.:* A veszettségelleni védőoltások decentralizálásáról.

Pénteken, 22-én 6 ó.: a Budapesti Kir. Orvosegyesület ülése. Bemutatás: *Borsos L.:* Sigmabél-daganatot utánzó ritka elváltozás; *Kubányi E.:* Trigeminus neuralgia kezelése a Gasser-duc intracranialis elektrocoagulatiójával Kirschner szerint. — Előadás: *Vajda K.:* Orvosi vonatkozások Nietzsche életében.

2218—1940. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Komárom vármegye tatai járásához tartozó tatabányai *községi orvosi* állásra pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása az állami rendszerű X. fiz. oszt. 3. fokozata szerinti fizetés, a községi orvosi lakás elkészültéig a megfelelő lakbér és rendelőszoba bére, ennek fűtési és világítási költsége fejében havi 12 P.

Az állást elnyerni óhajtók a belügyminiszterhez címzett, szabályszerűen felbélyegzett kérvényeiket e pályázati hirdetménynek a „Népegészségügy" c. hivatalos lapban történt közzétételétől számított 15 napon belül hozzám — közhivatalban lévők hivatali főnökük útján — nyújtsák be.

A pályázati kérvényhez eredetben, vagy hiteles másolatban a „Népegészségügy"-ben lévő „Számmagyarázat" 1—12. és 13., vagy 14. számjegyei alatt felsorolt okmányok csatolandók.

Tata, 1940. november 8.

Dr. Mihály Géza s. k., főszolgabíró.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló Vasvármegye és Szombathely város közkórházában *egy segédorvosi* és egy esetleg megüresedő *kisegítőorvosi* állásra pályázatot hirdetek. A segédorvosi állás javadalmazása az állami rendszerű XI. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítással és 50%-os térítés ellenében I. oszt. intézeti élelmezés. A kisegítőorvosi állás javadalmazása havi 80 P tiszteletdíj, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés világítás és 50%-os térítés ellenében kiszolgáltatandó I. oszt. intézeti élelmezés.

Csak nőtlen orvosdoktorok pályázhatnak. Magángyakorlat folytatása tilos. A segédorvosi kinevezés 2 évre szól, mely pályázat mellőzésével meghosszabbítható. A kisegítőorvos alkalmaztatása egy évre szól és bármikor minden jogigény nélkül felmondható. Nyugdíjigényre, vagy végleges alkalmaztatásra jogigényt nem nyújt.

A szabályszerűen felszerelt kérvényt vitéz dr. Szűts István főispánhoz címezve, a közkórház igazgatóságához kell beadni. Pályázati határidő *1940 november 30. déli 12 óra.*

Közszolgálatban álló pályázók a felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve az említett iratok egyikével igazolhatják.

Elkésve érkezett, vagy a fenti követelményeknek meg nem felelően felszerelt kérvényeket figyelembe nem vehetek.

Szombathely, 1940. november 8.

Pető Ernő dr. s. k., igazgató-főorvos.

Frontátvonulások és kisérőjelenségeik nov. 3—9. között. Ezen a héten nem érkezett sok front, de nov. 4., 5. és 8-án az erős betörési frontoknak, nov. 7-én pedig az erős felsiklási frontoknak jelentékeny reactiókat kellett kiváltaniok. A hét utolsó napja frontmentes volt. A frontok részletes adatai:

	Átvonulás ideje Budapesten			A front		Kisérő események*
	hó	nap	óra	fajtája	fejlettsége	
November	3	10		Betörési	Mérsék.	Hirtelen szélrohamok 15 m/mp
	4	9		Felsikl.	Mérsék.	Mikrobarograficus nyugtalanság, kevés eső
	4	13		Betörési	Mérsék.	Kis futózáporeső
	5	4		Betörési	Erős	Meleg szélvihar 29 m/mp, sok rombolási kár
	6	7		Felsikl.	Gyenge	Borulás, kevés praefrontalis eső
	6	16		Felsikl.	Mérsék.	5 mm praefrontalis eső délelőttől
	7	1		Felsikl.	Mérsék.	Kevés praefrontalis eső
	7	13		Felsikl	Mérsék.	Kevés praefrontalis eső 12 ó.-tól
	7	23		Felsikl.	Erős	Praefrontalis eső 16 ó.-tól, 6 mm
	8	2		Betörési	Erős	Szélrohamok 18 m/mp-ig, lehülés

*) A táblázat utolsó oszlopán szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a m. kir. Meteorologiai Intézet öniró műszereinek adatai. Részletes magyarázatot ásd az 1940. évi 1. szám III. borítóoldalán.

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTÁN.

Dysenteria esetén (*Dalmady:* Term. Tud. Közl. 517.) napi 1—2 pohár, esetleg higított Mira glaubersós gyógyvíz mindig a kívánt eredményt hozza. Colitisben, fertőzéses vastagbélhurutokban ugyanilyen kúra tartandó. A habitualis abstipatio ellen időnként tartatunk néhány hetes kúrát, amikor is reggelenként, langyosan, individualisan kipróbált, éppen hashajtó mennyiségű Mira glaubersós gyógyvizet itatunk.

Lapunk mai számához Vajna József gyógyszerészeti laboratoriuma, (Budapest, IV., Váci-utca 34.) gyógyszerkülönlegességeiről szóló ismertetését mellékeltük.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Az arteriographia.

A röntgenologia a sugárfogóanyagok alkalmazása révén olyan területeken is tért hódított, amelyek egyébként röntgenvizsgálatra nem voltak alkalmasak. Így a tápcsatorna a bismuth-, illetve báriumsót tartalmazó contrastanyag használata révén, az epehólyag a tetrajodphenolphthaleinnatrium, a vesék-ureterek szintén jódtartalmú contrastanyagok (uroselectan, perabrodil, venojodrenin, stb.) a gerincsatorna, bronchusok jódolaj (lipiodol, jodipin) alkalmazása következtében váltak a röntgenvizsgálat számára hozzáférhetővé. Mivel a sugárfogóanyagok egyrésze intravenás befecskendezéssel kerül a szervezetbe, nyilvánvalóvá lett, hogy magukat a szállító pályákat is megfigyelés alá lehet venni. Ezzel tehát kialakult a röntgenologiának egyik újabb ága: a vasographia, amely az arteriographiából és a veno- vagy phlebographiából áll. Az arteriák normalis körülmények között nem láthatók, hanem csak akkor, ha azok falában mész rakódik le. Hogy mégis észlelhetővé váljanak, sugárfogóanyagot kell azokba fecskendeznünk. Az arteriographia technikája általában egyszerű. Kivitele történhetik percutan módon, vagy úgy, hogy előbb szabaddá tesszük és így fecskendezzük bele a sugárfogóanyagot. A percutan eljárást csak felületesebben fekvő arterián alkalmazzuk (pl. felsővégtag); míg a mélyebben fekvő verőereket mindig fel kell tárnunk. Ha a tű az arteria lumenébe jutott, a contrastanyagot lehetőleg gyorsan kell befecskendezni. A felvételt az injectio beadása alatt, röviddel annak befejezése előtt kell elkészíteni, mert az arteriás edényrendszer a befecskendezés megkezdésétől számított 4 mp. mulva már látható normalis viszonyok között. Az alkalmazott sugárfogóanyag mennyisége 8—20 ccm között változik az arteriographia helyének megfelelően.

Sugárfogóanyagok gyanánt kezdetben a jódnátriumot használták, majd a strontium vegyületekre tértek át. Mivel azonban egyik sem volt közömbös a szervezetre nézve, azokat elhagyták. Újabban egy thorium vegyületet, a thorotrastot, azonkivül a jódtartalmú uroselectant, perabrodilt és az aethyltrijodstearatot használják, utóbbit 20%-os oldatban. Ezek mindegyike kitünő árnyékot ad és eléggé kiméli az arteriákat. A thorotrastról tudnunk kell, hogy a benne lévő thorium radioactiv és ezért a szervezet szempontjából nem közömbös, mert a reticuloendothelialis rendszerben felhalmozódik, ott marad évekig és radioactiv sugárzásával a rendszer sérülését okozhatja, sőt sarkoma képződését is létrehozhatja. Ezért fiatal egyének számára egyes szerzők a thorotrast alkalmazását contraindikálnak tartják. Az abrodilt, vagy perabrodilt némelyek azért nem használják, mert az injectio utóhatásaként jelentős fájdalom léphet fel. Épen e miatt ajánlják, hogy befecskendezése aether bódításban történjék.

Amint látható, az arteriographia már a sugárfogóanyagok szempontjából sem teljesen közömbös a szervezetre és nem is mondható veszélytelen eljárásnak. Egyes esetekben előfordul, hogy a befecskendezéssel kapcsolatban gyorsan fejlődő gangraena támad. Ezt észlelték pl. thorotrasttal kapcsolatban. Ezzel szemben áll egyes szerzőknek az az észlelése, hogy főként az abrodil- és a perabrodillal végzett arteriographia után javulás állt be és ezért, mint gyógyító beavatkozást ajánlják. Igen kellemetlen következménye még az eljárásnak, hogy spasmus léphet fel, amely a sokszor amugy is rosszul táplált környék ischaemiájához vezethet. Ilyen esetekben ajánlatos, már akár prophylaktikusan is acetylcholint, atropint, vagy papaverint adni.

A normalis arteriographia képén sima, élesszélű véredényeket látunk, melyek a peripheria felé fokozatosan elvékonyodnak; a telődés itt egyenletes, szabályos és csak anatomiai lefutásuknak megfelelő elhajlásokat mutatnak az arteriák. Rendes viszonyok mellett hurkot, vagy kigyószerű tekergőzést nem alkotnak. Az elágazások is a normalis anatomiai viszonyoknak megfelelően észlelhetők.

Arteriosclerosisban kigyózó arterialefutás látható szabálytalan szélekkel. Az ér falában hiányok, vagy a lumenbe bedomborodások mutatkozhatnak. — Az arteriák tágak, szélesek. A mellékágakon ugyanezen jelenségek figyelhetők meg. Az ütőér elzáródása hirtelen bekövetkezhetik. Az arteriographiával az elváltozások helye kimutatható, sőt azért is fontos, mert a collateralis vérkeringés minőségéről is tájékoztat. Elhalás esetén igen lényeges az, hogy az amputatio hol történjék; az arteriogramm erre is ad útbaigazítást. A diabeteses gangraena hasonló arteriographiás képet ad, mint az arteriosclerotikus. Embolia esetében könnyen megállapítható, hogy az embolus hol akadt el és a collateralis keringés kielégítő-e. Az arteria aneurysmák akár önként, akár sérülés következtében keletkeznek, igen jellegzetes és össze nem téveszthető képet mutatnak. Az aneurysma helyén a lumen kiszélesedik. A tágulatban thrombosis keletkezhet. Az arteriographia azért is fontos, mert nemcsak a tágulat feletti arteria-szakaszról, hanem a környéki érhálózatról is, annak működése szempontjából, ad felvilágosítást. Ezáltal a gyógykezelés iránya ennek értelmében szabható meg.

Arterio-venosus aneurysmák esetén az arteria és a vena közötti összeköttetés igen nehezen, vagy alig mutatható ki, mert a sugárfogó anyag gyorsan átfolyik.

Endarteriitis obliterans arteriogrammján a verőér körkörös megszűkülése látható, az elzáródások élesen határoltak. Feltünő a collateralis vérereknek csökkent száma.

A Raynaud-féle betegségben az arteriogramm normalis. Fagyások utáni gangraenák esetében gyakran csak egyik peripheriás arteriaág elzáródása látható. Csontdaganatok kórjelzésére is kiválóan alkalmas az arteriographia, főleg a differential diagnosis szempontjából. Igen jellegzetes a képen a teljesen szabálytalan, tömeges új véredénykepződés a csont tengelye körül. Másik fontos jele a csontdaganatoknak az, hogy a venák abnormalisan gyorsan telődnek. Mert míg rendes viszonyok mellett a venák az injectio megkezdése után 22—24 mp. múlva telődnek, addig daganat jelenléte esetén 15 mp. múlva látható telődés. Tuberculosa elváltozásokban a véredények szaporodása látható, az edényhálózat azonban szabályos elrendeződésű. Lues és chronikus osteomyelitis arteriogrammja a véredények számának határozott csökkenését mutatja.

A tüdő véredényeinek arteriographiája inkább theoretikus értékű. Kivitele úgy történik, hogy a könyökhajlati venába kb. 60 cm hosszú ureterkathetert lassan bevezetünk, míg annak hegye a szívfülcsében megjelenik. Fontos az, hogy a sonda vége ide jusson, mert csak így tud jól keveredni a sugárfogó anyag a venás vérrel. Ezután 8—10 ccm nem izgató, jódtartalmú contrastanyagot fecskendeznek be és az injectio végén ké-

szül a felvétel. Az eljárás főleg a hilusbetegségek kórjelzésében bír fontossággal. A röntgenképen észlelhető kiszélesedett hilusok sokszor egyszerűen az edényben gazdagságból származnak, tehát nem mindenkor kórosak. A tüdőszövetben lévő tuberculotikus elváltozások környékén tályogok, bronchiektasiák jelenléte esetén a véredények száma kifejezetten csökkent.

Az agyi erek arteriographiájához *Moniz* kezdetben 25%-os natrium-jodid oldatot használt. Mivel azonban sok complicatiót okozott alkalmazása, thorotrastra tért át. Ő a carotis communisba fecskendezte a sugárfogóanyagot, míg *Lőhr* a szabaddá tett carotis internába; 7—8 ccm-t szoktak injiciálni. Az első 2—3 ccm beadása után készül a felvétel, ezt követheti 3—4 mp. múlva a második. Ilyenkor a contrastanyag már a venában van, tehát phlebogrammot is kapunk egyúttal. Ha a második felvételt valamivel előbb készítjük, akkor a kis arteriákat és a capillaris hálózatot is feltünteti a kép; ha pedig később, úgy a sinus is telődött. A carotis internába befecskendezés után telődik a carotissiphon és esetleg az arteria cerebri post., bár utóbbi az arteria basilaris véráramkörébe tartozik. Az arteria basilaris feltüntetése az arteria vertebralisba történő befecskendezéssel válik lehetővé. Ez azonban technikailag nehezebben vihető keresztül. Az agyi arteriographia főleg a vérerekben előforduló elváltozások megállapítására használatos. A nagyobb aneurysmák, melyek főleg a carotissiphonon fordulnak elő, különböző nagyságú kiöblösödést mutatnak, ezenkívül az arteria communicans ant. táján lehetnek nagyobb aneurysmák. Ha thrombus van az aneurysmában, akkor a contur szabálytalan. Az agyi erek arteriosklerosisa ugyanazon képet adja, mint amilyent már fentebb leírtunk. Luesben a helyzet szintén ugyanaz. Az arteriovenosus aneurysmák feltüntetésével nemcsak a fekvést és a nagyságot kell meghatároznunk, hanem az odavezető edények számát is. Daganatok az arteriogramm normalis képét megváltoztatják, fekvésük és ellyeződésük szerint. Frontalis elhelyezkedés esetén az arteria cerebri ant. hátrafelé, hátra-fel, vagy hátra-le nyomódik el. Néha frontalis felvételen az arteria cerebri ant. a középvonalon túl, az egészséges oldalon látható, főleg nagyobb daganatok esetén. A parietalis tájon lévő daganatok az arteria cerebri media edényeit tolják lefelé. Az occipitalis táji daganatok az arteria cerebri végágait felfelé, vagy fel-előre nyomják el. Rosszindulatú gliomák esetén kis arterio-venosus aneurysmák és aneurysma-szerű tágulatok láthatók, számos új edényképződéssel együtt. A meningeomákat kis arteriola csomócskák jellemzik, bár ilyen esetekben typikus csontelváltozások is vannak. Friss koponyasérülések alkalmával az arteriographia csak akkor indokolt, ha más módon a diagnosis nem tisztázható. Meningea media vérzések, epiduralis, ritkán subduralis vérömlenyek az arteriogrammon olyanféle képet adnak, mint a temporalis mezők daganatai.

Az arteriographia tehát igen sok esetben van segítségünkre és ha kellő óvatossággal és az esetek megválogatásában megfelelő körültekintéssel járunk el, a kívánt eredményt mindig meghozza.

Ehmann Jenő dr.,
röntgenszakorvos.

Az emberi sertésorbánc vegyi kezelése.

A Gram-positiv Bacillus erysipelatos suis *(Löffler)*, másnéven Bacillus murisepticus *(Koch)* által okozott sertésorbánc közönséges állatbetegség. Az enyhébben megbetegedett sertés csalánkiütést kap. Ennél a kóralaknál súlyosabb a septikaemiás forma, mely igen rövid idő alatt végez a sertéssel és ha az első megbetegedett állatot nem kezelik és különítik el idejében, a vész hamarosan kiírtja a gazda egész sertésállományát.

Az alföldi kisgazda sokszor még az ősi fatalismussal nézi a sertésorbánc pusztítását, nem hiv állatorvost és a megelőző ugynevezett „szimultán" gyengített kórokozó és gyógysavó együttes alkalmazásából álló oltás költségét nem vállalja szivesen. Az étvágytalan, gyengélkedő sertést igyekszik minél előbb leszurni és bár leginkább szappant főz a beteg, vagy elhullott állatból, előfordul, hogy emberi táplálkozásra is felhasználja a kényszer-vágott sertés husát.

A beteg, vagy elhullott állattal érintkezés rendjén az emberre is átárad a betegség.

A *Rosenbach* féle *erysipeloid* a német irodalmi adatok szerint leggyakrabban az állatorvosnak, segédjének, az állatápolóknak a foglalkozási betegsége és csak másodsorban következik a statisztikában a mezőgazda, vagy annak alkalmazottja. Nálunk a helyzet éppen fordított. A Tisza-Maros szögben másfél évtized alatt csak egyszer láttam állatorvoson és egyszer annak segédjén sertésorbáncot. Ugyancsak kivételes volt egy szappanfőzéssel is foglalkozó timármester megbetegedése is. E három esettől eltekintve kivétel nélkül a gazda, vagy annak cselédje fertőződtek és betegedtek meg.

Kassán 1939 júniusától 1940 májusáig terjedő idő alatt egy beteg kivételével mészárosokon láttam a sertésorbáncot. Ez a kivételt képező eset egy városban lakó uriasszony, aki a felkarján fertőződött és minden valószinüség szerint a kórokozót valamely szúronyos kétszárnyú (Stomoxys calcitrans) vitte át. (Ref. Bőrgyógy. Venerolog. Urolog. Szemle 1939. 10. szám). Ez a megbetegedés egyben további bizonyítéka annak, hogy a bacillus erysipelatos suis nem csak a beteg vagy elhullott sertés ápolásakor, feldarabolásakor juthat az emberre, hanem a lépfenéhez hasonlóan, vérszivó közvetítők is átvihetik.

A fertőzési kapú legtöbbször a kézháton, csuklótájon, alkaron levő sérülés és ennek megfelelően a betegség kedvenc helyei ezek a bőrterületek. A kezdet lehet kevés subjektiv panaszt, csekély viszketést, égést okozó és ilyenkor a klinikai elváltozás is csak enyhe pir, mérsékelt duzzadás. Kezdődhet azonban a betgség lázzal, hidegrázással és ilyenkor a lobosodás, duzzanat is kifejezettebb. A kezdet hevessége és a betegség egész lefolyása az egyéni érzékenységen kivül a fertőzés mikéntjétől is függ. Ha az állatorvos, vagy annak segédje a szimultán oltás alkalmával az oltó eszközzel ejt sebet magán és bár legyengített, de tiszta tenyészettel fertőződik, úgy rendesen igen hevesek a kezdeti tünetek és a beteget féltenünk kell a vérmérgezéstől is.

Továbbiakban enyhébb esetekben az igen jellemző élénk vörös, a középrészen kékes beszürődés fejlődik ki, melynek lassan halványodó, de mégis eléggé éles határán túl lévő bőrterület semmi elváltozást sem mutat. Súlyosabb esetekben a beszürődés kifejezettebb, a góc felszinén savós, vagy véres bennékű felületes hólyagok képződnek és a környező bőrterület vizenyősen beivódott. Ha a megbetegedés az ujjakon van, a vizenyő olyan erős lehet, hogy a beteg kénytelen az ujjait szétterpesztve tartani.

Egyes szerzők csak a heveny lefolyású alakot írják le, holott a folyton tovaterjedő, a felszinen mind újabb és újabb bőrterületre tovakuszó idült és makacs alak éppen nem ritka. A heveny alakot gyakran kisérő nyirokér és nyirokmirigy gyuladás az idült megbetegedésben is előfordul.

Érdekes az, hogy Magyarország területén regionális különbség van a heveny és idült sertésorbánc számszerű megoszlása tekintetében. Amíg az Alföldön inkább a heveny és elég gyorsan lefolyó alak a gyakoribb, addig úgy látszik a Felvidéken az idült és visszaesésekkel járó megbetegedés többször fordul elő.

Kevés adatot találunk az irodalomban a betegség immunitási viszonyaira vonatkozólag. Magam néhány esetben, amelyben megbizható adatokat sikerült szerezni, azt tapasztaltam, hogy a betegség elszenvedése után újabb megbetegedés nem következett be ellenére annak, hogy biztosan történt beteg, vagy elhullott állattal érintkezés és a fertőzés lehetősége (sebzés a kezeken) is megvolt. Máskor azt tapasztaltam, hogy újabb megbetegedés történt, azonban az ilyen új fertőzések nagyobb része enyhe volt és gyakran minden gyógykezelés nélkül is meggyógyult, jeléül annak, hogy ha nem is tökéletes, de bizonyos fokú védettséget mégis szerzett a beteg. A kisebb rész volt csak nehezen befolyásolható.

A sertésorbánc kezelésére helyileg alkalmazott fertőtlenítő kenőcsöket, hüsítő és összehúzó borogatást és gyógysavót ajánlanak. Magam már 1938. év nyarán megkiséreltem a vegyi kezelést sulfamid készítménnyel és jó tapasztalatokat szereztem. A sulfamiddal kezelt esetek száma 32-re emelkedett és így nem csak a kezelés eredményességéről győződtem meg, hanem kialakult az adagolás módja is. A gyógyulási eredmények egységes megitélése céljából ambesidet alkalmaztam részben tabletták, részben oldat alakjában. (ambesid solubile).

Az ambesid tabletta 0.40 g paraamidobenzolsulfamidot és az ambesid solubile 5 köbcentiméterében 0.5 g parasuccinylaminobensol-sulfamidnátriumot tartalmaz. A hatóanyag mennyisége tehát a tablettákban nagyobb.

A sulfamid készítményeket a coccus fertőzések klasszikus gyógyszerének tartjuk. Az első kisérletek, melyekben bacilláris eredetű megbetegedésekben próbálták ki a készítményt, csalódással végződtek. Az eredménytelenség oka részben kétségtelenül az, hogy a gyógyszeres kezeléssel legkevésbbé befolyásolható Koch bacillus elpusztítására igyekeztek a sulfamidot felhasználni. Már sokkal sikeresebbnek bizonyult a Bang fertőzés kezelése. Amint azután a legújabb közleményekből kitünik, az Unna-Decrey bacillus által okozott ulcus molle gyógyításában válik be a sulfamid.

Az alábbi nehány kórtörténet kivonat mutatja a gyógyító kisérletek menetét és eredményét:

I. M. J. 25 éves gazdálkodó. Hódmezővásárhely. 1938. X. 5. Négy nappal ezelőtt étvágytalan és lázas sertését levágta és sajátkezüleg feldarabolta. Azt, hogy a sertésnek mi volt a betegsége, nem tudja. Jelen állapot: Mindkét kéz nagy ujján, II. és III. ujjainak és a bal kéz IV. ujjának hátifelszinén jellemző erysipeloid gócok. Az ujjak vizenyősen duzzadtak, úgy hogy ujjait szétterpesztve tartja. Testhőmérséklet: 38.2 C. 1938. X. 5.-én két ampulla ambesid solubile (10 köbcentiméter) izomba fecskendezve és közömbös kenőcsös kötés. X. 6-án állapota javult, láztalan, ujjainak feszülése enyhült. A klinikai kép kevés változást mutat. Kezelés: ugyanaz. X. 7-én. További javulás, a duzzanat enyhült. Kezelés: ugyanaz. X. 8-án és 9-én ugyancsak két-két ampulla ambesid solubile. Kötésre már 8-án nincs szükség. A beteg X. 10-én gyógyult és egészségesen vonul be katonai szolgálatra.

II. D. S. dr. állatorvos, Csongrádmegye egyik községében. 1938. XII. 19-én jelentkezik és előadja, hogy 1938. X. 27-én szimultán oltásokat végzett és ez alkalommal a jobb mutató ujján fertőzte magát sertésorbánc tenyészettel. A fertőzés utáni 5. napon 39°-on felül lázas lett, kinzó izületi fájdalmai kezdődtek. Ekkor sertésorbánc lószérumot kapott, mire láza úgyan elmult, azonban kezén a kiütés nemcsak hogy erősödött, de tovább terjedt és a hónalj mirigyei fájdalmasan megduzzadtak. Az oltástól számított 8. napon szérumbetegséget kapott, feje megdagadt, egész testén csalánkiütése volt. A szérumbetegség lezajlása után a kiütése az ujján és kézfején változatlanul megmaradt és ezután 5 hétig szokatlanul nagy mennyiségű és sokféle gyógyszert szedett be, kenőcsöt kent fel, kezét quarzoltatta és borogatta, míg végre a kiütés visszahuzódott és gyógyultnak tartotta magát. Néhány nappal ezelőtt vadászni volt, kezét megeröltette és utánna röviddel újra kivirágzott a kiütése. Rendelésem szerint naponta 6 tabletta ambesidet szed és XII. 27-én újra jelentkezik gyógyultan.

III. Sz. F. 47. mészárosmester, Kassa. 1939. VIII. 19. A beteg elmondja, hogy már harmadik évben kap kezén kiütést, amely miatt több hétig sem tudja foglalkozását folytatni. Most öt napja van újra kiütése. A jobb kézháton és mutató ujjon jellemző erysipeloid. VIII. 19. 19-től 22-ig naponta 10 köbcentiméter ambesid solubile izomba fecskendezve és közömbös kenőcsös kötés. Állapot keveset javul. VIII. 20-tól 26-ig naponta 10 köbcentiméter ampulla ambesid solubile és hat tabletta ambesid. VIII. 27-re gyógyult.

A sertésorbánc kezelése az általam használt sulfamid készítménnyel a 32 esetben szerzett tapasztalat szerint jó eredménnyel jár. Nincs összehasonlításom arra vonatkozólag, hogy minden készítmény egyformán hatásos-e, kétségtelen azonban, hogy az ambesiddel célt lehet érni. Csupán egy beteg szedett megelőzőleg más gyártmányú sulfamid tablettákat, azonban eredmény nélkül. Ez a beteg a naponta hat tabletta ambesid szedése után 5 napra gyógyult. Nem lehetetlen az, hogy a gyártási módban, illetőleg magának a készítménynek a vegyi összetételében rejlik az ambesid gyógyító hatása egy bacilláris betegségben. *)

Szentkirályi Zsigmond dr.
egyet. magántanár, közkórházi főorvos.

Néhány szó a tetanus eredményes gyógykezeléséről.

A tetanussal foglalkozó irodalom legnagyobb része a merevgörcs mortalitásának tárgyalásakor különválasztja: a serummal kezelt és serummal nem kezelt eseteket. E csoportok ismét alcsoportokra oszlanak a szerint, hogy az incubatios idő 10 napnál rövidebb, vagy hosszabb volt-e. Az a tapasztalat ugyanis, hogy minél rövidebb az incubatios idő, annál súlyosabb a megbetegedés s minél hosszabb, annál nagyobb reménnyel vehetjük fel a küzdelmet e súlyos fertőzéssel szemben. A lappangási idő hosszabb, vagy rövidebb volta viszont függ a bejutott kórokozó virulentiájától és mennyiségétől, az infectio helyétől, a sérülés milyenségétől s az első sebellátástól, esetleg a prophylactikus serumkezeléstől.

A *Permin* által észlelt, serummal nem kezelt esetekben, ha a lappangási idő 10 napnál nem volt hosszabb, 94% volt a mortalitás, ha 10 napnál tovább tartott az incubatiós idő már csak 70.2% a halálozás.

Stricker világháborús közleménye szerint 28 serummal nem kezelt esetből 24, azaz 85% végződött halállal.

Kümmel még tovább megy az incubatiós idő felosztásában. Észlelései szerint, ha a lappangási idő 1—7 napig tartott 90%, ha 8—14 napig, úgy 50%, ha 15—42-ig akkor 32% volt a mortalitás.

Kreuter serummal kezelt 31 esetéből 11 halt meg: 35.5% és pedig 14 esetből, melynek incubatiós ideje 10

*) A közlemény megírása után újabb három esetet észleltem és kezeltem *Ambesid solubile tablettákkal*. A gyógyeredmény meglepően jó volt.

napnál kevesebb volt 9 azaz 64.3%, 17 esetből, melynek incubatiós ideje 10 napnál hosszabb volt mindössze 2 halt meg: 12.2%.

Magyar észlelők *(Kalocsai, v. Novák)* általában 30—50%-ra teszik a serummal kezelt tetanusos megbetegedések halálozását.

Kórházunkban a legutóbbi 6 év alatt 9 tetanusos beteget vettünk fel és pedig, minthogy ezek legtöbbjében sebészi kezelésre nem volt szükség, vagy a felvételkor sebzés a betegen nem látszott, valamennyi a belosztályon nyert elhelyezést. A 9 beteg közül mindössze 1 halt meg tüdőgyulladásban, a többi néhány heti kezelés és lábbadozás után gyógyultan hagyta el osztályunkat. Meg kell említenünk, hogy betegeink mind földmunkával, állatokkal foglalkozó, istállóban dolgozó férfiak voltak (lókereskedők, cigányok, kertészek, földmívesek). A lappangási idő megállapítása, melynek a fenti kimutatások szerint vitathatatlan jelentősége van, nagy nehézségekbe ütközött. Foglalkozásuk, életmódjuk folytán állandóan kisebb nagyobb sérülést szenvedtek lábukon, vagy kezükön, melyek mindegyike alkalmas lehetett tetanusos fertőzésre anélkül, hogy ők erről tudomással birtak volna. E — számukra jelentéktelen, naponta ismétlődő — sérülések miatt orvosi sebellátásban, prophylactikus serumkezelésben nem részesültek, munkájukat folytatták mindaddig mig mozogni tudtak és csak az elviselhetetlen fájdalom és a csaknem teljes mozgásképtelenség kényszerítette őket arra, hogy a legközelebbi kórházba vitessék magukat. Ekkor már a tetanus jellegzetes tünetei, mint a szájzár, tarkómerevség, erős verejtékezés, a hasi, valamint az alsó és felső végtagizmok görcse, annyira szembetűnők voltak, hogy minden különösebb vizsgálat nélkül, már messziről rájuk tekintve is kétség sem férhetett a helyes kórismehez.

7 esetben a betegek nem tudták pontosan megmondani a sérülés idejét, 2-ben azonban biztosan sikerült megállapítani, hogy a fertőzés egy héten belül történt. Mindkét beteg gyógyultan távozott. Igy tehát nem lehet mondani, hogy jó eredményeinket csupán az okozta, hogy az összes betegeink hosszú incubatios idővel kerültek kezelés alá.

11%-os mortalitásunk összehasonlítva nagy és jól felszerelt intézetek statisztikájával valóban meglepő. 25 ágyas kórtermeink nem engedték meg, hogy betegeinket izoláljuk s megfelelően óvhassuk fénytől, zajtól. Ennek ellenére azt tapasztaltuk, hogy nyilván a nagy adag magnesiumsulfát hatására a reflexingerlékenységük csökkent.

Tartózkodunk a sebellátáson kívüleső egyéb sebészi beavatkozástól, félvén attól, hogy e beavatkozással ártunk az amúgy is szívkimerülésre, tüdőgyulladásra hajlamos betegnek.

A közkórházi osztályok zsufoltsága, nagy betegforgalma s a csekély orvosi létszám arra kényszerített, hogy bár a legmodernebb gyógyeljárások igénybevételével, mégis a lehetőséghez képest egyszerűsítsük betegeink kezelését. — Kezelésünkben bizonyos módosításokkal *Buzello* sémája szerint jártunk el. Igy amennyiben a fertőzés helyét megtaláltuk, alkalmaztuk a *Behring* által ajánlott helyi serum kezelést. Megfelelő sebellátáson kivül a seb környékén adtunk 12.500 I. E. serumot, ha a seb nagy kiterjedésű és mélyrehatoló volt úgy a sebtől felfelé i. m. is adtunk ugyanannyi serumot. Minden esetben a legrövidebb időn belül elvégeztük a *Kocher* ajánlotta lumbalpunctiót s a lebocsátott liquor helyébe 12.500 E. serumot fecskendeztünk. Ezenkivül naponként adtunk 12.500 E-t i. v. átlagban 10—12 napig, majd 4—5 napig 5000 E-t, végül 3—4 napon át 2.500 E-t úgy, hogy serumkezelésünket a 18—20-napon beszüntettük. Az intraduralis serum befecskendezést csak az első napon végeztük. A serum kezelésen kivül naponként adtunk 100 cm 25%-os magnesiumsulfátot s. c. és pedig d. c. és d. u. 50—50 cm-t úgy, hogy felét az egyik, felét a másik comb bőre alá fecskendeztük. A beteg táplálására gyomorsipolyt egy esetben sem készíttettünk. A beteget i. v. cukorral —, amennyire lehetett — per os és tápcsőrével tápláltuk, amit általában valamennyi jól türt. A magnesiumsulfátból — hasonlóan a serum kezeléshez — 10—12 napig 100 cm-t, 4—5 napig 40 cm-t, majd 3—4 napig 25 cm-t adtunk napjában bőr alá. Betegeink a görcsök csökkenésével és a táplálási lehetőségek javulásával párhuzamosan erősödtek, majd a görcsök teljes megszünése után 2—3 hét mulva régi erejüket és rendes testsúlyukat visszanyerve távoztak. Az aránylag nagy mennyiségű serum 7—8 napon túl adva sem okozott anaphylaxiás tüneteket s a serum kezelés befejezése után egy esetben sem volt serum betegség.

Hogy a beteget a türhetetlen görcsöktől megszabadítsuk néha evipán injectiót adtunk a 10%-os oldatból 2—3 cm-t i. v.

Ezt időnként chlorálhydrát csőrével váltottuk fel. Általában igyekeztünk kevés narcoticumot adni, hiszen tapasztalatból tudjuk, hogy hosszabb ideig tartó narcosisokban az evipán nem teljesen közömbös a betegre, a detoxicatio a szervezetben csak lassan megy végbe, minek folytán könnyen pneumonia, tüdőgangraena támadhat. Nagy adag 25%-os magn. sulfát adásával azonban nemcsak a görcsöket sikerült csökkenteni, hanem a reflex ingerlékenység leszállítása mellett enyhe narcosist is el tudtunk érni és így erősebb altatószerek állandó használata nélkülözhető volt.

Még megoszlanak a vélemények a toxin és az antitoxin felszivódási viszonyait illetőleg. *Meyer* és *Ransom* szerint a toxin a vérből és szövetnedvből a mozgató idegvégződésen lép az idegbe és ott a tengelyfonal mentén szivódik fel a gerincvelő elülső ganglionján át a mozgató központokhoz. Ugyanezen szerzők szerint az antitoxin csupán a vérben és nyirokban levő toxint közömbösíti, mig az idegbe bejutott toxinnal szemben hatástalan marad. Ezzel szemben *Aschoff* és *Robertson* szerint a toxin nem a tengelyfonálban, hanem az ideg nyirokréseiben halad a központ felé és így az antitoxin számára elérhető. Ezért fontos, hogy minél előbb, minél nagyobb mennyiségű serum kerüljön a szervezetbe. Ennek ellenére sem követtük az amerikai és német szerzők által ajánlott serummal elárasztását a szervezetnek, mert az egyidejüleg adott nagy adag magn. sulfát lehetővé tette, hogy a közepes mennyiségű serumadagokat az anaphylaxiás veszély idején túl is adhassunk.

Fennáll természetesen a serum therápia esetleges következménye: az anaphylaxia lehetősége is. Minden oly esetben, ahol erre gyanú lehet, az erélyes serum kezelés elött desensibilizálás végzendő. Betegeinknél — hiányos kórelőzmény folytán — ilyen adatok nem állottak rendelkezésünkre. Ennek ellenére a fent leírt kezelést minden esetben elvégeztük és egyetlen anaphylaxiás shockot sem láttunk. Mindenesetre még az anaphylaxia lehetősége sem lehet akadálya a kiadós serum kezelésnek.

Összefoglalás: 9 tetanusos betegünk közül 8 meggyógyult közöttük 2 olyan akiknek a lappangási ideje biztosan 7 napon belül volt. A jó eredményt a feltünően nagy adag 25%-os magnesiumsulfat injectióknak és az elhuzódóan keresztülvitt i. v. serum kezelésének tudjuk be. Kellemetlen mellékhatások eseteinkben nem fordultak elő.

Pelle László dr. közkórházi alorvos.

84. évfolyam. 47. szám. Budapest, 1940 november 23.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26. IV. em.
Telefon: 345-113.
Ingyenes liftháasználat.
(Kérje a portástól.)

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámlánk javára. *Jugoszláviában* az Avala bármely kirendeltségénél az „O. H. számlájára". *Romániában: Borsos Béla dr.* Arad, Str. G. Gringorescu 5. *Slovákiában: Eleőd Solt,* O. H. Dunabank, Bratislava. *Egyéb külföldről:* az előfizetést levélben küldött dollár-chequeben kérjük a kiadóhivatalba.

Előfizetési díj: az **„Orvosi Hetilap"**-ra az **„Orvostudományi közlemények"**-kel együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 350 dinár, 1000 lei, egyéb külföldre 6 dollár, vagy a belföldi díjak + portóköltség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyedévre negyede, egy hóra 2.50 P. A **„Magyar Orvosi Archivum"** egész évre 10 P., 70 slk., 100 dinár, 400 lei, 2 dollár.

84. évfolyam. 47. szám. Budapest, 1940 november 23.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

TARTALOM:

Hetényi Géza: Gyakori tévedések a gyomor- és bélbetegek kezelésében. (595—599. oldal.)
Irodalmi szemle: (599—601. oldal.)
Könyvismertetés: (601—602. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (602—603. oldal.)
Sz.: Szent-Györgyi Albert rectori székfoglalója. (603—604. oldal).
K. I.: A Községek III. Országos Kongresszusa. (604—605. o.)
Lapszemle: (605. oldal.)
Vegyes hírek. Hetirend: (607—608. oldal.)

Gyakori tévedések a gyomor- és bélbetegek kezelésében.

— *Klinikai előadás.* —

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

Azok a betegek, akik gyomrukra, vagy beleikre panaszkodnak, a gyakorlóorvos és a belgyógyász szakorvos gyakorlatának legnagyobb hányadát teszik, de nem sokkal kisebb számban találhatók a sebész és az idegorvos rendelőjében sem.

Mégis; ha az elért siker szerint osztályoznók betegeinket, a fenti betegek eredménye éppenséggel nem mutatkoznék kedvezőnek.

Mi ennek az oka? Vajjon az-e, hogy a gyomor- és bélbetegségek kórisméje és gyógyítása elmaradt más szerveké mögött? Erre a kérdésre nyugodtan nem-mel válaszolhatunk.

Ha figyelmesen és rendszeresen vizsgáljuk a rossz eredmények okát, hamar nyilvánvalóvá válik, hogy ezt bizonyos, mindig újra és újra visszatérő hibákban kell keresnünk, amelyeket pedig könnyen ki lehetne küszöbölni és ezzel a mindennapi gyomor- és bélbetegek gyógyítását az elérhető legmagasabb fokra emelhetnők.

Melyek ezek a hibák? Minthogy túlnyomó részük a helytelen anamnesissel, a hibás kórismézéssel és a kellőleg át nem gondolt gyógymóddal függ össze, e három csoporton belül tárgyaljuk azokat.

I. Anamnesis.

1. *Legyen elég időnk a beteg kikérdezéséhez!*

Az átlagosnál jobb, hosszabb és gondosabb kikérdezésre van szükség. Kérdezzük ki türelemmel a beteget, mondassunk el vele minden apró dolgot, panaszait fogadjuk megértéssel. De az anamnesis mit sem ér, ha tisztán a beteg panaszainak feljegyzésére szorítkozik. Ha nem gondolkodunk azon, *mit jelentenek* a beteg által előadottak és ennek eredményeként nem intézünk magunk is irányító kérdéseket a beteghez és nem *így* — tehát már bizonyos próbadiagnosissal, vagy diagnosisokkal — fogunk a beteg vizsgálatához, máris helytelen úton járunk. Anamnesis és vizsgálat szerves egészet alkotnak és a baj helyes felismeréséhez csak e kettő eredményeinek szoros egybekapcsolása útján juthatunk.

Sajnos a mai „betegbiztosító" világban, amikor az orvos egyéni munkájának értékelése egyre inkább háttérbe szorul, mind kevesebb juthat az anamnesisre is: a munkával túlzsufolt orvos, akinek tudata alatt állandóan ott lappang: „10 percnél többet nem fordíthatok egy betegre", mindjobban elhanyagolja az anamnesist és arra igyekszik, hogy lehetőleg minél gyorsabban: laboratoriumi leletek alapján, íróasztal mellett állítsa fel a diagnosist, még ha a tünetek nem is illeszthetők bele. Természetes, hogy ilyen körülmények között a gyógyítás sem lehet sikeres és ezzel végeredményben sokkal több időt kell az orvosnak a betegre vesztegetnie.

2. *De ne is építsünk pusztán az anamnesisre!*

Bámulatos, milyen gyakran képtelen a beteg panaszaiban a lényegeset és szembetűnőt megjelölni. A legfontosabb tüneteket is elfelejti, akárhányszor előfordul, hogy csak a vizsgálat elvégeztével vagy még később jutnak eszébe. Sokszor meg nem is gondol arra, hogy azok bajával összefüggethetnek. Vagy olyan lassan fejlődnek ki, hogy észre sem veszi, hogy valami másképp van, mint azelőtt. Az meg különösen gyakori, hogy szándékosan hallgat el fontos adatokat, amelyekből pl. psychikus feszültségére, vagy elkeseredésére lehetne következtetni.

De a betegek megállapításait sem szabad minden fenntartás és további kérdések nélkül, valóságként elfogadnunk! Főleg nem a hasmenés, hányás és fájdalom tekintetében. A „hányás" gyakran csak hányinger, vagy még az sem, hanem csupán evés utáni regurgitatio, a „fájdalom" sokszor inkább csak nyomás vagy feszülés érzése, esetleg égés, a „hasmenés" akárhányszor csupán félelem a hasmenéstől, az oly gyakori „gáz" majdnem mindig levegőnyelés. Tehát kérdezzük meg minden betegtől: mit ért a jelzett panaszon? Az ilyen: „mit ért hasmenésen?" és ehhez hasonló egy-két kérdés gyakrán felfedi a való diagnosist. Nagyon érdemes tehát ilyen kérdéseket feltennünk: az orvosnak időnyerést, a betegnek gyógyulást jelenthet.

Igy egyik betegünktől, aki hasmenésről panaszkodik, azt hallhatjuk, hogy napjában 10 széke is van, bár azok apró kemény göbökből állanak — egy másiktól, aki hasonlóan panaszkodik, megtudhatjuk, hogy valóban gyakori híg ürülése van, de ezt minden alkalommal napokig tartó makacs székrekedés előzi meg.

Világos, hogy ha ezeket a betegeket hasmenés ellen kezelnők, állapotuk csak súlyosbodnék, míg a valóságban fennálló dugulás leküzdése teljes gyógyulásra vezethet.

Annak példájára, hogy az „orvosnak fontos" tünetek nem mindig azonosak a „betegnek fontos" tünetekkel, idézzük emlékezetünkbe azokat a betegeket, akik ideges panaszokkal telve kerülnek hozzánk, akik minden béltünetüket izgalmakra vezetik vissza — és akiknek végbelébe nyúlva ott hatalmas rákot fedezünk fel.

3. Különösen fontos kérdés, amit sohase felejtsünk el feltenni gyomor- és bélbetegeinknek, mert a kapott feleletekből igen fontos következtetések vonhatók le: *vannak-e olyan ételek, amelyeket nem bír?* A gastrointestinalis allergia haladása az utolsó két évtizedben megtanított bennünket arra, hogy számos kóros gyomor- és béltünetet, nem valamilyen „betegség", hanem egyszerűen az okozza, hogy egyes embereknek gyomra, vagy bele bizonyos ételekkel szemben „túlérzékeny" és ezeknek fogyasztására — sokszor igen heves — kórtünetekkel válaszol. Különösen, ami a hasmenést illeti, talán nem mondok keveset, ha azt mondom, hogy átlag minden negyedik-ötödik hasmenéses beteg bajának oka ilyenben található. Fokozza ezeknek az eseteknek gyakoriságát az a körülmény is, hogy az ilyen túlérzékenység leggyakoribb forrása a tej és a tojás, tehát olyan ételek, amelyeket a gyomor és belek szempontjából általában a legbiztonságosabbaknak tartanak.

Egyik nemrégiben észlelt betegünk sürgős, robbanásszerű székletekről panaszkodott, amelyek látszólag minden ok nélkül és rendszertelenül jelentkeztek és amelyek ellen hosszú idő óta hiába keresett orvoslást. Az okot csokoládéevésben találtuk meg.

Az ilyen, étel iránti túlérzékenység felderítésére két lehetőség van. Ha a panasz csak több hetes vagy hónapos időközökben jő, legtöbbször elegendő, ha a beteget utasítjuk: jegyezze fel minden alkalommal a megelőző 24 óra alatt fogyasztott *szokatlan* ételeket. (Leggyanúsabbak a közvetlenül megelőző étkezés alkalmával elfogyasztott ételek!) Három-négy ilyen feljegyzést átnézve megvizsgáljuk, van-e olyan étel, ami minden alkalommal szerepel. Ha van ilyen, azt elvonjuk és figyeljük, megszűnik-e ezzel a panasz. Ha azonban a panasz *sűrűbb, vagy talán mindennapos is,* az ártalmas ételek kimutatását azzal egyszerűsíthetjük, hogy a kiváltó lehetőségek számát csökkentjük. A legegyeszerűbb eljárás volna: pár napos éhezés, mert ha a panaszok ezután is fennállanak, világos, hogy az ok nem az étkezésben keresendő. Ha a panasz az éheztetés alatt megszűnik, ez biztossá teszi a kapcsolatot. Ilyenkor naponta *egy* új ételt próbálunk ki, amíg végül van elég mit ennie a betegnek, hogy semmiféle panasza ne legyen. Mivel azonban hazánkban a legtöbb ember nem szívesen koplal, vagy betegünk már olyan leromlott állapotban kerül hozzánk, hogy nincs szívünk koplaltatni, akkor olyan étrendből indulunk ki, amelyben csupán olyan ételek vannak, amelyek tapasztalataink szerint csak nagyon ritkán okoznak zavart. Ilyen étrend pl.: rizs, cukor, vaj, bárányhús, befőtt körte. Ha erre a diaetára a panaszok két-három nap alatt megszűnnek, ugyancsak egyenként próbáljuk ki az új és új ételeket. Ezeket eleinte szintén lehetőleg azok közül az ételek közül választjuk ki, amelyek iránt tapasztalat szerint ritka a túlérzékenység: marhahúst, burgonyát, sárgarépát, zöldbabot, majd piritott kenyeret próbálunk adni. Igy legtöbbször sikerül elkerülni azt, hogy mindjárt a próbálkozás kezdetén visszaesés álljon be, ami a beteget elkedvetlenítené.

Természetesen, ha a második módozatot választjuk és nem az éheztető napokat, akkor — eredménytelenség esetén — az is lehetséges, hogy az alapdiaetában adot ételek iránt túlérzékeny betegünk. Ilyenkor, ha az éheztetést mindenképen el akarjuk kerülni, két-három cukor—méz-napot iktatunk be; ha a helyzet nem változik, akkor ugyancsak biztosak lehetünk afelől, hogy a beteg panaszain semmiféle étrend nem segít!

Mindezekből tehát levonhatjuk azt a következtetést, hogy lehetőleg tartózkodjunk a diaetasemáktól és az étrendet mindig „annak a bizonyos betegnek" írjuk elő. Az általában szokásos diktatórikus előírás helyett tehát oda irányuljon törekvésünk, hogy a betegnek a helyes étrend megtartásában *segítségére* legyünk.

Furcsa és megmagyarázhatatlan tény, hogy míg az állat rendelkezik helyes ösztönnel a neki megfelelő táplálék megválasztására, addig az emberben ez az ösztön felette hiányos. Amerikai kutatók kimutatták, hogy ha patkányok elé közönséges búzát és mellette másik halomba olyan búzát tesznek, amely egészen kis adagban — olyanban, ami annak ízét semmiben sem befolyásolja — seleniumot tartalmaz, a patkányok csalhatatlanul elkerülik az ártalmas táplálékot es ha mást nem kapnak, inkább éheznek, semminthogy az ártalmas táplálékot fogyasszák.

II. Kórhatározás.

4. *Ismerje az orvos a „normalis" határait!* Nem szabad túlzott jelentőséget tulajdonítanunk *apró* elváltozásoknak. Igy gyakran vagyunk tanui annak, hogy az epehólyagnak, vagy a vakbélnek röntgenvizsgálat alkalmával kimutatható kis alak- vagy helyzetváltozásaira téves diagnosisokat alapítanak. (Ugyanez természetesen a helyzet más téren is, mint pl. az elektrokardiogramm, vagy az alapanyagcsere értékelésében!) A hasi szervek kisfokú alak- vagy helyzetváltozásai a normalis változatok határai közé esnek és ha az orvos tudja, hogy pl. jelentős gyomorsüllyedés milyen gyakran fordul elő hatalmas, jóltáplált embereken, akiknek a világon semmi bajuk sincs emésztésükkel, akkor nem fogja túlbecsülni a röntgenképen látható süllyedést sem és nem igyekezik mnidenáron ezzel magyarázni a beteg panaszait.

Hogy ilyennek mi a következménye, azt nap-nap mellett tapasztalhatjuk. Az erőlködés a „normalis" visszaállítására legtöbbször az állapot rosszabbodására vezet és akárhányszor új neurosis társul a régihez, ha az orvos hangot is ad annak a gyanújának, hogy ptosis, adhaesiók, kolitis, stb. áll fenn. Az ilyen helytelen „therapia" láttára csak *Korányi Sándor báró* bölcs mondásával lehet vigasztalódni: „Szerencse, hogy a szervezet szabályozó- és alkalmazkodóképessége révén oly sikerrel tud ellenállni minden törekvésnek, ami megváltoztatására irányul."

5. *Ne kizárólag a röntgenologustól várjunk diagnosist!* Ők maguk is sokszor panaszkodnak, hogy az orvosok tőlük minden esetben positiv diagnosist („szervi" bajt) várnak. Tudjuk jól, hogy ez lehetetlen: az emésztőszervekre utaló panaszok jelenléte esetén a röntgenvizsgálat körübelül az esetek felében negativ „szervi" leletet ad. Ez utóbbi esetben a panaszok az emésztőszervek *működési* zavaraiból fakadnak.

A röntgenologusok e várakozás tudatában is bátran adják ki a negativ leleteket és ne írjanak tele oldalakat a különböző szervek viselkedésének ecsetelésével: apró eltérésekkel a szervek helyzetében, peristaltikájában, telődésében, üresedésében, stb. Ha akadna is talán olyan orvos, aki emiatt esetleg más „eredményesebb" röntgenszakorvoshoz küldi betegét, vigasztalja az a tudat, hogy így viszont nem vált értelmi részesévé felesleges módon végzett műtéteknek!

De ha positiv eredményt ad is a röntgenvizsgálat, még távolról sem biztos, hogy a kimutatott elváltozás *okozza a panaszokat!* Amit a physikalis vizsgálatról mondottam, az a laboratoriumi és röntgenvizsgálatra is vonatkozik, vagyis ezek is csak a gondos anamnesis-

sel szerves kapcsolatban értékelendők! Az ilyen tévedések következményeit ugyancsak gyakran van módunkban észlelni.

Ide tartozik az a betegünk, akit már négyízben operáltak ulcus miatt, kinek panaszai —, amelyek sohasem voltak fekélyre jellegzetesek — változatlanul megmaradtak. A súlyosan neurotikus beteg kellő idegorvosi kezelésre teljesen meggyógyult.

Másik betegünkben a röntgenvizsgálat magányos nagy epekövet mutatott. Jóllehet a betegnek sohasem voltak epegörcsei, sem annak aequivalensei, mint pl. ebédutáni gyomornyomás, vagy puffadás és panaszai tisztán neurotikus jellegűek voltak — más helyütt — kierőszakolta a műtétet, mely természetesen semmiféle javulást nem hozott.

Az orvos mindig igyekezzék kórjóslatát a röntgenvizsgálat *előtt* felállítani!

6. *A positiv laboratoriumi lelet sem dönt biztosan a panaszok oka felől!* Igen gyakori hiba, amire már fentebb utaltam, hogy az orvos idő hiánya miatt nem a beteg meghallgatásából és vizsgálatából, hanem a „leletek"-ből akarja a diagnosist és a gyógymódot megállapítani, még akkor is, ha az ilyen úton történő megállapítás a tünetekkel szöges ellentétben van.

Ilyen felfogásnak köszönhette évekre terjedő kálváriáját az a szerencsétlen betegünk, akinek duodenumában lambliákat fedeztek fel és aki ezután egy sereg orvosnál járt beleinek „desinfectiója" végett. A beteg chronikus hasmenésben szenvedett és egyre újabb és újabb lambliaellenes kúráknak vetették alá, annak ellenére, hogy lambliákat később már egyáltalában nem sikerült székletében kimutatni. A betegnek — hyperthyreosisa volt és a pajzsmirigy eltávolítása után hasmenései teljesen megszűntek.

Mindnyájan ismerünk olyan orvosokat, akik valamilyen „góc", vagy „szerv" általános kóroki jelentőségének igézete alatt állanak. Az egyik minden betegének fogait huzatja ki, a másik minden baj okát a petefészekben találja, a harmadik a pajzsmirigy besugárzásának a híve, a negyedik mindenütt hypovitaminosist sejt és gyógyít és így tovább. Minthogy átmeneti — psychikus — eredményeket mindenféle beavatkozás után észlelhetünk, ilyenek a beteget, de az orvost is megerősítik felfogása helyességében; a beteget természetesen csak addig, amíg a tünetek visszatérte ki nem ábrándítja!

7. *Gyomortünetek képében gyakran jelenik meg a migraine!* A migraines roham hulláma —, mint ismeretes — az emésztőrendszerre is gyakran ráterjed, akár a tengeri-betegség, a labyrinth bántalma, vagy az agydaganat. Az út nyilván a basalis ganglionokon és vagusokon át vezet. A rohamot sokszor hyperbilirubinaemia is kiséri.

A migraines beteg igen gyakran csak „rossz gyomor"-ra panaszkodik és ha említi is főfájását, azt rendesen a „gyomorrontás" következményének tartja — Gyakran kétségbeesetten kerül hozzánk, mert már „mindent megpróbáltak gyomrával", de eredménytelenül.

Ha tehát typikusan migraines egyéniségű, vagyis feszült, élénk, túl lelkiismeretes, túl szorgalmas és ingerekre túlzottan reagáló, többnyire fiatal, vagy középkorú nő keres fel bennnüket azzal a panasszal, hogy gyakran rontja el minden ok nélkül gyomrát, ne *ezt* kezeljük, hanem igyekezzünk *agyvelejének* minél több nyugalmat és pihenést szerezni. Írjunk elő hosszú pihenőt, igyekezzünk problemáiban segítségére lenni, tanítsuk meg a gynergen használatára, gondoskodjunk alvásáról — és akkor gyakran részesülünk abban az örömben, hogy az elkeseredett, elnyűtt, lesoványodott *betegből* derűs, nyugodt, szabadon evő és „jó gyomrú" egyént faragtunk.

8. *Legyünk óvatosak az idült vakbélgyulladás kórisméjével!* Az idült vakbélgyulladás még ma is egyike a leggyakoribb műtéti javallatoknak. Aki, — akár belgyógyász, akár sebész — elfogulatlanul itéli meg az ilyen címen operált betegeinek későbbi sorsát, az biztos, hogy az eredménnyel nincs megelégedve. Sokan — épen ezért — kételkedni is kezdenek abban, van-e egyáltalán „chronikus appendicitis". Ha van is ilyen, bizonyos, hogy nagyon ritka! Milyen gyakran látjuk az ilyen műtétek után a betegek javulását, míg azután pár hónap múltán a régi panaszokkal, vagy talán még nagyobb fájdalmakkal térnek vissza, mint aminők a műtét előtt voltak.

Ha megkérdjük azokat a betegeinket, akik a has jobb alsó quadransában műtéti heggel kerülnek hozzánk, miért operálták őket és mi lett az eredmény, hamarosan rájövünk arra, hogy állandó gyógyulásról majdnem kizárólag csak azoktól a betegektől hallunk, akik a műtétet egy vagy több erősen fájdalmas roham miatt végeztették el. Azokon ellenben, akiket bizonytalan panaszok (emésztési zavarok), fáradtság érzése, idegesség, különböző hasi sensatiók — különösen, ha ezek állandóak és sem táplálékfelvétel, sem a belek kiürülése nem befolyásolja — késztettek műtétre, akiknek —, ha volt is fájdalmuk — a fájdalom *alatt* a vizsgáló orvos sohasem ajánlott appendektomiát, az eredmény: semmi, vagy átmeneti.

Mindenképen igen helyes elővigyázati rendszabály: minden chronikus appendicitis diagnosisával végzett műtétkor elég nagy metszés és alapos hasüri vizsgálat.

9. *Legyünk óvatosak a kolitis kórismézésével is!* Az ezen a téren elkövetett hibák *Axel Munthe* óta eléggé ismeretesek. Igen nagy azoknak a betegeknek száma, akiknek a has különböző helyein vannak kellemetlen érzéseik és akiken a tapintás alkalmával az orvos a colon érzékenységét állapítja meg. Ez az „érzékeny colon" még távolról sem „kolitis"! Az ilyen betegek vastagbelében nincsenek lobos elváltozások, a végbéltükrözéskor a nyálkahártyát épnek látjuk, legfeljebb csak kevés nyák, vagy gáz ürül. A tapasztalat azt mutatja, hogy az ilyen egyének kilátásai kedvezőek: időről-időre vannak ugyan csekély panaszaik, ezek azonban az ötvenes éveken túl rendesen megszűnnek. Az ilyen esetek vizsgálatakor a röntgenologus igen hamar hajlandó a „spastikus kolitis" kórisméjét megállapítani, ha kissé durvább nyálkahártyaráncokat vagy erősebb haustráltságot észlel a lehágó vastagbélben. Ez helytelen, mert ezek az elváltozások (lásd fent) a „normalis" határai közé tartoznak. Inkább mondják, hogy a vastagbél normalis, semminthogy neurosisok és phobiák kiindulására adjanak alkalmat!

Minél több ilyen patienst lát az orvos, annál kevésbbé van kedve a „hasat" gyógyítani és annál inkább a „beteget"! Legjobb megmondani nekik, hogy vastagbelük túlzottan érzékeny, hogy az időnként okozhat panaszokat, de baj sohasem lesz belőle. Neki kell megtanulnia, hogyan éljen vele és hogyan kerüljön mindent, ami beleire kimutathatóan ártalmas!

Vannak olyan betegek, akiken az emotiók rossz hatása különösen szembetűnő. Elegendő, ha valamilyen út előtt állanak, vagy valamilyen meghívásnak kell eleget tenniök, hogy kellemetlen hasi érzésük, vagy hasmenés támadjon. Ha ezek a rossz érzések már az indulás előtt jelentkeznek, az ilyen emberek már azzal a tudattal indulnak el, hogy roszszul fogják magukat érezni. Ha ilyenkor 0.03—0.04 acidum phenylaethylbarbituricumot, vagy 0.01—0.02 g codeint vesznek be, minden rossz érzés elmarad. Ezzel a kis fogással sok jót tehetünk.

10. Gyakori panasz a *„gázképződés"!* Az ilyen bebeteg egyik — nagyobb — része hangos böfögésről panaszkodik. Ez a panasz csaknem mindig *levegőnyelésen* alapszik. Nem tudjuk, mi az oka annak, hogy egyesek ételeikkel, nyálukkal levegőt is nyelnek. Néha sikerül kinyomoznunk, hogy fejlődött ki ez a rossz szokás; rossz érzéssel, fájással, a nyelőcső, vagy gyomor táján,

amelyen ilyen módon óhajt enyhíteni. Ezt a fajta levegőnyelést különösen hypertoniás, vagy cardialis decompensatio határán álló betegeinken látjuk, valamint olyanokon, akik szívbajtól félnek. Még többször szerencsétlen otthoni körülmények, félelem, túlzott munka, gondok: a kiváltó okok. Ritkán elég, ha az ilyen embernek azt mondjuk: ne nyeljen levegőt; ha lehet, az alapot kell megszüntetni! Sokszor vagyunk képesek segítnei olymódon, hogy rávesszük a levegőnyelőt, feküdjék le evés előtt ¼ órára szobájában egyedül, vegyen 1—2 szem sevenalettát, figyelmét étkezés közben az evésre fordítsa, ne beszéljen, ne telefonáljon, rossz híreket ne hallgasson. Célszerű az evés és ivás kettéválasztása is: az ivásnak az étkezés végére halasztása, vagy szalmaszálon keresztül történő ivás. *Ilyen betegeknek diaetát előírni teljesen felesleges!*

A „gázos" betegek másik része valódi *flatulentiában* szenved és panaszaik puffadásról és túlzott flatusürítésről szólnak. Az okot itt sem mindig könnyű megtalálni. Ebből persze „szervi" ok után nyomozunk: az olyan elhízott nőbeteg, aki ebéd után puffad, úgyhogy enni is alig mer, cholecystographiára küldendő — az a férfi akinek puffadását étkezés, vagy szóda bevétele szünteti, ulcusban szenved — az olyan idősebb embernek, aki puffadást és epigastrialis nyomást érez, ha jár, főleg étkezés után és nagy hidegben; a coronariái betegek!

Puffadást, flatulentiát, dugulás is okozhat, ha a bél kiürülése nem teljes: sokszor egy-egy visszamaradt bélsárrög izgatja a nyálkahártyát, még ha egyébként üres is a bél. Hasonló panaszokra vezethet minden túlzott törekvés is szék előidézésére. Bizonyos ételek iránti érzékenységre is gondolnunk kell (lásd fent).

Levegőnyelés és flatulentia össze is függhet: a lenyelt levegő nitrogenjének felszívódása sokkal lassúbb, mint az oxygené. Igy az utóbbi felszívódhat, míg a nitrogen végig megy a vastagbélen.

III. Gyógykezelés.

A *diaetás* kezelés terén a két leggyakoribb hiba ellen a következőképen küzdhetünk:

11. *Betegeinket ne tartsuk túl soká szoros étrenden!* Akárhányszor látunk éheztetett, gyenge, vérszegénnyé lett betegeket, akik hónapokon, vagy éveken át éltek olyan étrenden, amely mennyiségileg, vagy minőségileg elégtelen volt. Sokszor a diaetát elrendelő orvos nem is tehet erről: pár hét tartamára rendelte, a beteg panaszmentessé vált, de nem ment vissza az orvoshoz és azt gondolta, hogy az az étrend, ami őt panaszaitól megszabadította, továbbra is jó lehet. A betegeknek különösen három csoportját fenyegeti ilyen veszély: *a)* az ulcusbetegeket; *b)* a chronikus enterokolitisben szenvedőket és *c)* azokat, akiknek valamilyen allergiás betegség (pl. ekzema, urticaria) miatt rendeltek diaetát. 20—30 kg-os fogyások is előfordulnak, ami még akkor is nagy ár volna, ha csakugyan meg lehetne vele a beteget gyógyítani.

Sajnos, a szokásos ulcusdiaeta alig tartalmaz C-vitamint és vasat, még az a kevés vas is, ami benne foglaltatik, az egyidejű alkalizálás miatt nem képes felszívódni. Ezért olyan gyakori a „classikus" ulcuskurák folyamán az enyhe, fel nem ismert scorbut (inygyulladás, a fogak meglazulása, vérzéshajlam) és az anaemia. Az intézetünkben most már csaknem kivétel nélkül követett Meulengracht-féle diaeta jó hatása éppen ezen a megfigyelésen alapszik.

És mennyire lehetünk biztosak abban, hogy a szoros étrend még olyan pontos megtartása is véd a visszaeséstől? Hivatkozom itt arra az összeállításra, amely 1936-ban a Korányi-klinika fekélyes beteganyagának ávizsgálásán alapult és amely idegizgalmaknak és gondoknak sokkal nagyobb szerepét derítette ki, mint amilyen különbséget tett a diaeta betartása, vagy elhanyagolása.

Fekélyműtétek után is számot kell vetnünk azzal, hogy a meggyorsult vékonybélpassage következtében a bevett vitaminoknak csak egy része szívódik fel!

12. *Heveny esetekben viszont tartassunk tovább diaetát!* Különösen áll ez a bél heveny gyulladásos állapotára. Ha idült bélbetegeket betegségük kezdetének körülményei felől kérdezünk ki, hányszor van az a gondolatunk: ha a heveny szakban gondosabban kezelték volna, talán kigyógyulhatott volna. Túl korán adták vissza teljes evési szabadságát, mielőtt a bélnyálkahártya teljesen meggyógyult volna.

A *gyógyszeres* kezelés terén ugyancsak

13. *ne adjunk gyógyszert határtalan ideig, főleg, ha nem látjuk biztosan hasznát!*

Typikus példája ennek a sósav rendelése anacidoknak, vagy hasmenésben szenvedőknek, utóbbiaknak még akkor is, ha van is kevés savuk. Nem is akarok beszélni arról, sokszor milyen hamis képet ad egyszeri próbareggeli, vagy szakaszos gyomorsavvizsgálat a tényleg uralkodó viszonyokról: hányszor panaszkodik a beteg gyomorégésről, amikor a próbareggeli savszűkét mutat ki. Ha ilyenkor próbaebédet, vagy a Vándorffy-féle kettős próbareggelit adjuk a betegnek, kiderül, hogy neki van igaza! *De milyen gyakori az achylia minden panasz nélkül!* Leghelyesebben úgy járunk el, ha próbaképen néhány napon át adunk sósavat: ha eredményt sem mi nem látunk, sem a beteg nem érez, nincs értelme annak, hogy továbbra is szedessük.

Az ellenkezője is gyakran megesik, t. i. alkaliknak túl soká adása. Különösen olyan betegeknek, akiknek gyomra lassan ürül, alkalosisuk támadhat, annak minden — rendesen fel nem ismert — kellemetlenségével!

Ma különösen divatosak a különböző fermentumokból összeállított készítmények. Nem tekintve azt, hogy ilyen készítmények valóságos fermenttartalma felette kétséges (néhány vizsgált esetünkben heteken át szedésük után sem sikerült a székletben fokozott fermenttartalmat kimutatni), hatásuk megítélése is nehéz, főleg azokban az idült — kiújulásra hajló — esetekben, melyekben rendszerint alkalmazzák.

14. *Gyomor- és bélpanaszokat sokszor jobban gyógyítunk meg idegnyugtatókkal, mint „gyomor"-, vagy „bél"-szerekkel!* Főleg azokra az astheniás alkatú, gyengén táplált, elnyűtt családanyákra, üzletasszonyokra, vagy önállóan kereső nőkre gondolok, akik egész életüket kemény munkában töltötték és tucatnyi panasszal jelentkeznek, köztük hasi fájdalmakkal, emésztési zavarokkal is. Ilyenkor a legrosszabb, amit tehetünk, minden egyes tünetet orvosolni. Feladatunk helyesen abból áll, hogy kimutassunk egy-egy tünetet, amelyen, ha segítünk, ez a többi javulását, vagy megszűnését is maga után vonja. Ezek a jelenségek legtöbbször: a fáradtság és álmatlanság és ezért ilyenkor az emésztési panaszok ellen ne sósavat, vagy fermenteket, hanem nyugtatót és altatót rendeljünk. A sevenaletta, lubrocal és phanodorm rendeléséért sok beteg lesz hálás. Nincs igazuk azoknak az orvosoknak, akik ilyen esetekben a megszokástól félnek.

15. *Ártalmasak-e a hashajtók és a beöntések?* Erre a kérdésre nem könnyű válaszolni. Nézetemet talán legjobban a következőképen fejezhetném ki: ártalmasak azokra, akik hypochondriára, neurosisokra hajlanak, vagy akiknek valamilyen szervi bélbajuk van; ártalmatlanok ellenben azokra, akiknek nincs hajlamuk, vagy nincs idejük beleikkel túl sokat foglalkozni. Ha ez utóbbi csoportokba tartozókon is találunk — még pedig elég gyakran — tüneteket, amelyek beöntések, vagy hashajtók használata következtében mutatkoznak, biztosak lehetünk abban, hogy a *technika* rossz.

A *beöntés* régi és logikus gyógyító eljárás ott, ahol a székrekedés oka a végbélben van (dyschezia, vagy proktogen obstipatio). A leglogikusabb, mert maradéktalanul kiüríti a belet a veszteglés helyén, anélkül, hogy a hosszú bélcsatorna felsőbb részeit felkavarná. Mi sem természetesebb viszont, mint hogy mélyenülő kolitis eseteiben (proktitis ulcerosa) tilalmas.

Tudni kell azonban a beöntés módját. Elvégzését sok felesleges „szertartás" teszi bonyolulttá (térdkönyökhelyzet, padlórafekvés). Mások azzal követnek el hibát, hogy túlsokát tartják vissza a bevitt folyadékot, ennek következtében rövid idő múlva esetleg már egyáltalán semmi sem jön vissza, mert a bél hozzászokott a nagy folyadékmennyiség visszatartásához. Mások megint félelemből, hogy a beöntés „kihozza a belet formájából", alig valamit engednek be a végbélbe.

Legcélszerűbb a beöntést a szükséghelyen egyszerűen, gyorsan, langyos sós vízzel végezni, (kb. 1 literrel) és a folyadékot azonnal kiereszteni. Aggályos embereket célszerű megnyugtatni, hogy a beöntés után ürített székleten lévő nyáknak nincsen semmi jelentősége.

Ugyanez áll a *hashajtókra* is. Ha azt halljuk valakitől, hogy évek óta használja jó eredménnyel; hagyjuk!

Persze itt csakugyan megtörténik, hogy a vastagbél idővel megszokja a használt hashajtót. Ezért helyes tanács a hashajtók időnkénti változtatása. Célszerűbb a jól ható hashajtót is csak két-három naponként adni, mert akkor még kisebb az esélye a megszokásnak és az adagot sem kell minduntalan növelni. Meg kell magyaráznunk, hogy egy jó kiürülés két-három napra is elégséges!

És végül:

16. *Nem lehet minden „kigyógyítani"!* Sokszor igen hasznos, ha ezt megmagyarázzuk betegeinknek. A „kolitises"-nek elmondjuk, hogy vastagbele tudajdonképen rendes; kórtünetek csak akkor jelentkeznek, ha ideges hatásra görcsök vagy túlzott nedvelválasztás indul meg.

Ha a túlérzékeny vastagbelű betegen segíteni akarunk, kell, hogy tudja: különlegesen érzékeny idegrendszere van és élete végéig érezhet itt-ott tüneteket, akár akkor, ha valami izgatja, vagy fárasztja, akár, ha meghül, vagy ha olyat eszik, amivel szemben túlérzékeny, vagy ha nem rendezi belei működését, stb. Ha ezt képes megérteni, nem vadássza tovább a „teljes gyógyulás"-t, hanem kiegyezik beleivel és igyekszik, hogy amennyire lehetséges, elkerülje az említett ártalmas befolyásokat. Másszóval: handicap-pel él!

Az ilyen betegek esetében teljességgel az az érzése az orvosnak, hogy nem is a colon, hanem annak beidegzése a „beteg"!

*

A belorvosnevelés egyik hézaga, hogy az egyetemen ritkán látnak betegeket „organikus" elváltozás nélkül. Önkénytelenül is arra neveljük így őket, hogy hasi jelenségek esetén a röntgenologus vagy a vegyi laboratorium mondja ki a döntő szót és ezen az alapon valamilyen határozott elnevezésű szervi betegséget akarjanak megállapítani. Igy a fiatal orvosnak, ha kilép az életbe, nem is jut eszébe, hogy ha valaki a hasára panaszkodik, még nem biztos, hogy a baj csakugyan a hasban van.

Tanítsuk meg tehát őket, hogy az emésztőszervekre vonatkozó panaszok sokszor érzékeny vagy beteg idegrendszer következményei is lehetnek. Nagy áldás, ha megtanulják, hogyan kell az ilyen beteget a helyes életmódra tanítani; hogy sokszor mennyivel nagyobb gyógyító erővel bír egy sereg orvosságnál, vagy műtétnél az, ha a beteg nyugodtabb helyen, egyszerűbb foglalkozást talál, gazdaságosabban végzi szellemi munkáját, több pihenőben részesül, bizonyos ambiciókról letesz és mindenek felett, ha az orvos jobban megérti problemáit.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

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

Vérnyomás és vese. *F. Volhard.* (Dtsch. Med. Wschr. 1940. 16—17.) Rövid történeti áttekintés után a legújabb kisérleteiket ismerteti, amelyek a vesebetegség esetén jelentkező vérnyomásemelkedést a vese keringésének megromlására vezetik vissza. A keringés romlásával megváltozik a vese anyagcseréje és fehérjéhez közelálló anyag keletkezik, amely a mellékvese és a hypophysis eltávolítása után is vérnyomásemelkedést okoz. Essentialis hypertonia, Cushing-syndroma és mellékvese-daganatok esetén ez az anyag nem mutatható ki. *Volhardt* szerint a vérnyomásemelkedés a szervezetre nem hasznos, mert a vese erei is szűkülnek és így a betegség progrediál, ha nem gyógyult teljesen az acut vesebetegség. Egyoldali betegség esetén oki therapia; a beteg vese eltávolítása; egyébként az orvos tennivalója a vérnyomás csökkentése. Ennek tartós és hatékony eszköze a fehérje- és sószegény diaeta. (K. 53.)

Greiner Antal dr.

A negativ Gruber—Widal-reactio gyakorisága az emberi typhus és paratyphusban. *F. W. Rothmann.* (Klin. Wschr. 1940. 39.) Az eddig leírt 5258 typhus-eset 7.53%-ában volt negativ a Gruber—Widal-reactio. A H- és O-agglutininnel végzett reactiók esetén lényegesen csökkent a negativ esetek száma. A szerző ezért minden negativ esetben szükségesnek tartja a qualitativ receptor-analysist. E reactiók negativitása sem zárja ki a typhus és paratyphus jelenlétét. Ilyenkor Vi.-agglutininnel is el kell végezni a reactiót. Ha mindez negativ, steril tejinjectióval lehet az agglutinin-képzést serkenteni. (G. 52.)

Horányi Mihály dr.

SEBÉSZET

Rovatvezető: *ifj. Verebélyi Tibor* és *Fedeles-Findeisen László.*

A heparin szerepe a postoperativ thrombosis kezelésében. *Crafoord.* (Acta Chir. Scand. 82. 2—3.) A szerző volt az első, aki intravenásan adott hosszú időn keresztül heparinoldatot a thrombosis megelőzésére. Vizsgálatának második szakaszában a kifejlődött thromboemboliás tüneteket kisérelte meg befolyásolni a heparin-befecskendezéssel. 135, ill. 21 esetben alkalmazta és arra a tapasztalatra jutott, hogy a szer igen alkalmas a postoperativ thrombosis megelőzésére, míg a kifejlődött kórképre lényeges befolyást nem sikerült kimutatni. Az alvadási idő megrövidülését jóformán mindenütt észlelte, ugyanilyen különbség elérésére műtét után azonban nagyobb adag heparinra volt szükség. (F. 99.)

Fedeles-Findeisen László dr.

A gyomorfekélyek keletkezése neurogenetikus alapon. *Ask Upmark.* (Acta Chir. Scand. 82. 2—3.) Már régebben ismeretes az az elmélet, hogy a gyomorfekély agyi elváltozások kapcsán is keletkezhet, illetve ezek váltják ki. A szerző 10 agydaganatos betegen vizsgálta a gyomor elváltozási viszonyait; hypophysisadenoma esetében achyliát, míg a hátsó scala daganataiban fokozott secretiót talált. De észlelte tompa fejsérülés, koponyalövés után is peptikus fekély keletkezését. Szerinte a peptikus és neurogen tényező együttesen idézi elő a fekélyt, de szerepe van a májnak, ill. a szénhydratanyagcsere zavarának is. (F. 100.)

Fedeles-Findeisen László dr.

Serumbetegség tetanus-injectio után. *Domrich* és *Hubert.* (Zbl. f. Chir. 1940. 1.) A serumreactiónak két formája ismeretes: 1. a ritkább, veszélyesebb, collapsushoz vezető korai; 2. a gyakoribb, 7—14 nap között jelentkező késői alak. A prophylaktikus oltást 8% serumexanthema kiséri. A serumbetegség elkerülhető, ha 1. kerüljük az i. v. savó alkalmazását; 2. ismételt oltáskor marhaserumot adunk; 3. nem használunk friss savót; 4. érzékenységi próbát végzünk (intracutan próba, ophthalmoreactio, desensibilizálás). *Urbach* tetoválást ajánl az első seruminjectióval egyidőben. A Behring-gyár „Fermoserum" néven újabban olyan savót hozott forgalomba, amelyet a fehérjétől nem kisózás, vagy dialyzálás, hanem fermentativ úton szabadítanak meg. 400 esetben alkalmazva, egyszer sem észleltek serumbetegseget. Különböző gyárak savói egyformán okoznak exanthemát, míg az adagolás helyéről ugyanezt nem lehet állítani; amennyiben legkevesebb a kellemetlenség az intraglutealis injectioval. (V. 32.)

Galambos József dr.

TÁBORIEGÉSZSÉGÜGY ÉS HADISEBÉSZET

Rovatvezető: *Lippay-Almássy Artur.*

Merevgörcs jelentkezése a német—lengyel hadjáratban. *Wildegans.* (Dtsch. Med. Wschr. 1940. 32.) Feltünő, hogy a közelmúlt német—lengyel háborúban aránytalanul több lengyel sebesüit betegedett meg merevgörcsben, mint német: 10.000 lengyel sebesültre 66%, ugyanannyi németre 3.6% merevgörcsbetegség jutott. A 217 lengyel eset közül 53.5% volt a mortalitás, az 5 német esetből 3 meghalt. Kutatva a nagy különbség okait szerző megállapítja, hogy az első sebellátás mindkét oldalon a hadműveleteknek rendkívül gyors lezajlása következtében szinte egyformán hiányos volt. Azon a kevés helyen, ahol a német sebesültek idejében kerültek sebészi helyre, a békebeli baleseti sebészethez szokott szakorvosok sokszor megpróbálták az elsőleges varratot s ezzel akaratlanul fokozták az anaerobfertőzés kitörésének lehetőségeit. A sebesülteken észlelt lövési sérülések súlyossága sem mutatott lényeges különbséget. A német sebesülteken a lengyel puskalövedékek talán nagyobb roncsolásokat is végeztek, mert a lengyel puskagolyó labilisabb és könnyebben éktelenedik, mint a német éleshegyű lövedék. A sebesültek ellátásában azonban nagy különbséget találtak a megelőzés keresztülvitelében. Mindkét fél a passiv immunitásra rendezkedett be. A német sebesültek, igen ritka kivételtől eltekintve mind meg is kapták idejében a prophylactikus védőoltást. A lengyel egészségügyi szolgálat ellenben már az első napokban teljesen csődöt mondott, minek következtében sebesülteiknek 80%-a egyáltalán nem kapott merevgörcselleni gyógysavót, 20%-a pedig sebesülése után 24 órával későbbi időben. (L. 39.)

Lippay-Almássy Artur dr.

A sebellátás befolyása a sebfertőzésre. *Haberer.* (Münch. Med. Wschr. 1940. 40.) Általánosságban minél kisebb a lőtt seb, annál kisebb a súlyos sebfertőzés veszélye. A külső seb nagysága azonban nem mértékadó, mert alatta esetleg nagy roncsolás is keletkezhetett, melynek öntisztulását épen a kicsi külső sebnyilás akadályozza. A gázüszük leküzdésében a serum megelőző, vagy gyógyító hatása még nagyon kérdéses. Ezért sebészi úton tegyünk meg mindent, ami a gázüszök megfogamzása alól a talajt elvonja és hagyjunk el mindent, ami fejlődésének kedvez. Széles feltárás tehát és alapos sebtakarítás a feladatunk, kerüljük az elsőleges sebzárást és minden csak nélkülözhető végtagleszorítást és sebkitömést. A lőtt sérülések bevarrásának tilalma alól csak három kivétel van: az izületi és a koponyasérültek, valamint a mellüreg széles megnyitásával sérült mell-lövésesek. Avégett, hogy az utóbbiak a varratok elgenyedése folytán újabb heveny pneumothoraxot ne szenvedjenek, célszerű az, hogy a mellkasnyilást elzáró varratba a tüdőt is belefoglaljuk, mert ha a mellkasfali seb később meg is nyilik, az időközben a fali pleurához tapadt tüdő megakadályozza a mellüreg újabb megnyitását. — A gázüszök megelőzéséhez tartozik végül az is, hogy a lőtt sérülésnek a lehető legnagyobb nyugalmat biztosítjuk. Ezért rosszabbodik minden súlyos sérült állapota a taktikai helyzet miatt gyakran szükséges túlkorai tovaszállítás alkalmával (L. 40.)

Lippay-Almássy Artur dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ottó József* és *Benedek Andor.*

Parasacralis vezetéses érzéstelenítés hüvelyi műtétekben. *Wagner.* (Zbl. f. Gyn. 1940. 12.) 74 eset kapcsán vonja le a következtetéseket, melyek szerint a parasacralis érzéstelenítés a lumbalis és sacralis érzéstelenítéssel szemben sokkal egyszerűbb és veszélytelenebb is. Technikája sokkal könnyebben sajátítható el és egy-kétszeri gyakorlat után már könnyen rátalálunk a tűvel a keresztcsontvájulatban a plexus sacralisra és a nervus pudendusra. Veszélyes mellékhatások és kellemetlen utóhatások, melyek pedig a lumbalis és sacralis érzéstelenítésben elég gyakoriak, az ismertetett anyagban egyszer sem fordultak elő. Helyes technika mellett bélsérülés, vagy nagyobb erek átszúrása nem következhet be. Míg a sacralis érzéstelenítés sok esetben csődöt mondott, addig a közölt 74 esetben ilyen zavarok nem jelentkeztek. Végül pedig semmiféle különös készülék nem kell hozzá és segédlet nélkül könnyűszerrel elvégezhető. A végzett műtétek a következők voltak: 39 Schauta-féle prolapsusműtét, 31 hüvelyi teljes méhkiirtás (myoma uteri, adenomyosis interna, corpus carcinoma, corpus sarkoma), 2 petefészekrák Schuchardt-metszéssel, 1 petefészek-kystoma és 1 Madler-féle sterilisatio. (B. 33.)

Hady László dr.

Adatok a nők hormonalis zavarainak stilben-készítményekkel történő kezeléséhez. *Roth.* (Zbl. f. Gyn. 1940. 10.) Amióta *Dodds* és munkatársai synthetikusan előállítható oestrogen anyag keresése közben előállították a diaethyldioxy-stilbent, azóta — amint várható volt —, ennek az anyagnak számos változata került forgalomba. A karlsruhei női klinikán a különböző stilben-készítményeket rendszeresen alkalmazzák olyan esetekben, amilyenekben eddig tüszőhormonokkal értek el eredményeket és arról győződtek meg, hogy a stilben-készítmények hatásértékben teljesen pótolhatják a tüszőhormon-készítményeket. A szerző több esetet részletesen ismertet. A stilben-készítmények használhatóságának legnagyobb jelentőségét abban látja, hogy lényegesen olcsóbbak az eredeti tüszőhormon-készítményeknél. (B. 34.)

Ember Károly dr.

Az intézeti és házi szülések mérlegelése. *Theisen.* (Zbl. f. Gyn. 1940. 8. 307.) Az intézeti és házi szülések eredményének összehasonlítása az újabb időben ismét divatos lett. Szerző visszautasítja azt a nézetet, mintha az intézeti szülések számának emelkedésével az anyai halálozás is nagyobbodott volna. Ismerteti a düsseldorfi intézet adatait, ahol a szülések 80%-a intézetben történik. Az intézeti szülések száma a háborút követő évek munkanélkülisége, lakás- és fehérnemű-insége miatt emelkedett. A mai nehéz idők sem kedveznek a házi szülés elterjedésének. Az intézeti és házi szülések eredményét nem lehet egyszerűen összehasonlítani, mert az intézeti szülések halálozása éppen a kóros esetek felhalmozódása miatt mindig nagyobb. A sima szülések halálozása 0.97‰. A szövődmény miatt beszállított eseteké pedig 6.6‰. Az intézeti szülések eredményei kétségtelenül jobbak, mint a házi szüléseké. A mai gazdasági viszonyok között szó sem lehet az intézeti szülések számának csökkentéséről. Még a bábák rossz megélhetési viszonyai sem elegendők ennek az elvnek megváltoztatására. A bábák helyzetén más módon kell és lehet segíteni. (B. 35.)

Farkas József dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

A szemnyomás viselkedése a szervezetnek pituglandol által létrehozott vízmegkötése után. *Meves.* (Graefes Arch. 142. 40.) Pituglandol és víz együttes adagolása után vizsgálta a szemnyomás viselkedését éspedig 10 betegen 12 esetben, amelyek közül 6 primaer glaukoma volt, 4 esetben szivárványhártya-, illetőleg sugártestgyulladás következtében kifejlődött másodlagos nyomásemelkedés. Ezenkívül 2 ép szemet is vizsgált. Az eseteket úgy válogatta ki, hogy olyan szemeket, amelyeknek nyomása egyszerű vízadagolás után 2 óránál hosszabb ideig nyomásemelkedést mutattak, kizárta a vizsgálatból. 12 eset közül 9-ben nyomásemelkedést ért el glaukomás szemeken, amely a diuresis beálltával vagy 1—2 órával később megszűnt. Normalis szemeken egyáltalán nem, vagy csak csekélyfokú és rövid ideig tartó nyomásemelkedés hozható létre. 9 eset közül 7-ben egy második lökéssel még fokozni lehetett a nyomásemelkedést. Az eljárást provocatiónak ajánlja latens zöldhályog eseteiben. (G. 111.).

Radnót Magda dr.

Epibulbaris osteoma. *Ballantyne.* (Ophthalm. 1940. márc.) Szerző egy 8 és egy 9 és fél éves kislány egyébként ép balszemén a szokott helyen: a felső és külső egyenes izom ina között veleszületett osteomát talált a kötőhártya és inhártya között, utóbbihoz erősen hozzátapadva. A csont rendszerint a fiatal, primitiv kötőszövetben képződik, míg a veleszületett daganatok esetén direct a primitiv differentiálatlan, embryonalis mesoblastból. Ezzel szemben a teljesen kifejlődött szemben kóros viszonyok (pl. chorioiditis) közt található csontképződés, vagy újonnan képződött, nem differentiálódott kötőszövetben fordul elő, vagy pedig olyan érett kötőszövetben, amelyik kezdetleges alakját vette fel és ismét csontképzővé változott vissza. (G. 112.)

Lugossy Gyula dr.

Novocain és pantocain okozta szarusérülés. *Klar.* (Klin. Mon. f. Aug. 1940. 205.) Négy beteg szaruhártyai idegentestének eltávolítása és erosiók után bőségesen kapott 4%-os novocain, 1%-os és ½%-os pantocain becseppentést, vagy 1%-os pantocain-kenőcsöt. A hám lelökődésével járó beszűrődések jelentkeztek, amelyek legtöbbször csak hosszadalmas klinikai kezelés után gyógyultak finom hegképződéssel. Az észlelések igen nyomatékosan mutatják, hogy milyen

veszedelmes szarusérülteknek korlátlan használatra kézbeadni a felszini érzéstelenítőszereket. A közölt sérülésekben a novocain- és pantocainnal szembeni refractaer magatartás kevésbbé tehető felelőssé, mint a feltűnő túladagolás (G. 113)

Lugossy Gyula dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

Rubeola-betegség csecsemőkön. *Beer.* (Arch. f. Khk. 120. 3.) Tekintve, hogy az uralkodó felfogás szerint csecsemőkön csak ritkán észlelhető a fenti betegség, érdemesnek tartja ismertetni az általa észlelt rubeolajárványt, amikor 21 csecsemőn észlelhette. Lefolyásukra csak az volt jellemző, hogy több esetben az exanthema után pigmentatio maradt hátra. (K. 106.)

ifj. Szlávik Ferenc dr.

Középfülgyulladás, mint a tüdőgyulladás bevezető tünete. *Görges.* (Arch. f. Khk. 120. 2.) A bécsi gyermekklinikán észlelt 404 pneumoniás esetének 7%-ában látott otitis mediát, mint bevezető-tünetet. Több esetet ismertet részletesen. Különösen ajánlja fülészek figyelmébe azt az általa tapasztalt tényt, hogy otitis jelentkezése, illetve rosszabbodása nem egyszer jelentheti pneumonia éspedig legtöbbször lobaris pneumonia kezdetét. Ha erre gondolunk, sok diagnostikai tévedést és felesleges beavatkozást (műtét, lumbalpunctio, stb.) kerülhetünk el. (K. 105.)

Gerlóczy Ferenc dr.

Virusjelenségek rubeolás betegségekben. *Steinmaurer.* (Arch. f. Khk. 120. 1.) A fluorescentiás mikroskop segitségével sikerült rubeolás egyének véréből, torok-, orrváladékából, bőrükön kantharidinnal húzott hólyagbennékéből bizonyos elementaris granulákat kimutatni, melyeket a tyúktojás allantoisából készitett táptalajon tovább tudott tenyészteni. Ezek az elementaris granulák csupán a rubeolás egyénben mutathatók ki éspedig arányosan a betegség különböző szakaszaival, de már az incubatio első napjaiban is kimutathatók csekély számban. (K. 104.)

Wirth József dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő.*

Syphilis papulosa képét utánzó áttétes vulva-carcinoma. *A. Winkelströter.* (Dermat. Wschr. 1940. 38.) 54 éves nőbeteg vulváján a következő elváltozást észlelte: a jobb nagyajak erősen duzzadt, rajta 6—8, széles alapon ülő cseresznyényi lapos, kerek, halvány rózsaszínű-vörös, tömött papula. E területen belül fehéres elszineződés, mely gyógyuló folyamat kezdetének látszik. A jobb nagyajak alsó felszinén ötmárkásnyi felhányt szélű, genyes lepedékkel és kenőcsszerű masszával borított fekély. A végbélnyílás kissé beszűkült, csomókkal körülvett, közelebbről megvizsgálva látszik, hogy a csomók a végbélből indulnak ki, hol mintegy 7 cm-re terjedően több csomót érezni, jobboldalt pedig szilványi, tömött, egyenetlen felszínű terimenagyobbodást (elsőleges góc). Szájnyálkahártyáján leukoplakia, nyelven, szájpadlás baloldalán lencsényi vörös foltok. Spirochaeta pallida negativ. Wassermann- és társreactiók negativak. Szövettani lelet: cylindrocellularis adenocarcinoma. (Sz. 91.)

Nyáry Lenke dr.

Cheilitis és dermatitis fogpasztától. *L. G. Beinhauer.* (Arch. of Dermat. and Syph. 1940. 5.) Fogpaszta okozta cheilitis és dermatitis két esetét közli, miután minden egyéb okozó lehetőségét kizárta. Az egyik esetben a fogpasztában lévő thymolt tartotta az előidézőnek, a másikban fajlagos hatóanyagot nem talált. Hasonló jelenségekről számolnak be az irodalomban *Templeton* és *Lunsdorf*, akik cheilitis és stomatitis hat esetét észlelték röviddel a hexylresorcinolos fogpaszta forgalombakerülése után. A *Weinberger* ismertette 3 esetben pedig az alkalmazott fogpaszta formaldehydoldatot tartalmazott. (Sz. 92.)

Horváth Dénes dr.

UROLOGIA

Rovatvezető: *Babits Antal.*

A tuberculosis bacilluriáról. *Sickinger.* (Dtsch. Ztschr. f. Chir. 253. 10—12.) Tizennyolc betegéről számol be, akiknek vizeletéből tbc.-bacillusokat tudott kimutatni akkor, amikor a két vese részéről az összes szokott vizsgálattal gümőkór kimutatható nem volt, sőt később, évek után sem támadt a betegeken gümős veseelváltozás. Az esetek között voltak olyan betegek, kiknek szervezetében másutt észleltek gümős elváltozást, de olyanokat is, kiknek veséje, vagy hólyagja nemspecifikusan volt beteg, valamint fertőző betegeken is. A vesék functióképessége minden esetben normalis volt. Ezek alapján kimondja, hogy tbc.-bacillusok keresztülhaladhatnak a vesén anélkül, hogy annak fertőződése bekövetkezne. Ebből következik, hogy a nephrektomia pusztán positiv bakteriumlelet alapján nem végezhető el. (F. 119.)

Fedeles-Findeisen László dr.

Adatok a vesében látható mészárnyékokhoz. *Bauer.* (Dtsch. Ztschr. f. Chir. 254. 1.) A vesékben a köveken kívül gyakran találni meszes árnyékokat. Szerző 13 ilyen esetet ismertet, hol más betegség mellett a vesevizsgálat mint kiegészítő szerepelt és a vese mészárnyéka véletlen lelet volt. Az elmeszesedés oka változó, régi vérzések, emboliák, gyulladások meszesedhetnek el, ugyanígy elhalások után is bekövetkezhet és endokrin zavarok következményekép. Régi genygyülemek gummosus masszák és tuberculotikus területek is elmeszesedhetnek, de ismeretesek elmeszesedett infarctusok és daganatok is. A kép igen változatos: diffus és foltos, éles határú és elmosódott, éles és halvány lehet a meszes terület képe. (F. 113.)

Fedeles-Findeisen László dr.

KÖNYVISMERTETÉS

A Pázmány Péter Tudományegyetem Ideg- Elmekórtani klinikájának munkálatai. *Benedek László* egyet. ny. r. tanár hatalmas, mintegy 1000 oldalt kitevő kötetben adta ki az utolsó három évben klinikájáról — az irányítása alatt — megjelent tudományos munkálatok gyűjteményét. A tetszetős külsejű könyv 77 idegennyelvű dolgozatot tartalmaz; a klinika keretében megjelent magyarnyelvű tanulmányokat nem foglalja magában, miután elsősorban a külföldi, amerikai és európai kutatóintézetekkel a kapcsolatok fenntartását szolgálja, mint az innen nyert számos cserepéldány viszonzása. A kiadványban az egyes dolgozatokat öt csoportban találjuk fel, melyek a psychiatria, a neurologia, a párhuzamosan művelt neurologia és szövettan, a szövettan és therapia szinte minden egyes fejlődésben lévő kérdését felölelik. Tekintettel a dolgozatok nagy számára, az egyes tanulmányok felsorolása lehetetlen; a psychiatria körében figyelmet érdemel *Benedek* és *Angyal* tanulmánya a testvázlat zavarairól, továbbá *Angyal*nak az insulinshok kórtanát kutató több munkája. A klinikai neurologia körében érdekes esetközléseken kívül (pl Schüller—Christian-, a Crouzon-, a Bürger—Winiwarter-féle betegségről), melyek a klinika igen változatos és európai viszonylatban is kimagasló anyaggazdagságát bizonyítják, megemlítjük *Benedek*nek *Lehoczky*- és *Horányi*val együtt tett — a Pick-féle atrophiára vonatkozó — újszerű megállapításait. A neuropathologia körében a biologiai és serologiai kutatási irányt *Bückler* dolgozatai képviselik, míg a szövettani feldolgozással kiegészitett neurologiai megfigyelések közül többek közt *Benedek*-, és *Jubá*nak az emberi tetanus kórszövettanára, továbbá a hypothalamus működési tagoltságára, a Korsakow-tünetegyüttes kórszövettanára vonatkozó kutatásai érdemelnek említést. Gazdagon képviselt a tiszta szövettani irány, továbbá a therapiás eredmények ismertetése is; itt *Lehoczky—Eszenyi—Horányi—Bak* a shokkezelésnek az elmebetegségek gyógyitásában várható szerepéről számolnak be.

Röntgen-Atlas der Asbestose der Lungen. *E. Saupe* prof. A Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen 54. sz. kiegészitő kötete. (G. Thieme Verlag, Leipzig. 1938. Ára: 19.50, ill. 21.50 RM.) Az asbestosis az ipari tüdőbetegségek sorában fontos helyet foglal el. Megismerjük az asbestosis történetét, mineralogiáját, kórbonctanát, klinikumát, a foglalkozás tartamának a betegség fokával összefüggését, a kórjóslatot és a sovány therapiát, amely tulajdonképen a megelőzésben csúcsosodik. Kórbonctanilag: a tüdőszövet diffus fibrosisa, cirrhosisa, vagy idült induráló lobosodása. Az asbestfonalak, illetve az asbesttűk és az asbestosistestecskék a szövettani metszetekben jól láthatók és ezt a könyv ábrái kitünően jelenitik meg. Az asbestosistestecskék a bennük lévő háromértékű vastól sárgák. Míg silikosisban szétes üregek is láthatók, addig az asbestosisban ismeretlen. A betegség kisérleti úton előidézhető. A munka 200 esetet dolgoz fel. A bőrön asbestszemölcsök jelentkeznek. A köpetben kimutatott asbesttestalakelemek egyazon fontosságúak, akár a gümős köpetben a Koch-bacillus. A kórisme másik

legfontosabb eleme a röntgenvizsgálat, melynek alapján egy előstadium és a folyamat súlyosságának arányában 3 szakasz különböztethető meg. A munka 52 képet mutat be, túlnyomórészt a feldolgozott esetek röntgenfelvételeit részletező kórleírással. A mellkasfelvételek elemzése közben feltűnő, hogy *sok a szívmegnagyobbodás,* miért is a hilusból kiinduló dús kötegárnyék a vonatkozó esetekben — úgy gondoljuk — *inkább pangással és nem szükségképen asbestosissal magyarázható.* Ami e betegségnek gümőkórral találkozását illeti, activitás 2 esettől eltekintve, nem volt megállapítható. Különben lehetségesnek tartják e két betegségnek egymás iránti kedvezőtlen befolyásolását. Az asbestosis Németországban a kártalanítható ipari betegségek közé tartozik.

Puder Sándor dr.

La thoracoplastie élective. *J. Angirany, L. Michon* és *A. de Micheaux.* (Masson et Cie, Paris, 1940. 108 oldal. Ára: 60 Fr.) A mellkasszűkítő műtét — hibás néven bordacsonkolás — fejlődésében négy időszak különböztethető meg. 1 a Sauerbruch-typusú teljes thorakoplastika; 2. a részleges mellkasszűkítés, valamint az apicolysis plombával; 3. a műtét technikai javulásának időszaka, végül: 4. az extrapleuralis pneumothorax *(Graf* és *Schmidt)* és az extrafascialis apicolysis *(Semb).* Szerzők az egyes műtéti eljárások bírálatának eredményeként manapság a következő tüdőműtéteket végzik: a részleges mellkasszűkítést és annak különböző módosításait, az extrapleuralis légmellezést, végül a Semb-féle műtétet. Az operativ javallattal, tehát a phthisiologia klinikumában lényegesebb kérdéssel a szerzők részletesen foglalkoznak, amit tanulságos esetek szemléltetésével hoznak közelebb. Majd az eljárások technikáját és eredményeit ismertetik és a műtétek jelentőségét socialis eredményesség szempontjából domborítják ki. A munkához függelékként 38 táblán kitűnő röntgenfelvételsorozatok, valamint vázlatok és magyarázó szöveg csatlakoznak.

Puder Sándor dr.

Gang und Technik der Röntgenuntersuchung auf Harnsteine. *Pflaumer* prof. és *H. Friedrich.* (96 oldal 120 röntgenábrával. Ára: 8 RM.) *Pflaumer* a németek egyik legkiválóbb urologusa. Munkásságával gyakorlati téren sok újat alkotott s aki alaposságát ismeri, csak örömmel üdvözölheti kitűnő beosztású, jól áttekinthető új könyvét, melyben nincsen felesleges mondat. Rövid egyszerűséggel tárgyalja a vese- és hólyagkövek physikai és chemiai tulajdonságait, a röntgenfelvételek technikai kivitelét; pontosan megírja a betegek előkészítését épúgy, mint a röntgenképen láthatók értékelését. Pontokban foglalja össze az elkülönítő kórisme tekintetében fontos más betegségeket és leírja, hogyan kell műtét közben a veséről szükség esetén röntgenfelvételt készíteni. Minden adatát röntgenképek támogatják, melyek a könyv tökéletes beosztásával együtt azt annyira áttekinthetővé teszik, hogy még a nem-szakorvos is első betekintésre tiszta képet nyerhet a húgykövek röntgenkórismézéséről.

Babics Antal dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 8-i ülése.

Illyés G.: Mai, ezidényben első ülésünket a nagy magyar orvos, *Balassa János* emlékének szenteljük; mielőtt felkérném ünnepi előadónkat, boldogan kell megemlékeznem ama nemrég bekövetkezett nagy eseményről, amely mindnyájunkat lelkes örömmel töltött el, hogy Erdély egy része s a székelység annyi idei keserves megszállás után visszatért az Anyaországhoz, vagy ahogyan egy nemrég nálam járt csíkszeredai öreg székely mondotta: „Hazajöttünk, instálom".

Megható volt a túláradó, szinte mámoros lelkesedés, szeretet és öröm, amellyel bevonuló katonáinkat fogadták s felemelő tudat az, hogy ezek a szegény elnyomott, kisemmizett testvéreink a megszállás 22 esztendeig tartó keserves, de reményteljes várakozása alatt is mennyire hűségesen és becsülettel kitartottak mellettünk, úgyhogy az elmúlt pár hét alatt az idegen megszállásnak még nyoma is eltűnt. Magyar ott minden, még a külsőségekben is, mintha sohasem lett volna más. Mi erdélyiek egy percig sem kételkedhettünk abban, hogy ez így lesz, mert az ősi erdélyi collegiumok, ahol felnőttünk, belénk oltották azt a színtiszta erdélyi szellemet, amely bennünk él és lebeg életünk utolsó percéig s amely jelenti a megrendíthetetlen magyarságunkat, ragaszkodásunkat az ősi röghöz nemcsak életünkben, de még halálunk után is, mert akkor vagyunk nyugodtak, ha azon tudatban élünk, hogy haló porainkat az otthoni földdé válhatnak.

De nemcsak mi, erdélyiek érezünk így, megfogta ez a szellem azokat is, kik később kerültek oda s élhettek ottan hosszabb ideig. Kíváló budapesti orvosprofessoraink-kal, az azóta elhalt *Ajtay Sándor*ral, *Buday Kálmán*nal, *Genersich Antal*lal, *Hoór Károly*al, *Kenyeres Balázs*sal beszélgetve megható volt azt hallani, hogy milyen boldog visszaemlékezéssel beszéltek ezek a komoly tudósok azokról a kedves, meghitt, tudományos eredményekben gazdag, szép esztendőkről, melyeket Kolozsvárt töltöttek el. Életük legszebb időszakának tartották a kolozsvári éveket.

Mi, erdélyi magyarok csak azt tudjuk, hogy boldogok vagyunk azért, hogy szülőföldünk, fiatalkori álmodozásaink világa, küzdelmeink után csendes pihenő otthonunk újra a miénk.

Azonban a mámoros öröm csillapodtával meg kell gondolnunk azt, hogy nagy feladatok megoldása vár ránk és a fiatal generatióra, hogy egészen elérjük azt, ami volt és rombadőlt. Ezen kebelbeli munkára Egyesületünk örömmel hívja meg a visszakerült testvéri, a Nagyváradon székelő Biharmegyei Orvos- és Gyógyszerész-Egyesületet, valamint a Kolozsváron lévő Erdélyi Múzeum-Egyesületet a karöltve leendő együttműködésre.

Az a lelkes és hatalmas lendület, amellyel az újjáépítés minden téren megindult, biztató jele annak, hogy eljön a nyugodt, kitartó, céltudatos alkotómunkának az ideje, hogy mindenki ott, ahová sorsa őt állítja, teljes mértékben teljesíteni fogja kötelességét s akkor újra virágzásnak indul a mi szép, magyar Hazánk. Úgy legyen!

Entz B.: *A constitutio pathologiai jelentősége* címmel tartotta meg előadását. (Egész terjedelmében megjelenik az O. T. K. 1940. 11. számában.)

Illyés G.: A véletlen hozta magával, hogy előadónk, kinek ajkáról ezt a szép ünnepi előadást halottuk, szintén erdélyi ember. Kolozsvárt született Ő, a mi kedves, szép, csendes erdélyi városunkban s ott kezdte meg iskoláit is. Meglett férfikorában újra egy hasonló szép, dunántúli városba vitte sorsa, ahol teljesen bele tudta magát élni az ottani viszonyokba. Szeret ottan s Őt is szeretik és nagyrabecsülik.

Enzt Béla pécsi tanársága idején a többek között megírja a „Kórbonctan és kórszövettan alapvonalai" című munkáját, a pajzsmirigy kórtanának sebészeti vonatkozásait, a szövetfejlődési rendellenességek jelentőségét és még sok más jeles tudományos munkát. Ezenkívül három ízben orvoskari Dékán, az 1931—32. évben a pécsi Tudományegyetem Rector Magnificusa, hosszú ideig elnöke volt a Magyar Országos Orvosszövetség pécsi fiókjának, elvégzi az ottani Orvos-Kamara megalapítási munkálatait s annak elnöke lesz, vezeti az Erzsébet Tudományegyetem diákjóléti irodájának ügyeit, tehát mint vezetőegyéniség élénk részt vesz a közéletben.

Legnagyobb azonban, mint tanítómester. Nem hiába írja a *Genersich Antal*ról, itt Egyesületünkben tartott emlékbeszédében a következőket: „a tanári működés legfontosabb feladata a tanítás, bizonyos elemi ismeretek közvetítése és minél szélesebb körben való terjesztése. Ennek következtében a magyar egyetemi tanár munkásságának eredményét sem mérlegelhetjük tisztán tudományos munkái súlyának latolgatásával, hanem tekintetbe kell vennünk, hogy mint orvosképző tanár, milyen eredményt ért el az orvosok tudományos színvonalának emelésével, mennyire tudta bebizonyítani tárgya fontosságát, mily tekintélyt tudott szerezni annak a tárgynak, amelyet képviselt."

Entz Béla nagyszerű tanítómester. Tanitványai nemcsak szerte az országban, de külföldön is felelősségteljes állásaikban tekintéllyel képviselik azt a tudományt, melyet *Enzt Béla* tanított nekik.

Engedd meg, kedves Barátom, hogy egyesületünk legnagyobb kitüntetését, ezen szerény symbolum formájában Neked átnyújthassam azzal a kívánsággal, hogy még soká folytathasd jó egészségben nagyszerű működésedet.

Szent-Györgyi Albert rectori székfoglalója.

A szegedi Horthy Miklós Tudományegyetem megnyitó ünnepségének leírásából kimaradt az új Rector, *Szent-Györgyi Albert* székfoglaló beszéde, mit a következőkben pótolunk.

Az új egyetem első Rectora bevezető szavaiban hódolattal köszöntötte *Magyarország Kormányzóját*, ki bátorságával, bölcsességével és lángoló hazaszeretetével ezt az országot elesettségéből felemelte. Majd *Magyarország miniszterelnöke* felé fordult, ki két évtizeddel ezelőtt itt, Szegeden elsőnek vette kezébe a lesujtott ország kormányát és vele együtt hálásan köszöntötte a magyar kultúra legfőbb őrét, *Hóman Bálint* v. és k. minisztert, kinek alkotó keze hívta életre ezt az egyetemet.

Ezután a *kolozsvári Ferenc József Tudományegyetemet* üdvözölte, mellyel egy közös törzs két hajtásának érzi saját egyetemét és *Klebelsberg Kúnó grófról* emlékezett meg kegyelettel, ki 10 éven át ápolta e kettős hajtás közös törzsét. Majd végül Szeged város lakossága iránt érzett hálájának adott kifejezést, kik a legnagyobb áldozattól sem riadtak vissza, hogy az elüldözött kolozsvári egyetemnek hajlékot adjanak és készséggel sietnek az új Horthy Miklós Tudományegyetem támogatására is.

Ezután elfoglalva rectori székét szívéhez legközelebb eső kérdésről: az egyetem feladatairól és az ifjúság neveléséről kívánt értekezni 20 esztendős elmélkedés és tanítói tapasztalat alapján.

— Az egyetem feladata — úgymond — hármas. Legősibb hivatása, gyűjteni, terjeszteni és gyarapítani az emberi tudást. Második feladata nevelni a jövőnek tudósokat, akik majdan a mi hivatásunkat átveszik. Harmadik hivatása az egyetemnek polgárokat nevelni a haza részére, akik el vannak látva a szellem fegyvereivel. Erről a három hivatásról kívánok szólni; azt hozzáteszem, hogy ennek a mi egyetemünknek még egy különleges negyedig hivatása is van, hogy szellemi központja legyen a nagy magyar Alföldnek.

— Az emberiség legfőbb kincse mind az a szép, jó és nemes, amit eddig az ember elméje és lelke megteremtett. Az egyetem e kincsek közül a tudásnak őre, hirdetője és gyarapítója. Örökét évezredek óta az emberi szellem közös tárházából veszi. Igy tőle joggal azt várhatjuk, hogy felette álljon a politika hullámzásainak s eszményeit az idők háborgásán keresztül sértetlenül mentse át a jövőbe. Azt várhatjuk, hogy az egyetem kapúin a gyűlölködés kívül maradjon s a tudás szelid fénye mellett csendben munkálkodjék és éljen örök emberi ideáljainak.

— De az egyetemnek a tudást nemcsak őriznie, hanem gyarapítania is kell. Mint ahogy öröke évezredek munkájának gyümölcse, kötelessége ezt a tudást továbbfejleszteni, a megismerés fáklyáját előbbrevinni. Igy egyik legfőbb feladata és kötelessége a kutatás, új igazságok keresése. Ezért át kell hatva lennie az igazságok szeretetétől s falai között meg kell őrizni a teljes szellemi szabadság levegőjét, mely nélkül minden kultúra elsorvad. Ezen munkájában az egyetem szövetségese, munkatársa a világ minden más tudós testületének, tekintet nélkül nyelvre és országhatárokra.

— De a tudományos kutatással az egyetem nemcsak a nagy emberi szellemi közösség iránt rója le kötelességét. A kutatás lelkes művelése szükséges ahhoz is, hogy az egyetem megfelelhessen mindennapi feladatának. Jó tanítás csak ott folyhat, ahol él a kutatás szelleme, az igazságok lelkes, pártatlan szeretete. Tudományos kutató munkával hazafias kötelességünket is teljesítjük, mert hisz éppen a tudomány, a kultúra az az egyetlen terep, amelyen a versenyt a nagy nemzetekkel egy kis nemzet is felveheti megcsillogtatván nevét az emberi történelemben.

— Az egyetem második feladatáról, a tudósképzésről e helyen nem kívánok részletesebben szólni, inkább rátérek harmadik feladatára, a szellem fegyverével vértezett hasznos honpolgárok nevelésére. Ez nem tartozik az egyetem ősi hivatásai közé, de az újkorban az egyetem megnyitotta kapúit az ifjúság nagy tömegei előtt, ifjak előtt, akik nem tudósok, de a közélet hasznos polgárai akarnak lenni. Ugyanakkor az egyetem, mely azelőtt anyagilag független volt, elfogadta az állam támogatását. Ezért az egyetem nem zárkózhatik el az elől, hogy a Közzel szemben vállalt kötelességeit teljesítse és alkalmazkodjék hallgatói tömegének igényeihez. Ez a vállalkozás az egyetemet súlyos és még megoldatlan problemák elé állította. Az egyetemet aggodalom fogta el, hogy az előadásoknak a közszükséglethez hangolása által az egyetem elveszti magas színvonalát. Viszont, ha előadásainkat a tudomány legmagasabb szintjén tartjuk, hallgatóságunkat sok olyannal terheljük meg, melyre a közéletben szükségük nem leend és a vége az, hogy a közéletre alkalmatlan, féltudósokat képezünk. E nehézség a tudomány növekedésével napról-napra fokozódik. Nézetem szerint középút itt nincsen és az egyetem kénytelen lesz előbb-utóbb előadásait részben két csoportra osztani: előadásokra, melyek a közéleti hivatást és előadásokra, melyek a tudósképzést szolgálják és a tudomány legmagasabb szintjén mozognak. Határozottan állítom, hogy az egyetemnek alkalmazkodnia kell hallgatósága és az élet igényeihez. Egész közoktatásunk mind a középfokú, mind a magas oktatás egyik alapvető hibája az, hogy a tanítást inkább a tananyag, mint a hallgató szemszögéből ítéli meg.

— Ezzel elérkeztem egy másik alavető kérdéshez, hogy az egyetemnek csak tanítania kell-e, vagy nevelnie is? Ha elfogadjuk azt, hogy az egyetem egyik hivatása hasznos közéleti emberek képzése, akkor először azt kell kérdeznünk: milyennek kívánjuk mi a közélet embereit? Ha tőlük csakis szaktudást kívánunk, akkor az egyetemnek sem kell neveléssel törődnie, de ha tőlük nemcsak szaktudást, hanem a jellem- és szellembeli tulajdonságok egész sorát is kívánjuk, mint a hivatottság érzését, az alkotás és cselekvés vágyát, a felelősség érzetét, a tettrekészséget, a józan és gyors ítéletet, a becsületességet, az érdeklődést, az önzetlenséget, mely tulajdonok nélkül a szaktudás csak félembert jelent, akkor nyílván nevelnünk is kell. Hozzáteszem még azt, hogy a hivatás betöltéséhez még egészség is kell s így az egyetemi polgárt szélesvállúnak, egyeneshátúnak, pozsgásképűnek is szeretném látni; miről szintén az egyetemnek kell gondoskodnia.

— Ami magát a szigorúan vett tanítást illeti, az érdeklődés felkeltéséhez az önálló gondolkodás fejlesztését, a benső összefüggések meglátásának képességét fontosabbnak tartom, mint az adatok fejbepréselését. Az élet tartamához képest az iskolai tanulmányok ideje rövid, az élettelen adatok pedig hamar elpárolognak és ha hallgatóinknak tudásvágyat nem adtunk útravalóul, akkor már pár héttel a vizsga után üres fejjel és kézzel fognak az életben tétovázni, míg ha érdeklődésüket felköltöttük, akkor mindig találnak majd alkalmat és elég időt esetleges hiányaik pótlására.

— Az egyetemnek e sokoldalú feladatai teljesítésében nagy nehézséggel kell küzdenie. Egyike ezeknek, hogy a középiskola száraz és túltömött anyagával nem hangsúlyozza eléggé a jellem és szellem kifejlesztését s így

padjainkra gyakran bocsát füstölgőfejű, fásult, görnyedtbátú 18 esztendős aggastyánokat, akiket csak a nyugdíjas állás érdekel. Úgyszintén nem tudja elvégezni a középiskola számunkra a szükséges kiválogatást és nem tudná elvégezni még akkor sem, ha szigorát fokozná, mert az élet és az iskola mértékei nem azonosak. Egy színjeles érettségi bizonyítvány nekünk nem ad felvilágosítást arról, hogy gazdája kiválóság-e, avagy értéktelen magoló? Kívánatos lenne, hogy padjainkra csakis azok kerüljenek, akikben meg van az adottság a szellemi pályára, tekintet nélkül a szülők anyagi vagy társadalmi helyzetére, mint ahogy nemzeti érdek lenne az is, hogy azok, akikben a képesség megvan, csakugyan padjainkra is kerüljenek.

— Egy másik nehézsége az egyetemeknek túlzsúfoltságuk, a hallgatóság és a tanszemélyzet aránytalansága. Ennek következménye, hogy a katedra lépcsője tanár és hallgató között gyakran áthidalhatatlan távolságot jelent. Pedig nevelői és tanítói hivatásunkkat csak akkor teljesíthetjük igazán, ha a tanár tanítványának nemcsak censora, de barátja, munkatársa és szinte idősebb védelmező és vezető testvére.

— Őszintén remélem, hogy ez az ifjú egyetem meg fog bírkózni tudni feladataival és hogy Szeged barátságos levegőjében meg lesz a bensőségteljes, meghitt viszony tanárok és tanítványok között, mert csak ily közösség mellett remélhetjük, hogy jól tanítunk, hogy eleget tehetünk annak a feladatunknak is, hogy ifjúságunkba oltsuk azt az izzó hazaszeretetet, mely nem a jelszavak hangoztatásából, a mások gyűlöletéből vagy eltiprásából áll, de abból, hogy a hazáért a legnagyobb áldozatot is csekélynek érezzük, hogy a hazáért ne csak meghalni, de — ami ennél sokkal nehezebb —, élni is tudjunk.

— Feladataink súlyosak, felelősségünk nagy, erőink csekélyek. Ezért kérjük Isten segedelmét, hogy Hazánknak békét, nekünk pedig erőt adjon a munkához, s e kérésünkkel együtt egy másik fohászt is küldünk az egek Urához, hogy a mi patrónusunkat Magyarország Kormányzóját, *vitéz nagybányai Horthy Miklóst* sokáig éltesse!

A Községek III. Országos Kongresszusa.

A *Falu-Gazdaszövetség*, — mint a községek hivatalos érdekképviseleti szerve — ezév tavaszán rendezte meg a Községek III. Országos Kongresszusát Budapesten. A tárgyalások teljes anyagát most *„A Községek III. Országos Kongresszusa"* címmel könyvalakban is kiadta a szövetség, hogy minél szélesebb körben ismertté tegye a községfejlesztésnek ezt a valóban komoly és megvalósítható gyakorlati munkaprogrammját. A több, mint 200 oldalas kötetben kitűnő szakemberek 15 előadásban és ugyanannyi határozati javaslatban tárták fel a falvak legsürgősebb kérdéseit.*)

Az orvostársadalmat közelebbről érdekli a congressus egészségügyi szakbizottságának működése. A szakbizottság három előadás keretében tárgyalta meg a falú egészségügye érdekében végzendő legsürgősebb teendőket.

Az első előadást *Barla-Szabó József dr.* az OTI főorvos-igazgatója tartotta „Ápolónők a falú egészségügyi szolgálatában" címmel. Rámutatott arra, hogy legfőképen a világháborúban igazolódott be, hogy a beteg gyógyulása érdekét az orvosi ellátáson kívül milyen nagy mértékben szolgálja a szakszerű ápolás, különösen a járványos betegségek leküzdésénél. Hazánkban a betegápolás nem kielégítő, falvakban, ahol pedig az orvoshiány miatt fokozottan jó betegápolásra volna szükség, úgyszólván beszélni sem lehet ilyenről.

1876 óta gondoskodik a törvény kórházakban ápolószemélyzet alkalmazásáról, de a világháború befejezéséig ápolóképzés intézményes megszervezésére semmi intézkedés nem történt. A „zöldkeresztes védőnők" az egészségvédelmi szolgálatban nyernek alkalmazást, de a falú betegeinek gondozásával foglalkozó ápolónők képzéséről máig sem történt intézkedés.

A falusi ápolónői kérdés megoldását össze kell kapcsolni a bevált zöldkeresztes védőnők munkásságával.

Ternovszky Jenő dr. OTI főorvos-aligazgató hozzászólásában megállapítja, hogy a földmíves lakosság egészségi állapota lényegesen rosszabb, mint az ipari munkásságé, aminek oka, hogy a városi lakosság szociális ellátása lényegesen kedvezőbb a falusiénál. Az elfogadott határozati javaslat: A kongresszus elhatározza, hogy a falú reászoruló betegeinek emberhez méltó betegellátása és ápolása érdekében felkéri a m. kir. kormányt, hogy a jól bevált zöldkeresztes egészségvédő intézmény munkáját egészítse ki a betegápolás feladatának ellátásával s a megfelelően kiképzett ápolónők beosztásával intézményesen és országosan szervezze meg a falú betegellátásának kérdését. A betegápolók kiképzését a m. kir. Országos Közegészségügyi Intézet vezesse és irányítsa.

Keleti István dr. az OMBI központi főorvosa a mezőgazdasági foglalkozás hivatási ártalmairól tartott előadást. Számítása szerint a trianoni Magyarországon 1,850.000 egyénből állott azok száma, akik a föld megművelésével járó igen nehéz fizikai munkát maguk végzik, akik tehát e foglalkozás hivatási ártalmainak ki vannak téve. Ez ártalmakat az előadó három csoportra osztja. 1. A mezőgazdasági munka üzemi baleseteire, 2. az ú. n. foglalkozási betegségekre és 3. a huzamosan, egy életen át folytatott mezőgazdasági munkának az egész emberi szervezetre gyakorolt hatása folytán támadó ártalmakra.

1. 1937-ben 52.700-ra volt tehető a mezőgazdasági munkában balesetet szenvedettek száma. (3.1%.) A sérülések 96.7%-a azonban könnyebb baleset. Halálos volt a baleset 525 esetben. (0.9%.) Az üzemi balesetek közül a cséplőgépeknél, traktoroknál, szecskavágóknál fordul elő a legtöbb baleset, már kevesebb a termények betakarítása körül, de ezek a legsúlyosabb kimenetelűek. Az állatok okozta balesetek gyakoriak, súlyosak. Aránylag a legtöbb halálos baleset az erdőirtásnál van. A balesetek száma 1927-től 37-ig 333.3%-kal emelkedett, aminek főoka a gazdasági gépek alkalmazásának terjedésén kívül az, hogy manapság már minden apró balesetet bejelentenek.

Az alkohol igen sok esetben oka a balesetnek. Az arató- és cséplőmunkások szerződésükben kötik ki a napi pálinkaadagot, aminek megszüntetésére törvényes intézkedés volna szükséges.

2. A foglalkozási betegségek egyik csoportja az állatról emberre átragadó (bakteriumos) fertőzések: a lépfene, takonykór, száj- és körömfájás, veszettség, sertésorbánc, tehénhimlő, Bang-kór, továbbá a rühösség, és gombás szőrtüszőbetegség. A másik csoport a különféle műtrágyák és permetezőszerek okozta mérgezések.

3. A mezőgazdasági munka, mint a legnehezebb fizikai munka egyik tipusos következménye a korai elöregedés. Gyakori az ágyéki csigolyák idült torzító gyulladása, a lumbago, nagyon sok a sérves egyén és tömeges az ú. n. aratási bélhurút.

*) A könnyen áttekinthető könyv ára 5 pengő; megrendelhető a Falu-Gazdaszövetségnél, Budapest V., Báthory-utca 24.

A mezőgazdasági balesetek és foglalkozási betegségek elleni védekezés terén igen sok a kivánnivaló. A gépek jobb védőberendezéssel való ellátásával, a súlyos balesetek erősen csökkenthetők volnának. Az állatok okozta balesetek elleni védekezés már sokkal nehezebb. A baleset elleni védekezés szakszerű megszervezésére, propagandára van szükség. *Dr. Halács Ágoston* az O. M. K. h. igazgatója kiegészítő javaslatára a szakbizottság a következő határozati javaslatot fogadta el: 1. Kérje fel a kongresszus a m. kir. kormányt, hogy az Országos Mezőgazdasági Biztosító Intézet keretén belül állítson fel egy, a mezőgazdasági gépek specialis szakértő mérnökéből, egy már gyakorlattal rendelkező okleveles gazdatisztből és egy orvosból álló osztályt, amelynek feladata a mezőgazdasági foglalkozás hivatási ártalmai elleni küzdelem legyen. 2. A létesítendő osztály külön feladataként jelöltessék meg, hogy tegye beható tanulmányozás tárgyává a nem gépek melleti balesetek megelőzésének és elhárításának lehetőségeit, és e tekintetben is indítson meg hatékony propaganda- és oktató-tevékenységet.

Ágoston Béla dr. a „Falu" Magyar Gazda és Földmívesszövetség főtitkára a „Falusi egészségügy romlásának megelőzése" címen tartott előadást. Megállapította, hogy a falusi lakóházak egészségtelenek, a vármegyei építésügyi szabályrendeletek jobbára elavultak, így az új építkezéseknél is sok követelményt figyelmen kívül hagynak, pl. szigetelés.

A falú népének táplálkozása célszerűtlen, aránylag drága, és főleg rosszul elkészített. A legnagyobb munka idején a legsilányabb, mert nem érnek rá rendeset főzni.

A falusi kutak mintegy 72%-a nem szolgáltat megfelelő vizet, különösen az Alföldön a geológiai helyzet is kedvezőtlen (magas talajvíz), de a főhiba a kutak helytelen megépítése és helyének rossz kiválasztása.

Ahol még nincs egészségvédelmi szolgálat, ott az anya- és csecsemővédelem helyzete szomorú. Nem elég a védelem és a tudatlanság elleni propaganda, a falusi népesség általános jólétének emelése az egyik legégetőbb feladat. Enélkül a szaporodás javulása sem várható.

Közkórházaink elosztása sem ideális. Egyes helyeken száz kilométerekre sincs kórház. Nagy alföldi városok vannak kórház nélkül.

A népbetegségek terjedésének megakadályozása a népnek a fertőzés lehetőségében való kételkedésével és az elkülönítés lehetetlenségével bukik el.

A zöldkeresztes egészségvédelmi szolgálat általános kiterjesztése anyagi nehézségek miatt vontatott. A mezőgazdasági népbiztosítás a betegségi ágazatban is sürgősen bevezetendő. Az előadó a húsz hold földig, vagy bérletig, illetve a 3.600 pengő évi jövedelemmel rendelkezőkig tartja bevonandónak a kisbirtokosokat a biztosításba.

A községi jegyzőknek igen sokoldalú elfoglaltságuk mellett nincs idejük foglalkozni a falu egészségügyi közigazgatásával, az intézkedések végrehajtására is igen kevés idejük jut. A falusi közigazgatás egy-egy vezetőemberét kellene erre a célra kioktatni és a vezetéssel megbízni.

A kongresszus az előadó ilyen irányú határozati javaslatát fogadta el.

K. I. dr.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift, 45. sz. *A. Bostroem:* Az idegességről. — *Magg:* Operálni, vagy nem operálni? — *Attinger:* Szemtükri lelet a szív- és érbetegségek diagnostikájában és elkülönítő kórismézésében. — *G. Theissing:* Halálos lefolyású szövődmények heveny orrmelléküreggenyedés után. — *I. Krug:* A német kórházak. —

Wiener Klinische Wochenschrift, 46. sz. *N. Jagic:* A bronchosspasmussal kapcsolatos keringési zavarok klinikája és gyógyítása. — *H. Mathei:* Az elastikus járókötés és a láb mechanismusa. — *E. Albrich:* Szívbetegségek gyógyítása lipoidkivonatokkal. — *I. Palugyay:* Rosszindulatú daganatok sikeres sugárkezelése. —

Frontátvonulások és kisérő jelenségeik nov. 10—16. között. Ezen a héten a betörési frontok nagyjában normalis számban, a felsiklási frontok pedig aránylag igen nagy számban érkeztek. A betörési frontok számára érzékenyek számára azonban szintén erős megterhelést jelenthetett nov. 12.-e, midőn pár órányi időközben három erős front hatásai halmozódtak. A frontok részletes adatai:

Átvonulás ideje Budapesten			A front		Kisérő események*
hó	nap	óra	fajtája	fejlettsége	
November	10	19	Felsikl.	Gyenge	Praefrontalis borulás délelőttől
	10	24	Felsikl.	Mérsék.	Kevés praefrontalis eső
	11	10	Felsikl.	Mérsék.	Microbarographicus nyugtalanság, kevés eső
	11	21	Felsikl	Mérsék.	Praefrontalis eső 19 ó.-tól
	12	3	Betörési	Mérsék.	Zápor 0·4 mm, szélélénkülés
	12	8	Betörési	Mérsék.	Kis záporeső
	12	17	Felsikl	Mérsék.	Kevés praefrontalis eső
	12	18	Betörési	Erős	Pesti városrészekben trópusi hevességű zápor
	12	20	Betörési	Erős	Pesti városrészekben trópusi hevességű zápor
	12	22	Betörési	Erős	Zápor és szélvihar 17 m/mp
	13	2	Betörési	Mérsék.	Heves záporeső 2 mm
	13	4	Betörési	Gyenge	Éjjeli szélnyugtalanság
	13	12	Betörési	Mérsék.	Cumulus congestus-felhők, hirtelen szélrohamok
	13	20	Betörési	Gyenge	Szélnyugtalanság
	14	7	Felsikl.	Gyenge	Borulás, microbarograph-nyugtatanság
	14	21	Betörési	Gyenge	Uj szélrohamok 9 m/mp
	15	2	Betörési	Gyenge	Uj szélrohamok 9 m/mp
	15	7	Felsikl.	Mérsék.	Kevés praefrontalis eső 5 ó.-tól
	15	12	Felsikl.	Gyenge	Microbarographicus nyugtalanság
	15	13	Betörési	Gyenge	Szélrohamok 11 m/mp
	16	12	Felsikl.	Gyenge	Praefrontalis borulás reggeltől

*) A táblázat utolsó oszlopán szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a m. kir. Meteorologiai Intézet öníró műszereinek adatai. Részletes magyarázatot ásd az 1940. évi 1. szám III. borítóoldalán.

Lapunk mai számához a Richter Gedeon vegyészeti gyár rt., Budapest X., gyógyszerkülönlegességeiről szóló ismertetését csatoltuk.

VEGYES HIREK

† Wenckebach K. F.

prof. a bécsi I. belklinika ny. igazgatója néhány nap előtt meghalt. A szomorú hír lapunk zárta után érkezett; érdemeinek méltatására jövő számunkban visszatérünk.

Személyi hírek. A vallás- és közoktatásügyi miniszter *Gyulai Béla* egyet. tanársegéd, Pázmány Péter tudományegyetemi magán-tanárt a kassai m. kir. Bábaképző Intézet igazgató-tanárává, *Vajna Gábor* ungvári m. kir. bábaképző-intézeti igazgató-tanárt a nagyváradi m. kir. Bábaképző Intézet igazgató-tanárává és *Szent-Pály Ferenc* egyet. adjunctus, Tisza István tudományegyetemi magántanárt az ungvári m. kir. Bábaképző Intézet igazgató-tanárává kinevezte.

A Budapesti Orvosok Kamarazene-Egyesülete november 25-én este 8 órakor az Orvosegyesület Semmelweis-termében rendezi *I. házi hanversenyét.* Műsor: 1. *Brahms:* Vonós-ötös, G-dur, op. 111. Előadják: *Belohorszky Gábor, Zoltán László, Temesváry János, Zsögön Béla, László Tibor.* 2. *Franck C.:* Szonáta hegedűre és zongorára, A-dur. Előadják: *Lengyel Gabriella, Furka Gizella.* 3. *Mozart:* Klarinét-quintett, A-dur. Előadják: *Szőnyi József, Tóbiás Károly, Tamás György, Böszörményi György, Lévai György.*

A pécsi Erzsébet Tudományegyetem névünnepét f. hó 19-én ünnepelte. Az ünnepség előtt az egyetemi templomban Erzsébet királyné emlékére szentmise volt, majd utána az Egyetem aulájában ünnepi közgyülés. Az egyetemi énekkar a „Magyar Hiszekegyet" énekelte, majd *Toth Zsigmond* Rector mondotta el emlékbeszédét Erzsébet királynérol; utána *Oriás Nándor* prof. „A római jog mai jelentősége" címmel tartotta meg székfoglaló előadását. Az ünnepi közgyűlés a Himnusz eléneklésével ért véget.

Az 1940/41. tanévre felvett elsőéves orvostanhallgatók száma a *budapesti* Egyetemen 146 férfi, 32 nő, a *szegedi* Egyetemen 50 férfi, 9 nő; a *pécsi* Egyetemen 46 férfi, 16 nő; a *debreceni* Egyetemen 41 férfi, 13 nő.

Budapest — Bukarest. Közismert minden külföldiekkel érintkező hazánkfia előtt ennek a két városnévnek gyakori felcserélése, mivel különösen a világot Párison és hazájukon túl nem igen ismerő francia barátaink örvendeztettek meg bennünket. De íme csodálkozással látjuk, hogy a francia tájékozatlanság ragadós s még e nagy nép legyőzetése után is követőre talál, mégpedig az absolut pontosság és megbízhatóság hazájában, a nagy német intelligentia egyik vezéri fészkében: a *„Centralblatt für Chirurgie"* szerkesztőségében. Kultúránk tudatának és szövetséges rokonérzületünknek legfájdalmasabb csalódásával olvassuk ez előkelő és nálunk is nagyon olvasott folyóiratban egy eredeti dolgozatnak következő fejlécét: „Aus der Chirurg.-Orthopädischen Universitätsklinik *Budapest.* Vorstand: Prof. *D. J. Jacubovici.* Azután következik a dolgozat címe, mit *Dr. M. Constantinescu* és *N. Hasnas urak* irtak. — A collegák nevéről a gyengébbek is kitalálják ugyan, hogy itt egy bukaresti intézet cikkéről van szó, nekünk mégis fáj a szerkesztőség tévedése (mert nem hihető, hogy a szerzők tévesztették volna el fővárosuk nevét). Annál is inkább fáj, mert a neves „Centralblatt" újabban egyáltalán nem szokott magyar eredeti cikkeket referálni, bár azt hisszük, vannak olyan jó sebészeink és cikkeink, mint a románoknak, jugoszlávoknak és szlovákoknak, cseheknek. Hagyja hát akkor békében székesfővárosunk nevét is és ne kölcsönözze oda a maga világnyilvánossága előtt még oly kitünő román dolgozatok munkahelyéül sem.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti Tudományegyetemen november 16-án: *Babos János, Gothár Lajosné Wohlmuth Gertrud, Gyurka István, Kerényi Imre Rezső, Radó Péter Pál, Sólyomvári Nándor Ferenc, Szüle László.* Üdvözöljük az új Kartársakat!

HETIREND

Hétfőn, 25-én, 7 ó.: a Budapesti Orvosi Kör ülése. *Nónay T.:* A szem heveny sérüléseinek és gyulladásos betegségeinek gyógyulása.

Kedden, 26-án, 1/27 ó.: a Magyar Phonetikai Társaság ülése (Orr-, gége- és fülklinika). Előadás: *Bajkay T.:* A hangszalagcsomókról.

Kedden, 26-án, 7 ó.: a Budapesti Orvosi Kaszinó ülése. *Vajda K.:* Orvosi szempontok Nietzsche egyénisége körül.

Szerdán, 27-én, 6 ó.: a Közkórházi Orvostársulat ülése. Bemutatás: *Érczy L.:* Meningococcus-sepsis esetei. Előadások: *Károlyi T.:* Synthetikus oestrogen anyagok alkalmazási lehetőségeiről a nőgyógyászatban. *Kulcsár I.:* A Basedow-kór psychés fruste formái.

Pénteken, 29-én, 6 ó.: a Budapesti Kir. Orvosegyesület ülése. Előadások: *Huzella T.:* A mesterséges kötőszöveti rostanyag sebészi felhasználásának lehetősége. *Kiss L.:* Újabb megfigyelések a tüdőbarlangok Monaldi-féle szívókezelésével kapcsolatban.

A sulfamid vegyületek új tagja a **sulfapyridin,** lényeges haladást jelent a coccusfertőzések therapiájában. E betegségnek három csoportja az, amelyben a *sulfapyridin* alkalmazása a gyógyulási arányszámot lényegesen növelte: A *meningo-, pneumo-* és *gonococcusok* okozta betegségek. A sulfapyridinnek meningococcusok által okozott agyhártyagyulladásban tapasztalt kedvező hatása egyrészt a szer fokozott chemotherapeutikus hatására, másrészt arra vezethető vissza, hogy könnyen és gyorsan megy át a liquorba. Az irodalmi adatok egyöntetűen igazolják, hogy mind a meningococcus, mind a pneumococcus okozta agyhártyagyulladás halálozása lényegesen csökkent. Gonorrhoea és szövődményeiben meglepően gyors javulást, ill. gyógyulást eredményez a sulfapyridin. E készítmény *„Sulfapyridin" Richter Gedeon* néven, a Richter vegyészeti gyár útján kerül forgalomba 0.5 g-ot tartalmazó tablettákban, ill. kúpokban. A teljes hatás kifejtéséhez szükséges nagyobb dosis — kellő ellenőrzés mellett — komoly mellékjelenségeket nem okoz.

Az O. H. kiadványait olcsón kapják meg kiadóhivatalunktól hátrálékban nem lévő el5fizetőink. A pénz előre beküldése után azonnal bérmentve küldjük meg az alábbi igen hasznos könyveket:

Soós Aladár: Étrendi előírások IV. bővített kiadás . . . . . 5.— P
Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája. 230 old., 110 ábra és 16 old. műmelléklettel 4.— „
Krepuska István: A füleredetű agytályogok kór- és gyógytana . . 4.— „
Benderek István és **Külley László:** Gyógymasszázs és mechanoterápia. 240 oldal, fűzve . . . 4.— „

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvétellel történő rendeléskor a portoköltséget is felszámítjuk.

241.131—1940. B. M. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A gyulai állami kórházban megüresedett *tiszteletdíjas orvosi állásra* pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása havi 80 P tiszteletdíj, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás, valamint az önköltségi ár 50%-ának megtérítése ellenében I. oszt. intézeti élelmezés.

Az állást elnyerni óhajtók hozzám intézett, szabályszerűen felbélyegzett kérvényeiket e pályázati hirdetménynek a Budapesti Közlöny c. hivatalos lapban történt harmadízbeni közzétételétől számított 15 napon belül — közhivatalban lévők hivatali főnökük útján — a m. kir. belügyminisztériumba (Budapest, I., Uri-utca 49. sz.) nyújtsák be.

A pályázati kérvényhez a Népegészségügy „Szám magyarázat"-ában 1—12. szám alatt megjelölt okmányok csatolandók.

Közszolgálatban álló pályázók a felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, az említett iratok egyikével igazolhatják.

Az állás betöltése alkalmaztatás útján 1 évre történik, amelyből végleges kinevezésre jogigény nem támasztható. Az alkalmazás 1 évre meghosszabbítható.

A tiszteletdíjas orvosnak az intézetben kell laknia, természetbeni lakását csak saját személyére veheti igénybe, s magángyakorlatot nem folytathat.

Budapest, 1940. évi november hó 12.-én.

M. kir. Belügyminiszter.

A Márianosztrai kir. Orsz. Büntetőintézeti orvosi állásra a Budapesti Közlöny e hó 7.-, 8.- és 9.-i számában pályázat jelent meg; a pályázati határidő utolsó napja *1940. november 30.*

240.771.—1940. B. M. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMENY.

A budapesti m. kir. állami szemkórházban megüresedett *igazgató-főorvosi állásra* pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma az állami tisztviselők részére megállapított VII. fiz. oszt. 3. fokozata szerinti illetmény.

Az állást elnyerni óhajtók hozzám intézett, szabályszerűen felbélyegzett kérvényeiket e pályázati hirdetménynek a Budapesti Közlöny c. hivatalos lapban történt harmadízbeni közzétételétől számított 30 napon belül — közhivatalban lévők hivatali főnökük útján — a m. kir. belügyminisztériumba (Budapest, I., Uri-utca 49. sz.) nyújtsák be.

A pályázati kérvényhez a Népegészségügy „Szám magyarázat"-ában 1—12. szám alatt megjelölt okmányok csatolandók.

Közszolgálatban álló pályázók a felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a tözskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, az említett iratok egyikével igazolhatják.

Budapest, 1940. évi november hó 12-én.

M. kir. Belügyminiszter.

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTÁN.

64.635—1940. kig. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Újpest megyei városban nyugdíjazás folytán megüresedett *városi orvosi állásra* pályázatot hirdetek. Az állás javadalma az állami rendszerű X. fiz. oszt. 3. fokozata szerinti illetmények és a szabályrendelettel megállapított rendelési, beteglátogatási és műtétekért járó díjak.

Az állást elnyerni óhajtók a belügyminiszterhez címzett, szabályszerűen felbélyegzett kérvényeiket e pályázati hirdetménynek a „Népegészségügy" című hivatalos lapban történt közzétételétől számított 15 napon belül Ujpest m. város polgármesteréhez — közhivatalban lévők hivatali főnökük útján — nyújtsák be.

A pályázati kérvényhez a Népegészségügy c. lap „Számmagyarázat"-ának 1—12. pontjai alatt felsoroltakat, valamint a tisztiorvosi képesítést igazoló okmányt kell csatolni.

Közszolgálatban álló pályázók a felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve az említett iratok egyikével igazolhatják.

Budapest, 1940. évi november hó 9. napján.

vitéz dr. Endre László, alispán.

8026—1940. alisp. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Csongrád megyei városban megüresedett *városi orvosi állásra* pályázatot hirdetek, — az állás betöltését a belügyminiszter 210.757—1940. XIV. sz. rendeletével elrendelte. A megüresedett városi orvosi állást az 1936:IX. tc. 11. §-ának (1) bekezdése értelmében a belügyminiszter kinevezés útján tölti be. Az állás javadalmazása a X. fiz. oszt.-nak megfelelő illetmények és a városi szabályrendelettel megállapított látogatási, rendelési és halottkémlési díjak. A városi szabályrendelet értelmében a kinevezendő orvos köteles a szolgálati beosztása szerinti kerületében a város polgármestere által közelebbről megjelölendő helyen lakni.

A szabályszerűen felbélyegzett s az alábbiak szerint felszerelt pályázati kérvényeket a belügyminiszterhez címzetten, e pályázati hirdetménynek a „Népegészségügy" c. hivatalos lapban történt közzétételétől számított 15 nap alatt, közszolgálatban álló pályázók szolgálati úton, más pályázók pedig közvetlenül Csongrád m. város polgármesteréhez tartoznak benyújtani.

A pályázati kérelemhez csatolandó okmányokat a Népegészségügy c. lap hirdetmények rovatában megjelenő „Számmagyarázat' '1—13. pontjai tartalmazzák.

A pályázók kérvényükben nyilatkozni kötelesek az 1920—1937. B. M. rendelet értelmében afelől, hogy közhivatalokban közintézetekben és közintézményekben állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmazást betöltenek-e vagy sem. Igenlő esetben az alkalmazó szervet és az élvezett járandóságok összegét meg kell nevezni.

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

A kellően fel nem szerelt, vagy megkésve érkezett pályázatokat nem vehetem figyelembe.

Szentes, 1940. évi november hó 9.-én.

Dobay s. k., alispán.

Lapunk mai számához a Magyar Pharma gyógyáru rt. (Budapest, V., Arany János-utca 10.) gyógyszerkülönlegességeiről szóló ismertetését mellékeltük.

84. évfolyam. 48. szám. Budapest, 1940 november 30.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26. IV. em.
Telefon: 345-113.
Ingyenes liftháasználat.
(Kérje a portástól.)

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámlánk javára. *Jugoszláviában* az Avala bármely kirendeltségénél az „O. H. számlájára". *Romániában: Borsos Béla dr.* Arad, Str. G. Gringorescu 5. *Slovákiában: Eleőd Solt,* O. H. Dunabank, Bratislava. *Egyéb külföldről:* az előfizetést levélben küldött dollár-chequeben kérjük a kiadóhivatalba.

Előfizetési díj: az **„Orvosi Hetilap"**-ra az **„Orvostudományi közlemények"**-kel együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 350 dinár, 1000 lei, egyéb külföldre 6 dollár, vagy a belföldi díjak + portóköltség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyedévre negyede, egy hóra 2.50 P. A **„Magyar Orvosi Archivum"** egész évre 10 P., 70 slk., 100 dinár, 400 lei, 2 dollár.

84. évfolyam. 48. szám. Budapest, 1940. november 30.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

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

TARTALOM:

Blazsó Sándor és **Kramár Jenő:** Adatok a gyermekkori enkephalosis kórtanához. (609—611. oldal.)
Kolba Vilmos: A gyökeres arcüregműtét javalatai. (611—613. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (97—100. oldal.)
Irodalmi szemle: (613—614. oldal.)
Könyvismertetés: (614—615. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (615—616. oldal.)
Lapszemle: (616. oldal.)
Bilkei Pap Lajos: † Wenckebach Frigyes. (617. oldal.)
Vegyes hírek. Hetirend: 617—618. oldal. és a borítólap III. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Ferenc József Tudományegyetem gyermekklinikájának közlemenye. (Igazgató: Kramár Jenő ny. r. tanár.)

Adatok a gyermekkori enkephalosis kortanahoz.

Irta: *Blazsó Sándor dr.* és *Kramár Jenő dr.*

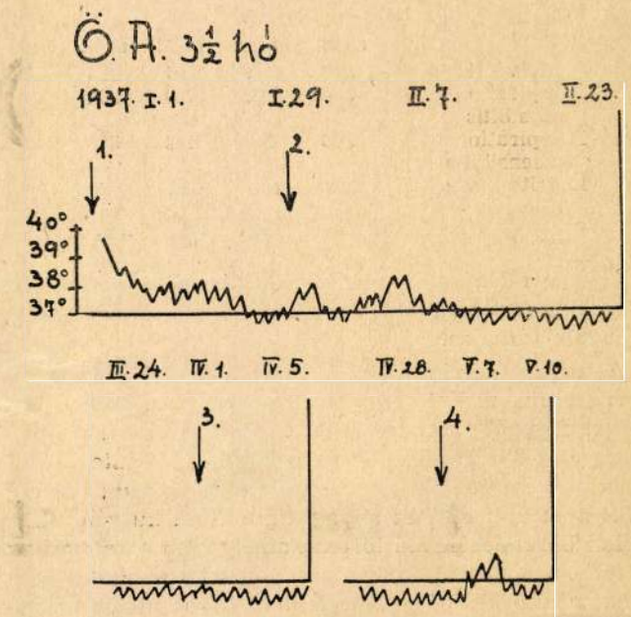
Ismeretes, hogy a gyermek, méginkább a csecsemő idegrendszere a különböző ártalmakkal szemben sokkal érzékenyebb mint a kifejlett szervezeté. Innen van, hogy mind önállóan, mind egyéb betegségek folyamán idegrendszeri kórképekkel igen gyakran találkozunk. Minthogy a tünetek s csoportosulásuk gyakran olyan, hogy az így előálló kórkép teljesen megfelel az enkephalitis klinikai képének, érthető, hogy az enkephalitis még nem is olyan régen a gyermekorvosnak gyakori diagnosisa volt. Csak amióta újabban az agy-pathologia megtanított bennünket arra, hogy az ilyen enkephalitis tünetegyüttes mögött az esetek nagyrészében nem gyulladásos, hanem degenerativ folyamatok állnak, azóta kezdünk takarékoskodni az enkephalitis diagnosisával s arra törekszünk, hogy, amennyire csak lehetséges, már a klinikai kép alapján is elkülönítsük az igazi gyulladást (az enkephalitist) a degenerativ folyamatoktól (az enkephalosistól).

Nem vitás ma már pl., hogy a grippés infectiók, a tüdőgyulladás alkalmával keletkező idegrendszeri elváltozások jórészt elfajulási eredetüek s csak kis részben felelnek meg az igazi gyulladás kritériumainak, vagy hogy a vérhassal, a vörhennyel kapcsolatos súlyos agyi tünetek oka hasonlóképen enkephalosis. A pertussis idegrendszeri szövődményeit sem sorolhatjuk már a másodlagos (parainfectósus) enkephalomyelitisek közé, mint ahogy eddig tettük, mert kiderült, hogy vasogen agyártalom e tünetek tulajdonképeni oka. Ujabban *Ferraro*, továbbá *Scheffer* már a kanyaró alatt jelentkező idegrendszeri szövődménynek okául sem mindig gyulladást talál, hanem nemegyszer ischaemiát. a ganglion-sejtek súlyos elfajulásával, ami a toxikus aethologia mellett szól.

Mig a parainfectiósus enkephalitis oktana még nagyon vitatott (a vita tárgya, hogy az alapbetegség kórokozója szerepel-e, vagy virus activálódik-e, avagy talán allergiás reactióról van szó), nincs kétség az iránt, hogy az enkephalosisokat valamilyen *toxikus anyag* okozza. A kérdés csupán az, milyen eredetű ez a mérgező anyag, mik képződésének feltételei és hogyan hat. Mi ennek a kérdésnek tisztázását szeretnők néhány adattal előbbre vinni.

1937 január elején egy 3 hónapos csecsemőt hoztak a szegedi gyermekklinikára eszméletlen állapotban, súlyos enkephalitis tünetei közt. Szüleitől megtudtuk, hogy a gyermek két nappal azelőtt még makkegészséges volt, nem számítva hasán levő csecsemőtenyérnyi anyajegyét, amely az utóbbi időben gyarsan növekedett. Az aggódó szülők ezért bemutatták gyermeküket a bőrgyógyászati klinikán, ahol cavernosus angiomát megállapítva galvanocauteres kezelést ajánlottak 4—5 ülésben. Az első részleges égetést azonnal el is végezték. Mi ennek a beavatkozásnak s a két nappal utána jelentkező enkephalitis-tünetcsoportnak találkozását természetesen a véletlennek tulajdonítottuk s a csecsemőt a szerint is kezeltük, azonban, tekintettel a súlyos állapotra, a naevus további orvoslását egyelőre elhalasztottuk. A csecsemő állapota lassankint annyira javult, hogy január végén már megengedhetőnek tartottuk az anyajegy kezelésének folytatását. A cauterezést követő napon a csecsemő lázas lett, igen bágyadt, többször hányt, nagykutacsa lüktetett: minden amellett szólt, hogy az „enkephalitis" kiújult. Ekkor már gyanut fogtunk, hogy összefüggésnek kell lennie a cauterezés s az enkephalitis-tünetegyüttes között, ezért már bizonyos, mindjárt közelebbről tárgyalandó vizsgálatokat állítottunk be az eset tisztázására.

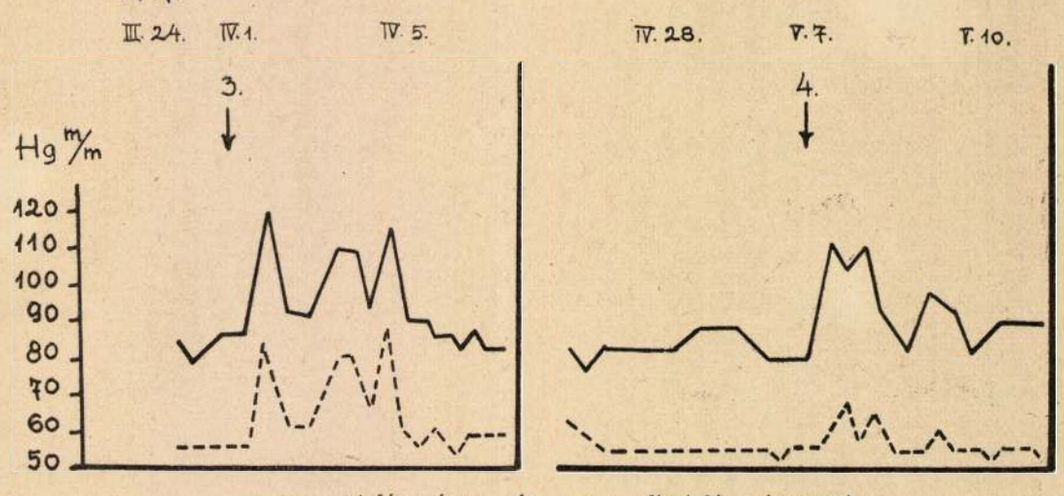
A csecsemő álapota közben lassan megjavult: február 23. körül már teljesen egészségesnek látszott. Egy hónapos



1. ábra.

szünet után, április elején, a naevus további részletét égettük meg, most már persze nagyon óvatosan, nehogy kárt okozzunk. Másodnapra könnyű, de félreismerhetetlen agyi tünetek jelentkeztek, amelyek néhány nap alatt le is zajlottak. A naevus még fennmaradó részletét május 7-én cautereztettük meg, mire három napon át mérsékelt láz kíséretében újból jelentkeztek a most már egészen abortívnak nevezhető tünetek. 3 héttel később a csecsemőt egészségesen hazaadtuk. Az 1. ábrán áttekintő képet nyujtunk e sajátságos eset lefolyásáról.

Az előbb említett vizsgálatok elsősorban arra irányultak, hogy hogyan viselkedik e cerebralis tünetegyüttessel egyidejüleg a csecsemő *vérnyomása* s hogyan alakul a *vizforgalma*. Pneumoniás és dysenteriás csecsemőink enkephalosisát (= toxikus dysenteria, toxikus pneumonia) figyelgetve ugyanis azt tapasztaltuk, hogy ezeknek hypertensiójuk van s vizforgalmuk centralisan zavart. Betegünk vérnyomását a 3. cauterezést megelőzően néhány nappal kezdtük figyelni, majd folytatólagosan utána is. *A cauterezés után napokig tartó vérnyomásnövekedés volt.* Ugyanezt láttuk a 4. cauterezés után is (2. ábra). Nyomon követtük a vizforgalmat is. Mint a



——— systolés vérnyomás; — — — diastolés vérnyomás.
2. ábra.

mellékelt táblázatból láthatjuk, a 3. cauterezés után a perspiratio sensibilis tetemeset süllyedt, mégpedig oly mértékben, hogy a perspiratio insensibilis jelentékeny

A vízforgalom 3 napos szakaszok napi középértékében kifejezve (ccm.)

	a 3. kauterezés		a 4. kauterezés	
	előtt	után	előtt	után
Vizfelvétel	870	877	915	920
Perspiratio sensibilis	513	427	430	342
Perspiratio insensibilis	376	419	472	517
Kiürített víz összesen	889	846	902	859
Egyenleg	—19	+31	+13	+61

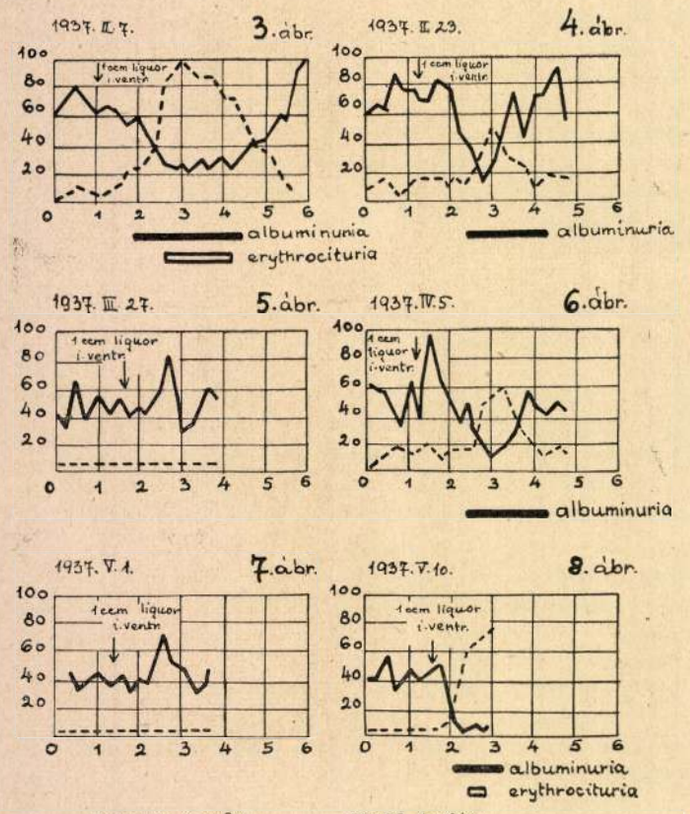
emelkedése ellenére is *vizvisszatartás következett be.* Mindez teljesen hasonló módon megismétlődött a 4. cauterezés hatására.

Az agyi tünetek, a vérnyomásnövekedés s a vizforgalom zavara mellett azonban még egy sajátságos jelenséget figyelhettünk meg: *ki tudtuk mutatni, hogy a cauterezés után a fenti jelenségekkel egyidejüleg valamilyen toxikus anyag jelenik meg a liquorban, amely azelőtt nem volt ott.* Az anyag kimutatása kutyán *Marx* kisérleti berendezésében történt, amely igen alkalmasnak bizonyult a vizforgalmat s a vérnyomást szabályozó központokra ható különböző élettani és kóros ingerek vizsgálatára. A kisérlet lényege, hogy a liquort megfelelően előkészített s folyamatosan itatott kutyák agykamrájába fecskendezzük s figyeljük a diuresisre s a vizelet chlor-concentratiójára, továbbá a vérnyomásra való hatást. Positiv esetben diuresisgátlás mutatkozik a vizelet konyhasó concentratiójának növedésével, egyidejüleg a vizeletben fehérje, vörösvérsejtek és hengerek jelennek meg s az állat vérnyomása nő. Ebben a kisérleti berendezkedésben nékünk már sikerült toxikus dysenteriában s idegrendszeri tünetektől kisért pneumoniában szenvedő csecsemők liquorában ilyen toxikus anyagot kimutatni, egyben azt is demonsráltuk, hogy az egészséges vagy az említett toxikus betegségekből gyógyult, továbbá az idegrendszeri tüneteket nem mutató (nem toxikus) vérhasban vagy tüdőgyulladásban szenvedő csecsemők liquorában ez az anyag hiányzik. Ismertetett esetünkben az első vizsgálatot már a második cauterezés után jelentkező idegrendszeri reactio alkalmával végeztük, mindjárt amikor gyanut kezdtünk fogni, hogy a cauterezés s az idegrendszeri tünetek között valamilyen összefüggés van. A liquor nagy nyomás alatt ürült, gyulladásra utaló jeleket nem mutatott, de a most vázolt kisérletben erősen positiv reactiót adott (3. ábra). Két héttel később, amikor a csecsemő állapota már tetemesen javult, a próba még — bár kisebb fokban — positiv volt (4. ábra). Egy hónap mulva a kisérlet már negativ eredménnyel végződött (5. ábra). Április elsején történt a harmadik cauterezés. Amikor 4 nap mulva egészen enyhe tünetek jelentkeztek, újabb vizsgálatot végeztünk: az eredmény ismét gyengén positiv volt (6. ábra). Máj. 1-én a reactio már negativ (7. ábra). A negyedik cauterezést követő harmadik napon a kisérlet ismét kifejezett positiv eredménnyel végződött (8. ábra).

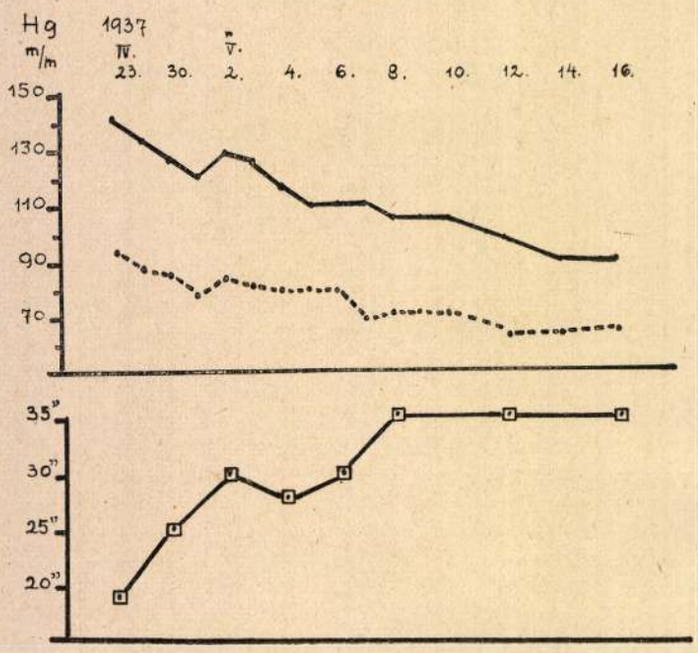
Az elmult esztendőben 11 hónapos fiucsecsemőt volt alkalmunk észlelni. Mellkasa felső részén s nyakán kiterjedt, leforrázásból eredő másodfokú égéssel hozták a klinikára. A lázas, igen nyugtalan csecsemő reflexei fokozottak voltak, végtagjai feltünően hypotoniásak, eszmélete azonban tiszta. Végeredményben tehát az idegrendszer részvétele csak mérsékelt volt s ennek megfelelően a liquorban enyhe reactiót kaptunk. A jellemző vegetativ zavarokat: a nagy vérnyomást s a vizretentióra való hajlamot azonban kétségtelenül ki lehetett mutatni. A 9. ábrán a systolés és diastoles vérnyomást tüntettük fel, továbbá a Mc Clure és Aldrich-féle próba (az intracutan befecskendezett konyhasó-oldat eltünésének ideje) eredményeit. Láthatjuk, hogy a betegség javulásával a kezdeti hypertensio fokozatosan megszünt, s egyidejüleg a szövetek kórosan fokozott vizkötő képessége is visszatért a rendesre.

Ez az esetünk egymagában nem sokat mondana, de összevetve az előzővel már alkalmas arra, hogy az abból

levonandó következtetéseinket támogassa. Előző esetünk ben ugyanis *a kisérlet biztosságával lehetett kimutatni az összefüggést a cauterezés s az idegrendszeri tünetek között.* De megtaláltuk az összefüggés lényegét is. Ebben kétségtelenül segítségünkre volt a véletlen. Ha a naevus történetesen akkora, hogy cauterezése egy ülésben is megtörténhet, az első idegrendszeri reactio után bizonyára megmaradtunk volna eredeti diagnosisunk mellett: enkephalitis, amely vagy véletlenül követte a cauterezést, vagy esetleg utóbbinak activáló hatása folytán jött létre. A négyszeri szabályos ismétlődés azonban e két lehetőséget már a klinikai megfigyelés alapján is teljesen valószinütlenné tette. A liquor vizsgálata azonban a bizonyítékot is



——— diuresis (cm³); — — — NaCl (cg%).
9. ábra.



——— systolés vérnyomás; ..... diastolés vérnyomás.
Mc. Clure- és Aldrich-féle próba („Quaddelzeit").

meghozta: *sikerült kézzelfoghatóan kimutatni, hogy a szövetroncsolás közben felszabadult, tehát endogen anyagok, kellő fogékonyság esetén toxikus idegrendszeri tüneteket, enkephalosist tudnak létrehozni.*

Most világosan látjuk azt is, hogy milyen alapon vesz részt az idegrendszer az ú. n. toxikus betegségek kórképében. Mint említettük, a toxikus vérhasban s a tüdőgyulladásban szenvedő csecsemők liquorában is találunk ilyen, kutyakisérletben hatásos anyagot. Bakteriumos betegségekről lévén szó, elsősorban ennek a toxikus anyagnak bakteriumos természetére kellett gondolni. Az anyag tulajdonságainak közelebbi vizsgálata azonban valószinütlenné tette ezt a feltevést s azt a meggyőződést érlelte meg bennünk, hogy itt is szervezet termelte méregről van szó. Az endogen méregképződésnek lehetősége a tüdőgyulladásban vagy a vérhasban semmivel sem kisebb, mint az égés alkalmával. Végeredményben tehát úgy látszik — s ezt legalábbis a vérhasra nézve *Miskoczy* és *Csajághy* histológiai vizsgálatai is bizonyítani látszanak — hogy e két betegség idegrendszeri szövődményeinek is elsősorban ilyen endogén enkephalosis az oka.

A további kérdés, hogy akkor, amikor az endogén méregképződés lehetősége oly nagy, miért mutatkoznak az idegrendszeri tünetek mégis az eseteknek csupán egyrészében. Nyilvánvaló, hogy itt több körülmény játszik közre: az idegrendszer egyénileg különböző fogékonysága, a méregképződés gyorsasága (vagyis, hogy a méregtelenítés lépést tud-e tartani a képződéssel) végül az a lehetőség, hogy a betegség magát a szervezet méregtelenítő képességét is megzavarhatja.

Azt hosszük, hogy a toxikus enkephalosisokban szereplő méreg-anyagok eredetének felismerése s az imént felvetett kérdések tisztázása nagy jelentőségű a kezelés szempontjából. Reméljük, hogy a klinikánkon ebben az irányban folyó vizsgálatoknak további eredményeiről már rövidesen számot adhatunk.

A Posta B. B. Intézet fül-orr-gégerendelésének és a Vöröskereszt Erzsébetkórház fül-orr-gégeosztályának közleménye (Főorvos: vitéz Tátrallyay (Wein) Zoltán rk. tanár.)

A gyökeres arcüregműtét javalatai.

Irta: *Kolba Vilmos dr.* műtőorvos, fül-orr-gégeszakorvos.

A Posta B. B. Intézet fül-orr-gégerendelésének, valamint a vele kapcsolatos Vöröskereszt Erzsébet kórház füll-orr-gégeosztálvának nagy beteganyagából az elmúlt 14 év alatt 256 betegen 285 esetben került sor a gyökeres arcüregműtét javalására. E műtéti javalatok felállításában mindig az a szempont vezetett, hogy lehetőleg végleges gyógyulást érjünk el s a beteget az esetleges kiújulástól és ezzel együtt az ismételt műtéti beavatkozástól megóvjuk. Betegeink jórésze a Pósta B. B. Intézet tagjai közül kerül ki, így módunk van betegeinket a műtét után évek mulva is megfigyelni, illetőleg a műtét későbbi eredményeiről hű képet kapni.

Az említett 285 esetből 268 alkalommal *Luc Caldwell* (25 esetben együlésben kétoldali, 5 esetben utólag ellenoldali is) 17 esetben pedig Denker-féle (1 esetben kétoldali) eljárás szerint operáltunk. A Denker-féle eljárás szerint végzett műtétek az említett időszak (14 év) első éveire esnek; az utóbbi időben csakis a Luc Caldwell-féle eljárás szerint operálunk. Ez az eljárás — a nagy számban végzett műtétek gyógyeredményei után állíthatjuk — mind gyógyulás, mind kozmetikai szempontból a legjobb. A végzett 268 Luc Caldwellmű-

tétből csak 1 esetben került sor később reoperációra a nasalis nyilás beszűkülése és az operált üregben képződött gyulladásos sarjképződés miatt.

A Luc Caldwell-műtétnek egyes szerzőktől említett s a Stuhrmann-műtéttel szemben támasztott hátrányát, hogy a száj felé is nyílást ejtünk, soha sem láttuk. A szájüregi műtéti metszés símán gyógyult, a legritkábban képződik sipoly (285 műtét után 3 esetben) s ha előáll, a sebszél felfrissítése után. 1—2 öltéssel összevarrva megszüntethető. A Denker-féle eljárással szemben a Luc Caldwell szerint végzett műtétnek az a nagy előnye, hogy a könycsatorna nincs veszélyeztetve és így könycsorgás, mint műtéti maradvány nem fordul elő.

Mint nem eléggé gyökeres megoldás a Stuhrmann-féle műtétet ma már egyáltalán nem, a Claoué-Lothrop-féle eljárást pedig aránylag ritkán, inkább csak bizonyos kényszerítő körülmények miatt végezzük; így,

1. ha hevenygyulladás a punctio útján végzett öblítésre nem akar gyógyulni, ideiglenes, de folytonos szádlás biztosítása végett;

2. ha a beteg egyéb súlyos betegség következtében legyengült s az arcüreggyulladás mint mellékes betegség jelentkezik.

3. ha a beteg nagyon öreg, vagy korához képest igen rossz a testi állapota.

A műtét javalásában szigorúan járunk el, hogy a beteget a fölösleges, tökéletlen, illetőleg nem végleges beavatkozásoktól megóvjuk.

Az arcüreggyulladások legnagyobb része ugyanis sorozatos punctióval és öblítéssel (szükség esetén naponta kétszer), a sugaras kezelés (rövidhullám, hőlég) igénybevételével, továbbá az öblítő folyadékok változtatásával (bórviz, physiológiás konyhasó-, hypermangán-, trypaflavin-, H_2O_2-oldat, neomagnol), valamint gyógyszerek (p. a. b. sulfamid készítmények, omnadin, amidosan) segítségével meggyógyul. Ha az arcüreggyulladás tünetei e rendszeres és néha hosszabb (akár 4—5 heti) kezelés után vissza nem fejlődnek, a váladék menynyisége nem csökken és minősége nem javul, akkor műtétre határozzuk el magunkat. Természetesen a műtét javalatát már előre felállítjuk, ha röntgen segítségével és a punctiós kezelések alkalmával meggyőződtünk arról, hogy az arcüreget részben, vagy teljesen polypok töltik ki s az arcüreg öblítése, illetőleg a termelt váladék kiürítése akadályozott.

A tapasztalat azt mutatja, hogy a Lothrop-féle eljárás szerint készített nasalis nyílás beszűkül (néha már a kezelés folyamán), idővel pedig elzáródik, továbbá, hogy az ilyen arcüreggyulladásos betegen a folyamat a legközelebbi erősebb náthával visszatér és kezdődik újra a punctiós kezelés, míg végül rákényszerülünk a gyökeres megoldásra. Leghelyesebb tehát mindjárt a végleges megoldást választani, hogy ne tegyük ki a beteget kisebb, de nem végleges beavatkozásnak, vagyis — minthogy végül a radicalis műtét elvégzésére mégis rákényszerülünk — a többszörös műtéti traumának.

Mint nagy számban — 25 esetben együlésben kétoldalt — végzett esetcinkből látjuk, a gyökeres műtétet a betegek még éltes korban is kitűnően tűrik.

Végzett műtéteink megoszlása kor szerint:

6—10 év		7 műtét
10—20 „		24 „
20—50 „		182 „
50—60 „		27 „
60—70 „		17 „
70 „	felett	3 „
	összesen:	260 műtét

Műtéteinket helybeli érzéstelenítésben, kivételesen altatásban végezzük. Ez utóbbi összesen 4 esetben fordult elő, mégpedig két 10 éven aluli gyermeken, továbbá 2 feltőttön. Mind a helybeli érzéstelenítést, mind az altatást jól tűrik a betegek. Az utóbbi esetben természetesen különös gondot kell fordítani a műtét alatt esetleg az orrgaratba és torokba csurgó váladék, vér eltávolítására. A műtét előtt — kivéve a polyposis miatt át nem járható üreget — mindig punctiót és öblítést végzünk.

Magát a műtétet tehát Luc Caldwell szerint végezzük, különös figyelmet fordítva az arcüregnek és recessusainak tökéletes kitisztítására, az orrüregi nyílás tágasságára és megfelelő nagyságú Boenninghaus lebeny képzésére.

A műtét utáni *szövődményeket* illetőleg a következők fordultak elő:

Egy esetünkben körülbelül tenyérnyi gyulladásos beszűrődés *(phlegmone)* keletkezett az arc lágyrészeiben, az oralis műtéti sebzés szintjének megfelelően. Ez egy idült-vesebajos nőn fordult elő, kinek a műtéttel egyidőben több azonos oldali felső fogát, illetőleg foggyökerét távolítottuk el. Mind a szuvas fogak, mind a vesebaj elősegítette e helyi szövődményt. Incisio után símán meggyógyult.

Otitis a tamponade következtében 1 esetben, *utóvérzés* az orrfelől 2, (6—7 napon) a száj felől szintén 2 esetben (első napon, diffus szivárgás) fordult elő. 3 betegnek keletkezett *sipolya* a műtét után. Ezek a seb szélek felfrissítése és összeöltése után mind záródtak. Általában könnyen elkerülhetjük a fistula képződést, ha ügyelünk arra, hogy az áthajlási redőben végzett lágyrészmetszésnél az iny felől is elég széles, tapadásra alkalmas felszín maradjon, a sebszélek egyeztetésére.

Az elülső, felső *fogaknak*, továbbá az orális metszés környékének műtét utáni *érzészavara*, rendszerint érzéscsökkenésre, ritkábban érzékenysége (a n. alveolaris superior anterior laesiója következtében) néhány hét, ritkábban hosszabb idő után megszűnik. Az esetek igen kis számában előfordul, hogy 1—2 évig kisebbfokú érzéscsökkenés marad vissza, de saját észleléseink és másokéi is azt mutatják, hogy a fogak életképessége, a pulpa nem szenved s az érzészavar végül is megszűnik.

Orbitalis, endokranialis szövődmény arcüregműtéteinkkel kapcsolatosan nem fordult elő.

Luc Caldwell-műtéttel együlésben:

18	esetben	septum-resectiót;
18	„	ethmoidektomiát (5 esetben kétoldalit);
8	„	septumresectiót és ethmoidektomiát (2 esetben kétoldalit);
3	„	agger nasi levésést és ethmoidektomiát;
3	„	középső kagyló-resectiót;
2	„	sphenoidektomiát és ethmoidektomiát;
3	„	frontalis műtétet Kilián szerint;
5	„	ellenkező oldali cochotomiával végeztünk.

Ezek szerint mind műtéti eredményeink, mind egyéb gyors technikát feltételezve — a betegek jól tűrik és ezek a gyógyeredményt tökéletesítik, a gyógyulást siettetik.

Mint említettem, operált betegeink legnagyobb részét módunkban állott évek multán is megfigyelni, s a műtét teljes és végleges eredményeiről meggyőződni. Az utókezelés kapcsán a betegek megtanulják az operált arcüreg öblítését, s az esetleg kiújuló nátha esetén az üregben felgyűlő váladékot maguk mindig kiöblíthetik. Ez a lehetőség, ami rendkívüli könnyebbséget jelent a szakorvostól gyakran távollévő betegnek, ugyancsak a gyökeres megoldás előnyét fokozza.

Ezek szerint mind műtéti eredményeink, mind egyéb észleléseink alapján a műtéti javalatot a következőkben határozhatjuk meg:

Gyökeres arcüregműtétet végzünk:

1. Ha a folyamat a conservativ eljárásra nem javul és hosszabb kezelés után már idültnek tekinhető.

2. Idült, visszatérő gyulladás esetén, mikor a kiújulás alkalmával mosásokra nem gyógyul.

3. Idült, visszatérő esetben, ha sikerül ugyan a conzervativ kezelésre a váladékképződést az üregben megszüntetni, de a betegnek nincs módjában recidivák alkalmával ismételten hosszabb időre elhagyni munkahelyét, szakorvosi kezelésre pedig lakása helyén nincs lehetőség. (Socialis javalat.)

4. Ha az üreget polypok töltik ki.

Mindenesetre azonban a műtéti javalatok felállításakor ne ragaszkodjunk kötött alapelvekhez, hanem gondosan mérlegelve és megfontolva a beteg állapotát és helyzetét, döntsünk úgy, hogy félmegoldások helyett, teljes és végleges gyógyulást nyújtsunk.

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET

Rovatvezető: *ifj. Verebélyi Tibor* és *Fedeles-Findeisen László.*

Művégtagról. *Hohmann.* (Med. Welt. 1940. 12.) I. A *műláb* célja az anyaghiány fedése és lehetőleg panaszmentes biztosított állás-járás közvetítése. Ennek elemi feltételei kifogástalan csonk létesítése, a felette lévő izületek szabad mozgékonysága. Szerző a nagyobb stabilitás s mindenféle csonkhoz jó alkalmazhatósága miatt legjobb anyagnak a fát tartja. A szerkezetet illetőleg, a combprothesisre leginkább bevált a phys. térdizülethez hasonló Schede—Habermann-féle művégtag, mellyel nagyfokú járási s terhelési (hajlításkor) biztonság érhető el. Az alszár pótlék a tibia condylusokra és elől némileg a térdkalács alsó végére támaszkodva a testsúly jobb elosztása végett mindig izületszerű összefüggésben áll a combra erősített tokkal. A pótló bokaizület passiv pro-suppinatióval s enyhe dorsalflexióval alkalmazkodik a talajhoz. A műláb a csonkon élettelenül lógó, járáskor előrehajitott függelék helyett a csonkkal szorosan összefüggő s az erőteljesen kiképzett maradékizomzat által mozgatott s irányitott activ szervként működjék. — II. *A műkar* lehet dolgozó és nem dolgozó typusú, ezek egymással combinálhatók. A túl bonyolult szerkezetek hosszú időn át nem váltak be. A váll, vagy a könyökmozgás erőátvitelén alapuló mechanismusok közül csak a Fritz—Lange-féle múkéz vált be tartósan. A csonkok műtéti átalakításával *Krukenberg* és *Sauerbruch* kétféle művégtagot szerkesztett. *Krukenberg* az alkarcsontokat egymástól elválasztva s izombőrlebennyel fedve a homár ollóihoz hasonló mozgó részekké idomította, (kezet is mozgat). Csak alkarcsonkításkor, elég hosszú maradékorsó- és singcsont esetében jön szóba. *Sauerbruch* a karcsonk feszítő és hajlító oldalán 1—1 ferde, nyeles, bőrlebennyel kibélelt csatornát készítve az azokba tett elefántcsontrudacskák révén az izommozgásokat vitte át a műkézre. A betegek egy részén kitünően bevált, mások a csatornák kisebesedése miatt a prothesist nem használhatták s így a járatok behegedtek. Inkább a kevésbbé igénybevett szellemi munkásoknak ajánlható. A felső művégtag megoldásának lényege, segíthetünk-e az ismét dolgozni akaró károsulton megfelelő, munkára alkalmas eszközzel (gyűrű, horog, karom, stb)? Alkarcsonkításkor csak a könyökizület mozgékonyságának kisebb-nagyobb megőrzésére kell ügyelni, felkaramputatiókor a munkaképes művégtag szerkesztése a vállon a prothesisnek zavaró forgásait kiiktató rögzítési nehézsége miatt sokkal nehezebb physikai és egyben lelki feladat. (V. 26.)

Kaveczky Imre dr.

Esmarch-féle vértelenítés — mikor, hogyan, hol és ki által végzendő? *Hans.* (Med. Welt. 1940. 11.) Szerző a végtagok nagyobb ütőeres vérzései esetében alkalmazott fenti eljárás veszélyes voltát hangsúlyozva, annak végzését szigorú feltételekhez köti: 1. A leszorítás két óránál tovább nem tartható fenn, az elhalás veszélye miatt; 2. Teljes leszorítás ütőeres sérülés esetében csak igen szűk területre korlátozott. Alkar- és alszárvérzés függélyes tartásra és nagyobb helyi nyomásra mindig megszűnik; a könyök- és térdárokban az arteria elágazódása alatti arteriából halálos vérzés nem lehetséges. A végtagok felső harmadán a végtag gulaalakja s a seb közelsége miatt teljes leszorítás nem alkalmazható, tehát az eljárás csak a comb és felkar alsó kétharmadára szorítkozik; 3. A leszorítás gyorsasága hatása beálltáig a fokozott vérzést előidéző pangás megszüntetése miatt is fontos. A szorítóeszköz rövid szárra fogva, erős húzás mellett teendő fel. A veszélytelen leszorítás nehézségei: 1. Az anyag hiánya és előkészítetlensége; 2. A vértelenítés javalatának felállitási nehézsége; (főleg laikusokon); 3. Lehetetlen központi fekvésű helyen leszorítás alkalmazása, részben a seb helyzete (nagysága), másrészt gyakorlat hiánya miatt; 4. Órákig tartó ellenőrzés is lehetetlen. Újabban ismét ajánlják az ütőerek centralis nyomását, továbbá a vérző helyben történő közvetlen digitalis nyomást és különösen ferde sebek alkalmával a szomszédos bőrnek erős nyomás mellett a sebbe becsúsztatását. (V. 28.)

Kaveczky Imre dr.

TÁBORIEGÉSZSÉGÜGY ÉS HADISEBÉSZET

Rovatvezető: *Lippay-Almássy Artur.*

A gázüszkös fertőzés vegyi megelőzése és vegyi kezelése. *Schreuss.* (Dtsch. Med. Wschr. 1940. 41.) A mostani háboru elején az angol hadseregben tervbevették, hogy a flandriai harctéren a gázüszök vegyi megelőzését a gyakorlatban is kipróbálják. A hadműveletek gyors lezajlása azonban meggátolta ennek a tervnek a keresztülvitelét. A War Office előírása szerint minden súlyos sebesültnek 24 óra alatt 9—10 g sulfonamidot kellett volna per os beadni. A szerző szükségesnek tartja, hogy a német hadseregben használják fel a ritkán adódó alkalmat és tömeges kisérletben tisztázzák a sufonamidok szerepét az anaerob fertőzésben. Gázüszök esetében jogosan alkalmazhatunk vegyi megelőzést, mert a sebbe került kórokozók a sebsérülés utáni első órákban teljes virulentiájukat még el nem érték, gázüszkös betegségről tehát még nem lehet beszélni. A vegyi kezelés kétféle lehet: abortiv kezelést alkalmazhatunk akkor, amikor az anaerob sebfertőzés még a sebre localizálódik, a tulajdonképeni vegyi kezelést pedig akkor, amikor a betegség már teljesen kifejlődött. A gázüszök vegyi kezelésének előfeltétele az, hogy a sebet épp úgy, mint eddig is, sebészileg kitakarítsuk és rendezzük. A serumkezeléstől se tekintsünk el, mert a vegyi- és serumkezelés kölcsönösen csak fokozhatja hatását. A sulfanilamidok esetleges ártalmas mellékhatásai, egy egyébként halálos betegség esetében, nem nyomnak sokat a latba. (L. 41.)

Lippay-Almássy Artur dr.

Az állcsontok háborús sérülései. *Ganzer.* (Dtsch. Militärärzt. 1940. 10.) Az állcsontok lövési sérülései elvileg nem különböznek más csontok hasonló sérüléseitől. Nagy előnyük, hogy az állcsontokba ékelt fogak szabadon kiálló koronái kitünő fogantyúul szolgálnak a törvégek beigazításához és rögzítéséhez. A békebeli állcsonttörésektől abban térnek el a háborúsak, hogy a lövedék rendszerint nagyfokú lágyrészroncsolást okoz. E sérülések első kezelése abban álljon, hogy a vérző ércsonkok lekötése után egy-két átöltő helyzetvarratot helyezünk be és az így ellátott sebet sterilen lekötjük. Nyomókötéstől azonban óvakodjunk. A szájsebészeti osztályon azután szakszerű sebrendezést végzünk: az állcsonttörés ellátása megelőzi a részleges lágyrészvarratot. Ilyen sebrendezést még régebbi sebeken is haszonnal végezhetünk. A kezdetben kifejlődő arcvizenyő, a magas hőmérséklet és a sebesültek erősen nyomott lelkiállapota ne csábítson bennünket arra, hogy a sérülést nagy metszésekkel szélesen feltárjuk és a csontszilánkolási övet aprólékosan kitakarítsuk! Elegendő az, hogy a sebváladék lefolyását biztosítjuk és a sebüreget laza, nedves kötéssel nyitvatartjuk. Ezzel az eljárással néhány nap mulva a nyugtalanitó tünetek elmúlnak. (L. 42.)

Lippay-Almássy Artur dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ottó József* és *Benedek Andor.*

A propaganda szerepe a rákellenes küzdelemben. *Bokelmann.* (Zbl. f. Gyn. 1940. 19. 770.) A rák a legkifejlettebb beteggondozás ellenére is terjedőben van. Az eddigi eljárások helyett hatásosabb és módszeresebb eszközökkel kell a betegség ellen küzdeni. Szerző ajánlja, hogy a rákgyógyitással foglalkozó orvosok kiképzésére és ellenőrzésére nagyobb gond fordítandó. Csak a legmegfelelőbb gyógyitás vezethet eredményre. A beteganyagot olyan helyre kell csoportosítani, ahol nagy tapasztalattal tudják a betegeket kezelni. A rákellenes küzdelemben divatos felvilágosítást nem tartja helyesnek, mert ezzel csak a rákfélelem és rajta keresztül az idegesség fokozódik; a közönség tudálékos lesz.

Sokkal helyesebb az ú. n. egészségügyi ellenőrzés, mely lehet önkéntes és kötelező erejű. Könnyen kivihető megoldásnak tartja, ha a betegpénztárak útján hajtják végre ezt az ellenőrzést. Minden 30 évesnél idősebb nőt és 45 évesnél idősebb férfit évente kétszer meg kell vizsgálni. A vizsgálat természetesen általános jellegű legyen, hogy ne adjon tápot a rákfélelem kifejlődésére. (B. 37.)

Farkas József dr.

Nomaszerű hüvelyfalelhalás. *Waschulewski.* (Zbl. f. Gyn. 1940. 14. 570.) Az irodalom adatai alapján ismerteti a hüvelyfalnak ritkább elhalásos és fekélyes folyamatait. Egy esetét ismerteti, melyben 30 éves nő hüvelyfalán nomaszerű fekélyes elváltozás keletkezett, amely bő bűzös folyással és erős fájdalmakkal járt. Tükörvizsgálattal a hüvelyben több élesen körülírt mélyre terjedő, kerek fekély volt látható, amelyekből strepto- és staphylococcusokat lehetett kimutatni. Szövettanilag a nomás és agranulocytosisos fekélyekhez hasonló képet mutattak. A vérképből relativ lymphocytosist állapítottak meg. Az elhalt szövetrészletek eltávolítása után ichthyol-glycerin-kezelést végeztek, amelyre a folyamat hegesedéssel gyógyult. (B. 36.)

Feder Ferenc dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

A szemlues vaccinakezelése Klingermann-féle spirochaetavaccinával. *Charamis.* (Arch. d'Ophth. 1939—40. 9.) A landsbergi közegészségügyi intézet vezetője *Hilgermann* prof. által kölcsönzött vaccinával 5 beteget kezelt. 3 keratitis interstitialisban az izgalmi jelenségek gyorsan visszafejlődtek. Recidiváló oculomotorius és facialis bénulásban szenvedő betegen gyors subjectiv javulás után külső okokbol abba kellett hagyni a kezelést. A chorioiditis disseminata esetében semmi javulást sem ért el. (G. 114.)

Lugossy Gyula dr.

A szemfenék vitalis festése. *Sorsby.* (Brit Szemésztárs. Munkálatai. 59. II.) „Kiton fast green V" jelzésű festék venás befecskendésével a retina kóros elváltozásai megfesthetők élőben. Adag átlag 20—30 ccm. Sorvadt, gyulladt látóidegfő, izzadmány, periphlebitis jól felveszik a festéket. Alkalmazása legfontosabb ideghártyaleválás esetén, amikor is a nehezen látható szakadás környéke festhető meg s így a contrasthatás folytán láthatóvá válik az. (G. 115.)

Grósz István dr.

Herpes zoster ophthalmicus. *Gundersen.* (Arch. f. Ophth. 1940. 7.) Reconvalescens vér átömlesztése (átlag 300 ccm) értékes eljárásnak bizonyult. A szem fertőzése előtt adva jó eredmények várhatók. Varicella kiállása nem véd övsömör ellen; varicella-reconvalescens-vér hatástalan. (G. 116.)

Grósz István dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

Újszülöttkori anaemiák. *Mainka.* (Arch. f. Khk. 120. 1.) Az újszülöttkori anaemiákat *Gierke* után ikterus gravis neonatorum és hydrops universalis foetussal együtt foetalis erythroblastosis névvel jelölték meg. Az újabb megfigyelések alapján az erythroblastosis veszitett jelentőségéből, miért is újabban anaemia neonatorumról beszélnek. Az irodalmi adatok alapján *Stransky* 2 alakot különböztet meg: a gyakoribb aregeneratoricus alakot és a ritkább, rosszabb prognosisú embryonalis anaemia-typust. Ezzel kapcsolatban ismerteti saját újszülöttkori anaemia esetét, mely hydrops. cong. familiarissal társult és amelyben feltünő volt, hogy az apai vér intravenás bevitelét nem tűrte. (K. 103.)

Dudás Pál dr.

Ekzemahalál. *H. Koch.* (Arch. f. Khk. 119. 40.) Felhívja a figyelmet a diphtheriás fertőzésre, ami egy másféléves gyermek impetiginosus ekzemájához társulva myokarditist hozott létre és hirtelen halált okozott. Azok az esetek veszélyesek, ahol az álhártyaképzés tökéletlen és emiatt a szervezet nem képes védekezni a toxin behatásával szemben. Ilyenkor áll be a hirtelen halál, amit tehát diphtheria-toxin okozta szívhalál, mint a szerző más bőresetekben végzett kisérletei is bebizonyították. Ezek esetében legtöbbször diapositiv lett az eredmény és a betegek serumra gyógyultak. (K. 102.)

Takáts István dr.

A gyermeki végbélprolapsus operativ kezelése. *Schäffer.* (Arch. f. Khk. 119. 4.) *Dracher* szerint a prolapsusokat 3 főcsoportra osztja: 1. prolapsus ani; 2. prolapsus ani et recti; 3. prolapsus recti. Prolapsus jelentkezhet bélbetegségek, szamárköhögés után, de a főoka rendszerint familiaris dispositio és obstipatio. Gyermekeken főleg a 2—3. életév között jelentkezik, de már a 2—3. hónapban is előfordulhat. Kezelése, ha a prolapsus csak 2—3 hetes, lehet conservativ, ha régen tart, — mivel a gyermek rendszerint legyengült — könnyü és gyors műtéti beavatkozást ajánl. *Schäffer* módosított Tiersch-műtétet ajánl. 8 esetet ismertet, mindegyikben per primam gyógyulást ért el és kiújulást sem látott. (K. 101.)

Csukássy Margit dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Die Pathologie und Therapie der Lymphogranulomatose. *Ratkóczy Nándor* prof. (G. Thieme Verlag, Leipzig. 1940. 158 oldal. Ára: 12, ill. 14 RM.) *Sternberg, Naegeli, Versé, Beitzke* és mások, nálunk *Buday Kálmán,* a pathologia nagy magyar mestere után *Ratkóczy* prof, a röntgenologus vállalkozott a lymphogranulomatosis (lg.) sok homályos kérdésének a tisztázására. Feladatának elvégzésében nem csupán gazdag röntgentudásából és tapasztalatából merített, hanem falhasználta a belgyógyászat és pathologia tanulságait is. Igy jött létre ez a szép és igazán alapvető összefoglaló munka, mely másfél évtizednek a kérdésre irányuló specialis munkásságát foglalja magában. Első fejezete a mű tulajdonképeni anyagát, 64 lelkiismeretesen kiválogatott és a III. belklinikán, illetőleg az I. sebészeti klinika röntgenosztályán pontosan észlelt esetet tartalmazza. Klinikai megnyilvánulás tekintetében *Ratkóczy* classikus vagy szokásos, extraglandularis és különleges megjelenésű formájú lg.-t különböztet meg. A kórisme és kórjóslat tárgyalásában rámutat azokra a nehézségekre, amelyekkel egyes esetekben meg kell küzdenünk. Az előbbiben még a különben döntő jellegű szövettani kép sem világosít fel mindig kellőkép, főleg, ha az atypusos. Ilyenkor — *Buday szerint* — csak több nyirokcsomó szövettani vizsgálata fogja tisztázni a kórismét. Kórjóslatunkat elsősorban a fokozódó vörösvérsejtpusztulásra és esetleg, de nem minden esetben az előrehaladó lymphopeniára építhetjük. A legvitatottabb kérdésre, a kór lényegére vonatkozó álláspontja közel áll a H. Langer-féle ú. n. egyeztető elmélethez, amennyiben *Ratkóczy* az lg.-t az ellenállóképességében már megrendült

lymphopetikus rendszer ismeretlen kórokozó által előidézett betegségének tartja. Behatóan foglalkozik lg.-ban a röntgentherapia jelentőségével és gyógyhatásával, mely a nyirokcsomók hyperplastikus szövettani képének megváltozásában, azoknak zsugorodásában, esetleg eltünésében, a recidivák eltolódásában nyilvánul meg. Technikai tekintetben kiemeljük *Ratkóczy* egyéni kezelési módját, melyet friss és még nem disseminált esetekben sikeresen alkalmaz. Ilyenkor fractionált, de igen erélyes adagolással a góc (és a virus?) lehető megsemmisítésére és recidivák meggátlására törekszik. Újító módszere az utóbbi időben szakkörökben megérdemelt visszhangot keltett. Példáját többen követik, mint *Versé, Desjardin* a Mayo-klinikán. A könyv minden egyes fejezete alapos tudásról, a tárgy és irodalom mélyreható ismeretéről és ami a legfontosabb, kiváló kritikai érzékről és eredetiségről tanuskodik, mely a szerzőt a sok ellentétes nézet útvesztőjében mindig biztos tájékozódáshoz segíti. Még ezen magas szintről is kiemelkedik alaposság és érdekesség tekintetében a csontrendszer lg.-ról és a lg. sugárkezeléséről szóló fejezetek. Ezenkívül felettébb tanulságos esettani adataiból bő okulást meríthetnek a klinikusok is. Így a munka egyaránt nélkülözhetetlenné válik röntgenologusnak, klinikusnak és gyakorló orvosnak, egyaránt, kik e tárgykörben elmélyedni óhajtanak.

vitéz Gönczy István dr.

Physiologisches Praktikum. Teil II. Allgemein-physiologisches Praktikum. *E. Abderhalden* prof. (Th. Steinkopf Verlag, Dresden u. Leipzig, 1940. 160. oldal, 176 ábrával. Ára: 5.25 RM.) A szerző főtörekvése az volt, hogy az élettan óriási kisérletes kincséből azokat a legegyszerűbb kisérleteket válogassa ki, amelyeket viszonylag egyszerű eszközökkel, a kisérlet menetének teljes átértésében a kezdő orvostanhallgató is el tud végezni. Az anyag kiválogatásában a másik fő szempont természetesen az volt, hogy az egyszerű kisérletek is lehetőleg tanulságosak és jól jellemzőek legyenek. A szerzőnek az élettan tanításában szerzett hosszú tapasztalata biztosította maga elé tűzött feladatának teljessikerű megoldását. A gyakorlatok a következő fejezetekre terjednek ki: a vér, a vérkeringés, a légzés, a harántcsikolt izom és peripheriás idegrendszer, az érzékszervek, a központi idegrendszer. Valamennyi kisérlet békán történik, emlős állatokon végezhető kisérletek nincsenek a könyv anyagában.

Beznák Aladár prof.

Differentialdiagnostik der Lungenerkrankungen im Röntgenbilde. Unter besonderer Berücksichtigung der Queraufnahme. *O. Simon.* [A Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgestrahlen 57. kiegészítő kötete. (G. Thieme Verlag, Leipzig, 1939. Ára 17, ill. 19. RM.)] A tüdőbetegségek elkülönítő kórismézése gyakran nehéz feladat. Kétségtelen, hogy ebben a munkában egyik legfontosabb eligazítónk a röntgenfénykép, még pedig *a használható,* a lege artis készített felvétel. Úgy vagyunk vele, hogy gyakorta még az egyező, vagy hasonló árnyékképek is különböző substratumokat rögzíthetnek, miért is nemritkán a helyes értelmezéshez legalább két, egymásra merőleges síkban készített felvételre van szükség. Szerző a königsbergi belklinika anyagából 204 tanulságos és bizonyító erejű fényképet emelt ki s azokat harántfelvételekkel támogatva, valamennyit magyarázó szöveggel ellátva tárja elénk. A munka beosztása is szemléltető, mert a tüdőnkívüli árnyékok után a kisgócos tömörüléseket, a nagyobb tüdőterületek árnyékalakulatait, az üregképződéseket, a hilusnyirokcsomók megnagyobbodását, a rekesz elváltozását és végül a horgők daganatait szemlélteti. Minthogy pedig alig van szakember, aki *kellő* számban látott volna tanulságos felvételt, illetve sorozatot, ezt a fényképeskönyvet a röntgenologus, valamint a tüdőszakorvos kartársak meleg figyelmébe ajánljuk.

Puder Sándor dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 15-i ülése.

Illyés G. elnök: megemlékezik a nyár folyamán elhunytakról: *Pál István, Hermann Imre, Hazslinszky Hugó, Preisz Hugó, Hermann Béla, Szécsy Ernő, Schmiedlecher Károly, Lengyel Árpád, Ábrahám János* és végül *Wenckebach* professor levelezőtagról. A tagok felállással áldoztak a meghaltak emlékének.

Bemutatások:

Rejtő S.: *Három gyógyult otogen meningitis.* Bemutató osztályára az utolsó két hónapban vették fel e három esetet, melyek közül egy heveny középfülgyulladás, kettő pedig cholesteatomás chronicus szövődménye volt. Mint a gyakorlóorvost is érdeklő részletet mutatja be az egyik esetben észlelt arc-herpest, amit *Unterberger* bécsi prof. a sulfonamid biologiai reactiójának tart. A kisagyi tályoghoz szövődött meningitis érdekessége, hogy normalis hőmérséklettel zajlott le. Harmadik esetének érdekessége, hogy műtét közben letörött pyramis-csúcsot *Ramadier* eljárása szerint távolította el. A letört csontrészen látjuk a porus ac. internust, a feltárt labyrinthust és röntgenképén a bennemaradt egyszeres csigakanyart. Bemutató sokat vár a sulfonamid-készítményektől, de hangsúlyozza, hogy ezek szerepe csak a genyes góc sebészi eltávolítása után kezdődik.

Ezután *elnök* üdvözli *Stanojévic Lázár* belgrádi professort és felkéri előadásának megtartására.

Stanojévic L.: *Az emlékezőtehetség fogyatkozása — elmekórtani megvilágításban — különös tekintettel az aggkori elmegyengeségre.* Előadásában kiemeli, hogy az anamnestikus jelenségek már az aggkori elmegyengeség (dementia senilis) kezdeti stadiumában jelentkeznek éspedig nemcsak a legújabb élményekre, hanem a régebbiekre vonatkozólag is. A kóros folyamat mindazonáltal regressiv jellegű, ami abban nyilvánul meg, hogy előrehaladásával a régebbi élményekre vonatkozólag is rosszabbodik az emlékezés. Legtovább marad érintetlenül a gyermekkorban szerzett iskolai tudás, valamint az acustikus perceptiók. A regressif folyamatot az isocortexben végbemenő organikus elváltozások okozzák, amelyek a homlok- és halántéklebeny zonáiban egyidejűleg és aránylag gyorsan alakulnak ki. A kórszövettani elváltozások külső kórokozó nélkül magában az agyban bekövetkező autointoxicatio útján keletkeznek. A kórszövettani elváltozások a vegetativ centrumokat nem érintik, csak az agykéreg rétegeinek egyes systemáira terjednek ki éspedig olyan körzetekre, amelyek véredényekkel különleges ellátottságuk következtében fokozottabb érzékenységgel bírnak.

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

Bemutatás:

Hámori A.: *Chronikus arzénmérgezés érdekes esetei.* Magányos tanyán élő, chronikus arzénmérgezésben szenvedő családot mutat be és ezzel kapcsolatban az elkülönítő kórisme nehézségeivel, valamint az arsen-melanosis therapiás lehetőségeivel (C-vitamin, mellékvese-kéreghormon) foglalkozik. A mérgezést valószínűleg az okozta, hogy arzéntartalmú permetezőszer került a gémeskútba, melynek vize literenként 2 mg arzént tartalmazott.

Heiner L.: Pár év előtt észlelt Rajna-menti szőlőmunkások körében hasonló bőrelváltozásokkal járó arzénmérgezéseket említ meg.

Előadás:

Jancsó M.: *Adatok a szövethormonok hatásához. Dirner Z., Bordás S.* és *Csefkó I.*-vel együtt végzett kisérletei eredményeiről számol be. Histamin (H.) hatására a peripheriás erek endothelje percek alatt átalakul és és olyan kolloidkötő és kolloidhalmozó képességet nyer, mint a reticuloendothel. Patkány, vagy macska leborotvált hasfalát H.-kenőccsel, vagy oldattal dörzsölték be és pár perc mulva kolloidalis tust (aranyat, higanysulfidot) fecskendeztek a vérpályába; a bőralatti kötőszövet és izomzat ereinek endothel sejtjei a kolloid részecskéket felszinükön intensiven megkötötték, úgyhogy a bekent terület már szabadszemmel is láthatóan elszineződött, holott rendes körülmények között a befecskendezett kolloidokat csak a máj és a csontvelő kolloidfaló sejtjei veszik fel. Ezzel az eljárással mintegy optikailag fel lehet tüntetni a H. támadáspontját. A hatás főként a kisvisszereken és a hajszálerek venás szakaszain

mutatkozik és olyan mélyre terjed, hogy a percutan alkalmazott H. a hasfal belső oldalán futó felszines erecskék endotheljét is activálja. Az így activált endothel sejtek a kolloidot szemcsésen felhalmozzák és pár napon belül kivándorolnak a környező kötőszövetbe. i. v.-an adott H. az egész testben kifejti ezt a hatást; különösen a harántcsikolt izomzat ereit activálja testszerte. Az igen érzékeny tengerimalacon a bőrbe dörzsölt H. is testszerte activálja a peripheriás erek endotheljét. A H.-nak ez a hatása az endothelsejtekre — úgylátszik — specifikus: acetylcholinnal, vagy adenosinnal ilyen hatást eddig nem sikerült kiváltani. Az érfalnak ezt a jellemző működésváltozását kimutatták olyan élettani ingerek, vagy kötőszövetbántalmazások (meleghyperaemia, sebzés, égetés, stb.) helyén is, melyek endogen H.-képződést okoznak. Trypson, pepton, vagy fajidegen fehérje befecskendezése szintén activálja az endothelsejteket és a monocytákat s így valószínű, hogy ezek is H.-t szabadítanak fel a sejtekben. Kimutatták továbbá, hogy H.-nal bekent bőrterületek később átmenetileg nem reagálnak újabb H.-bedörzsölésre; épúgy védelmet nyújt i. v. H.-kezelés későbbi percutan, vagy általános H.-hatással szemben. A H.-ra mutatkozó tachyphylaxiás és védelmi jelenségek ilymódon szövettanilag láthatóvá tehetők és localizálhatók; remélik, hogy módszerükkel tisztázni lehet majd a H. szerepét az anaphylaxia esetében is. Histidin befecskendezése után a H.-ra jellemző helyeken nem mutatkozott reactio; ez az aminosav, melyből H. hasadhat le, különleges affinitással a vékonybél és a gyomor falának, valamint a hasnyálmirigynek kis ereit activálja és alakítja át kolloidfaló sejtekké.

Karády I.: *Jancsónak* sikerült egy igen szellemes és egyszerű eljárással a histaminnak egy eddig nem ismert tulajdonságát kimutatni: a capillaris-endothel reticuloendothellé activálását. Amennyiben bebizonyosodna, hogy ezt az activálást más „testazonos fehérje hasadási termék" (cholin-, adenosinszármazékok) nem adják, eljárása kitűnő és gyors methodika lesz in vivo kisérletekben a H. kimutatására.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift, 45. sz. *K. Beller:* A gumókór serodiagnostikájának lehetőségei és technikája. — *F. E. Schmengler:* Májcirrhosis és hepatargia allergiás alapon. — *F. Brauch:* A központilag feltételezett szívrhythmuszavarok kérdéséről. — *E. A. Voss:* A serumbetegség megelőzése. Tanulmány az immunitási problemához. — *E. Werle* és *G. Effkemann:* Dohányárusok vérének histamintartalma. — *F. Koch* és *H. Buchwald:* A szervezet áthangolása kisérleti ekzema esetében. — *L. Rósa:* Rövidhullám-kardiographia, egy új klinikai vizsgáló-eljárás. — *S. Molnár* és *M. Horányi:* Aneurin és pyrophosphorsavas aneurin (cocarboxylase) viselkedése a verben B₁-vitaminterhelés után. — *I. Fischer:* A Nagell-féle „Tuberkuloseballungsreaktion" gyakorlati alkalmazása. — *Douglas, A. Graf* és *L. Mesrobeanu:* A bacillus thyphosum murinum (Aerthryke) antigenjének mikrochemiai analysise. —

Münchener Medizinische Wochenschrift, 46. sz. *R. E. Bader:* Gruber—Widal-reactio és typhusvédőoltás. — *Lange—Sundermann:* Természetes tüszőhormon és oestrogen műanyagok. — *W. Alter:* A vitaminok hatásáról. — *A. Wenusch* és *G. Maier:* Természettől nikotinmentes dohányfajták élettani natásáról. — *E. Hoffmann:* Sikeres villámgyógyítás (therapia sterilisans magna) hosszabb idő ota tartó másodlagos syphilis esetén. — *E. Hasché:* Ibolyántúli sugarak alkalmazása csíramentes dolgozásra. — *C. Schneider:* Kioldókészülék magasfrequentiájú áram számára elektrocoagulatio esetén. — *I. Krug:* Vetélések a német birodalomban. — *47. szám: A. Gebauer* és *B. Rating:* Fertőző meningitisek kezelése sulfanilamidekkel és sulfanilamidpyridin készitményekkel. — *G. Schumacher* Állatkisérleti és klinikai tapasztalatok chinfortannal. — *K. Reimer:* A keringési functio vizsgálata a mindennapi gyakorlatban. *F. Röpke:* A lepra góckezelése. —

Wiener Klinische Wochenschrift, 47. sz. *A. Zimmer:* Asthma és hadiszolgálatra alkalmasság. — *H. Gärber* és *H. Kunz:* Thorakoplastika műtétek eredményei tüdőgümőkórban. — *V. Lachnit:* Thrombocyta-szaporulat különös esete. — *R. Friedrich:* Az epekőbetegség műtétének javalatáról. —

Medizinische Klinik, 44. sz. *C. Riebeling:* Elmélkedések a „roham" lényegéről. — *K. Wurm:* A vérhas a lengyel háborúban személyes tapasztalatok alapján. — *W. Nied:* Májtherapia és vérkép anaemia perniciosa esetén a gyakorlatban. — *R. Abderhalden:* A B₁-vitamin biologiai synthesise. — *Müller—W. Alberti:* A diphtheria-védőoltás eredményei. — *F. Wengeler:* Bakterium enteritidis Gaertner, Typ. Jena okozta csecsemőmeningitis három esete. — *G. Neugebauer:* Streptococcus-peritonitis. —

The Lancet, július 27. *J. Collier:* Facialis bénulás és operativ kezelése. — *E. H. Rosenberg, E. Guttmann:* Az idült neurotikusok és a háború kitörése. — *G. Bourne:* Myokardialis degeneratio szövődve diphtheriás myokarditissel. — *N. R. James, E. A. Pask:* Aether-convulsiók. — *H. Dodds:* A has postoperativ distensiója. — *J. H. Dowds:* Két szokatlan, Pfeiffer-bacillus által okozott meningitis. — *D. S. Russell, N. A. Falconer:* A sulfonamidok helyi hatása nyúlagyban. — *C. C. Holman,* Coccum volvulus. — *W. H. Grace, C. H. Harrison, T. B. Davic:* Suprarenalis vérzés meningococcus okozta septicaemiában. — Augusztus 3. *H. Coirus, J. Z. Joung:* Peripheriás idegek lősérüléseinek kezelése. — *J. Z. Joung, P. B. Medewar:* A peripheriás idegek fibrin varrata. — *J. Z. Joung, W. Holmes, F. K. Sanders:* Idegregeneratio. — *S. R. M. Bushby, G. A. H. Buttle, L. E. H. Whitby:* Citrátos plasma szűrése sterilizálás céljából. — *J. Morgan:* Halál utáni sectio caesarea; élő gyermek. — *M. Van den Ende, D. Lush, P. G. Edward:* Porban lévő bacillusok csökkentése, a padló helyes kezelése által. — *E. C. B. Butler:* Fejtetanus. — *F. G. Hopson:* Koplik-foltok a colonban. — Augusztus 10. *G. H. Bell, H. N. Munro:* A capillarisok törékenysége. — *C. L. Cope:* Pregrandiol kiürülés terhességi toxaemiában. — *T. M. J. D'Offay:* Az alkar, csukló és metacarpusok töréseinek összeillesztése. — *W. J. Martin:* Lobaris pneumonia mortalitása Londonban. — *A. M. Giles:* A transfusiós készüléket elzáró véralvadék feltartóztatása, tárolt véradás alkalmával. — *G. E. Douvoau:* Lordosis és izomdystrophia. — *G. M. Findlay, F. O. Mc. Callum:* Sárgaláz-virus tenyésztése in vitro. — Augusztus 17. *E. Guttmann. W. Mayer—Gross:* A megcsonkulás psychologiája. — *V. E. Lloyd, D. Erskine:* Sulfathiazol és sulfamethylthiazol gonorrhoea kezelésében. — *S. Feggetter:* Congenitalis duodenalis atresia operativ kezelése. — *T. Anderson:* Paratyphus epidemia. — *M. Olliver:* A gyümölcsök és főzelékek antiscorbutos értéke. — *H. Schutze:* Simultan immunizálás pertussis és diphtheria ellen. — *H. L. Marriott, A. Kekwich:* Vértransfusio-apparatus folyás-szabályozó. — *C. Gordon—Watson:* A mellkas penetráló sérülései. — *H. W. Fullerton:* Prothrombin meghatározás. — *J. M. Todesco:* Cerebrospinalis meningitis kezelése. M. & B. 693-al. — *G. E. Breen:* Gangraena scarlat következtében. —

British Medical Journal, aug. 17. *N. H. Fairley:* Az extracorpuscularisan keringő haemoglobin sorsa. — *J. Pemberton:* Gyors methodus a csekély és nagy C-vitamin tartalékkal rendelkező gyermekek elkülönítésére. — *M. Gill:* Eosinophylia tuberculosisban. — *G. F. Taylor, C. D. M. Day:* Osteomalakia és fogcaries. — *H. Bailey:* Aether-convulsiók.

The Journal of the American Medical Association, szept. 28. *M. C. Sosman:* Subclinicalis mitralis betegség. — *A. C. Broders, L. A. Buic:* A rectum-carcinoma prognosisa. — *J. Zichis, H. J. Shangmessy:* Kisérletes equin enkephalomyelitis. — *W. B. Beau, T. D. Spies:* A diorrhoeás állapotok vitaminhiányai. — *G. Cheney,* A K-vitamin klinikai értéke. — *J. L. Bollman, H. R. Butt,* stb.: A máj befolyása a K-vitamin felhasználására. — *K. K. Gregory, E. J. West,* stb.: Epidemiás meningitis cerebrospinalis. — *E. W. Florsdorf, F. J. Stokes, stb.:* A Desival-eljárás vacuum szorítás céljából. —

† Wenckebach Frigyes
(1864—1940)

Wenckebach K. Frigyes Hágában született 1864-ben. Életrajzi adataiban az az érdekes és kiemelkedő, hogy nagy egyetemi karrierje előtt Herdenben, egy kis holland faluban praktizált, onnan hívták meg az egyetemi kathedrára Utrechtbe, Groningenbe, majd Strassburgba. Ez az ugrásszerű kiemelkedés azért következett be, mert *Wenckebach* egészen újszerű alapokon foglalkozott a szívpathologiával. Ő volt az, aki a szívizom sérüléseinek, főként a szívizom rendellenességeinek tanulmányozásába belevitte az akkor még egészen új elektrokardiographiát és megalapozta annak klinikai és diagnostikai jelentőségét. A másik nagy lépés *Wenckebach* életében az volt amikor 1914-ben *Nothnagel* és *Neusser* utódjául a holland tudóst Bécsbe hívták meg professornak az újonnan épült I. belklinika vezetésére. Ez akkor Európának talán legszebb, legmodernebb klinikája volt és nem volt abban az időben német klinikus, aki szívesen el nem ment volna Bécsbe, a nagyneveknek, az orvosi tudomány városának patinás helységébe; elsősorban a klinika hatalmas, minden kisérleti és tudományos munka számára alkalmas laboratoriumai végett. *Wenckebach* itt állította fel híres szívvizsgáló állomását és az óriási klinika jórésze állandóan a legkülönbözőbb szív- és keringési betegekkel volt tele. Munkatársait is ebből a szempontból választotta meg, így a klinika egy részének vezetését *Eppingerre* és *Winterbergre* bízta. Főképp az utóbbi és a pathologus *Rothberger* voltak azok, akikkel együtt végezte további kutatásait és vizsgálatait. Ezeknek eredménye hatalmas munkája *„Die unregelmässige Herztätigkeit"*, amely ma is szinte egyedülálló kézikönyve ennek a tárgykörnek. Kedvenc szaktudományának áldozott *Wenckebach* akkor is, amikor 1929-ben önként lemondott a klinika vezetéséről és évekre elutazott Holland-Indiába, hogy a beri-beri okozta szívizomelváltozásokat tanulmányozza. Hazatérése után újra Bécsben telepedett le, ahol úgyszólván kizárólag praxisának élt. Mert ugyanakkor, amikor Bécsben a világháború után a híres *Herzstation* megtelt amerikai, ázsiai, ausztráliai és délafrikai orvosokkal, akik tanulni jöttek *Wenckebach* klinikájára, megindult a világ minden tájáról a szívbetegek vándorlása a nagy szívspecialistához, aki ezekben az években kénytelen volt minden idejét klinikai rendelőjében tölteni. Két évet töltöttem abban az időben klinikáján és tanúja voltam ennek a népvándorlásnak, amelyhez foghatót a mai körülmények között el sem tudunk képzelni. A betegek néha heteken át várakoztak arra, hogy *Wenckebach* elé kerüljenek, aki naponta csak 10 beteget fogadott és minden beteggel legalább egy órán át foglalkozott és ebből — akármennyire sürgették — nem engedett. Nem csak tudós és klinikus volt, de nagy orvos a szónak igazi értelmében, akitől a betegek megváltozva, félig meggyógyulva, de legalább is megnyugodva távoztak, akármilyen riadt és kétségbeesett állapotban is kerültek eléje. A betegeket a legaprólékosabban kikérdezte, családi viszonyaikat is feljegyezte és állandó levelezésben állott pacienseivel. Óriási apparátus volt ez, amely ezt a praxist és ennek adminisztrációját lebonyolította. A sikerek titka az volt, hogy minden beteg érezte, hogy az ő esete és személye is mennyire fontos a professornak. Szinte utolsó lehelletéig praktizált. Különösen hatott, hogy élete vége felé, Ő, aki az elektrokardiographiát elindította hódító útjára, legutolsó éveiben szívvizsgálatokat betegein már alig rendelt el. Nagy szaktudásának és bámulatos gyakorlati érzékének már elégségesek voltak az egyszerű physikalis vizsgálatok a pontos diagnosis megállapitására. „Rendelt" egész nap és írta a Wenckebach-porokat és egyéb kitünően ható gyógyszereket, de elsősorban szabályozta betegeinek életrendjét, életmódját és sugározta beléjük suggestiv erővel az életkedvet.

Wenckebach, a nagy szívpathologus és klinikus meghalt. Lénye csodálatos combinatiója volt a tudósnak és a gyakorló orvosnak. Kegyelettel áldozik emlékének az orvostudomány, melynek fejezetét nagy lépéssel vitte előre, de gyászolják őt szomorú szívvel a betegek ezrei is széles e világon.

bilkei Pap Lajos dr.

VEGYES HIREK

Személyi hír: *Benedek László* professort a belgrádi egyetem orvosi facultása előadás tartására hívta meg.

Halálozás. *Stranz Gyula dr.*, Vas vármegye és Szombathely m. város közkórházának főorvosa életének 56. évében, november 20-án elhunyt.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület Társadalomorvostani Szakosztálya december 4-én, szerdán, este 6 órakor az Országos Társadalombiztosító Intézet V. em. üléstermében vitaestet rendez a sulfonamidkészítmények jelentőségéről a venerologiai és urologiai betegségekben, különös tekintettel a pénztárorvosi gyakorlatra. Előadó: *Somogyi Zsigmond.*

A serumtherapia felfedezésének — mely, *Behring Emil* nevéhez fűződik, — ez évben ünneplik 50 éves jubileumát. A nagy tudós életéről és működéséről, ki a diphtheria-serum felfedezésével „A gyermekek megmentője" nevet kapta s a tetanus-serum felfedezésével oly sok ember életét mentette meg, ez alkalomból *Zeiss* és *Bielig* professorok „Behring Gestalt und Werk" címmel könyvet adtak ki, a marburgi egyetem pedig, melynek *Behring* évtizedekig tagja volt, december 4-én ünnepség keretében hódol a nagy felfedező emlékének.

Sweiz-ban 1927—1936 között gyomor-bélrákban 4269 férfi és csak 583 nő halt meg. A nagy különbséget az alkohol-élvezetre vezetik vissza.

A berlini diabetes-központ 7 éve áll fenn. Alapítása (1933. okt. 1.) óta 21.000 beteget kezeltek. A cukorbeteg férfiak 86.7%-át sikerült munkaképessé tenni. Berlinben hozzávetőleg 40.000 cukorbeteg van.

A kieli egyetem, mely közelmúltban ünnepelte alapitásának 275 éves jubileumát a keleti-tengeri vidék egyetemei közül a legfiatalabb. A rostockit 1419-ben, a greifswaldit 1456-ban, a königsbergit 1544-ben s a dorpatit 1632-ben alapitották.

Spanyolországban a lakosság a kötelező himlő-elleni ojtásnak oly kevéssé tett eleget, hogy a kormányzat kénytelen volt új rendszabályhoz folyamodni s a jövőben csak az esetben újítja meg az élelmiszerjegyeket, ha felmutatják az ojtási bizonyitványt. Az élelmiszer-jegykiadó hivatalok mellett ojtóállomásokat rendeztek be, hol ingyenesen végzik az ojtásokat.

Portorico szigetén súlyos grippe-járvány tört ki. Az 1.8 millió lakos közül kb. 100.000 betegedett meg. Eddig 200 haláleset volt.

Törökországban gyógyszerhiány mutatkozik. Ezt nagyrészben a német gyógyszerszállítások beszüntetésével magyarázzák.

Az Orvosképzés szeptemberi különfüzete, mint német ünnepi szám jelent meg. A különfüzetet, melyhez *Hóman Bálint* miniszter, *Ottó v. Erdmannsdorff* követ és *Darányi Gyula* prof. írtak előszót a szerzők fényképei diszítik, tartalma pedig a következő: *L. Aschoff* (Freiburg i. B.): Hullaszervek gyakran erőművileg fokozott autolysises elváltozásai; *G. v. Bergmann* (Berlin): Működésterv és működésváltozás a biologiában és a pathologiában; *L. Conti* (Berlin): Németország küzd a civilisatio egészségre káros hatásai ellen; *M. Kirschner* (Heidelberg): A kéz és láb chronicus keringési zavarainak kezelése; *R. Siebeck* (Berlin): Észrevételek a szívbetegek megitélésére és kezelésére vonatkozólag; *F. Volhard* (Frankfurt a/M.): Az albuminuria az életbiztosításban.

Olcsó ivókúrák otthon. Epe-, máj-, gyomor-bajokban tartassunk 4—6 hetes kúrát a jászkarajenői Mira glaubersós gyógyvízzel. Heveny sárgaság esetén 2—3 héten át kellően laxáló adag biztos eredményű. A gyógyvíz reggel éhgyomorra, langyosan fogyasztandó, esetleg fekvés, májtájékra meleg borogatás, vagy szükséges mozgás közben.

HETIREND

Hétfőn, 2-án, 7 ó.: a Budapesti Orvosi Kör ülése. *Milkei Pap L.:* A rheumás betegségek gyógyulása.

Kedden, 3-án, 7 ó.: a Budapesti Orvosi Kaszinó ülése. *Biedermann J.:* Haematologiai kórképek az újabb haladás és a korai kórisme szempontjából.

Szerdán, 4-én, 6 ó.: a Közkórházi Orvostársulat ülése. Bemutatások: *Milkó V.: a)* Ektopia testis perinealis; *b)* Ritka motorkerékpársérülés; *c)* Epehólyag-hasfalgyomorbélsipoly. *Bruzsa B.:* Ligamentum teres okozta gyomorstrangulatio. *Szilágyi P.: a)* Súlyos nyársalási sérülés; *b)* Arteria subclavia sérülés. *Zágon A.:* Rendkívüli nagyságú myoma. Előadás: *Bruzsa B.:* Az ascariasis sebészi vonatkozásai.

Csütörtökön, 5-én 6 ó.: a Debreceni Orvosegyesület ülése. Bemutatás: *Orsós J. I.: a)* Aktinomykosis esetek; *b)* Poikyloderma. Előadás. *Szeleczky Gy.:* A rosszindulatú heredaganatok.

3764—1940. kig. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Baja város közkórháza *kórboncnok-főorvosi állására* pályázatot hirdetek. Az állás kezdőjavadalmazása az állami rendszerű IX. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő illetmény. Az állásra csak azok pályázhatnak, akiknek legalább 5 évi kórházi gyakorlatuk és megfelelő szakorvosi képesítésük van.

A pályázók Baja város főispánjához címzett kérvényüket hozzám nyújtsák be éspedig e hirdetménynek a „Budapesti Közlöny" c. hivatalos lapban történt harmadízbeni közzétételét követő 15 nap alatt.

A pályázati kérvényhez a Népegészségügy „Szám magyarázat"-ában 1—12. szám alatt megjelölt okmányok csatolandók.

Közszolgálatban álló pályázók a fenti követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, az említett iratok egyikével igazolhatják.

Baja, 1940. évi november hó 18-án.

dr. Bernhart s. k., polgármester.

3765—1940. kig. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Baja város közkórháza sebészeti osztályának *főorvosi állására* pályázatot hirdetek. Az állás kezdő javadalmazása az állami rendszerű IX. fizt. oszt. 3 fokozatának megfelelő illetmény. Az állásra csak azok pályázhatnak, akiknek legalább 5 évi kórházi gyakorlatuk és megfelelő szakorvosi képesítésük van.

A pályázók Baja város főispánjához címzett kérvényüket hozzám nyújtsák be éspedig e hirdetménynek a „Budapesti Közlöny" c. hivatalos lapban történt harmadízbeni közzétételét követő 15 nap alatt.

A pályázati kérvényhez a Népegészségügy „Szám magyarázat"-ában 1—12. szám alatt megjelölt okmányok csatolandók.

Közszolgálatban álló pályázók a felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, az említett iratok egyikével igazolhatják.

Baja, 1940. évi november hó 18-án.

dr. Bernhart s. k., polgármester.

Lapunk mai számához a Magyar Pharma gyógyáru rt. (Budapest, V., Arany János-utca 10.) gyógyszerkülönlegességeiről szóló ismertetését mellékeltük.

5394—3. 1940. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Bodrogvármegye edelényi járásához tartozó laki közegészségügyi körben megüresedett *körorvosi állásra* pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása az állami rendszerű X. fiz. oszt. 3. fokozata szerinti fizetés, lakáspénz és a rendelőszoba bére, fűtési és világítási költsége fejében havi 12 P külön járulék, továbbá 962 P utiátalány. Az utiátalány ellenében a közegészségügyi körbe tartozó Damak, Hegymeg, Irota, Szakácsi községeket hetenként kétszer meg kell látogatnia, valamint járvány vagy más rendkívüli szükség esetében felmerülő kiszállásokat is el kell látnia.

Az állást elnyerni óhatják a belügyminiszterhez címzett szabályszerűen felbélyegzett kérvényüket e pályázati hirdetménynek a Népegészségügy c. hivatalos lapban történt közzétételétől számított 15 napon belül hozzám — közhivatalban lévő hivatali főnökük útján — nyújtsák be.

A pályázati kérelemhez csatolandó okmányokat a Népegészségügy c. lap hirdetmények rovatában megjelenő „Számmagyarázat" 1—13. pontjai tartalmazzák.

Közszolgálatban álló pályázók a felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon, (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, az említett iratok egyikével igazolhatják.

Edelény, 1940. évi november hó 19.-én.

Olvashatatlan aláírás, főszolgabíró.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Az Országos Egészségvédelmi Szövetség sátoraljaújhelyi szülőotthona és nőgyógyászati kórháza (azelőtt Stefánia) *alorvost* keres. Javadalmazás havi 150 P tiszteletdíj, (mely a mellékjövedelemmel együtt eléri a havi 300—400 P-t), lakás és teljes ellátás. Az intézetben eltöltött idő szülészeti és nőgyógyászati szakképesítő vizsgára jogosít. Némi szaktudás előnyt jelent. Az állást legkésőbb 1941. jan. 1-én el kell foglalni. Pályázati kérvényeket a fenti intézményhez címezve *december 10-ig* hozzám kell megküldeni.

A pályázati kérvényhez a Népegészségügy c. lap „Számmagyarázat"-ának 1—12. pontjai alatt felsoroltakat, valamint a tisztiorvosi képesítést igazoló okmányt kell csatolni.

Sátoraljaújhely, 1940. évi november hó 20.

Pázmányi János dr. s. k., igazgató főorvos.

Frontátvonulások és kisérő jelenségeik nov. 17—23. között. Ennek a hétnek két teljesen frontmentes napja volt (nov. 17. és 22.). Viszont erős frontalis megterhelést kellett a betörési frontok iránt érzékeny egyéneknek 18-án délután elviselniök. A többi napok csak normalis mértékű vagy normalisnál gyengébb fronthatásokat okoztak. A frontok részletes adatai:

	Átvonulás ideje Budapesten			A front		Kisérő események*
	hó	nap	óra	fajtája	fejlettsége	
November	18		6	Betörési	Gyenge	Kis záporeső, szélélénkülés
	18		12	Felsikl.	Gyenge	Kevés praefrontalis eső
	18		13	Betörési	Erős	Heves záporeső 2 mm
	18		14	Betörési	Erős	Heve záporeső 6 mm
	19		11	Felsikl.	Mérsék.	Praefrontalis eső 6 órától, 3·5 mm
	19		12	Betörési	Mérsék.	Záporeső 1 mm
	20		3	Felsikl.	Gyenge	Microbarographicus oscillatiok
	20		20	Felsikl	Mérsék.	Praefrontalis eső 19 ó-tól, 1 mm
	21		1	Felsikl.	Gyenge	Erős microbarographicus nyugtalanság
	21		2	Betörési	Gyenge	Szélugrás D-ről Ny-ra, éjjeli szélélénkülés
	21		8	Betörési	Gyenge	Szélrohamok
	21		10	Betörési	Gyenge	Szélrohamok
	23		5	Felsikl.	Gyenge	Microbarographicus nyugtalanság, borulás
	23		11	Felsikl.	Gyenge	Nimbostratus-felhő, láthatáron eső

*) A táblázat utolsó oszlopán szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a m. kir. Meteorologiai Intézet öníró műszereinek adatai. Részletes magyarázatot ásd az 1940. évi 1. szám III. borítóoldalán.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Az izületi ganglion és kezelése.

A gyakorlatban olyan sokszor szemünk elé kerülő ú. n. ganglionok keletkezése még ma sem véglegesen tisztázott. Biztosan megdöntöttnek tekinthetők azok a régebbi felfogások, melyek a ganglionok megjelenését az izületi tok, illetve synovialis hártya, vagy valamely inhüvely sérvszerű előboltosulására, más esetben ezen képletekből fejlődő retentiós tömlőkre vezették vissza. Ma általában két felfogás küzd egymással az elismerésért. Az egyik nézet képviselői a ganglionokat traumatikus alapon keletkezett degeneratiós cystának fogják fel és vagy úgy magyarázzák keletkezésüket, hogy a többnyire astheniás szervezet megfelelő helyén gyakran ismétlődő trauma a tokszalag érrendszere sérülésével lágyulásos üregeket hagy hátra, vagy úgy értelmezik a cysták keletkezését, hogy kisebb-nagyobb üregképződés a tokszalag, illetve a paraarticularis szövet körülírt kocsonyás-colloidos elfajulása folytán keletkezik.

Az előbbi nézettel szemben a nem kevesebb hívőre talált neoplasma-theoria áll. Ennek az elméletnek képviselői a ganglionokat valóságos daganatoknak ú. n. *arthromák*nak fogják fel. Abból a fejlődéstani tényből kiindulva, hogy az ektodermalis eredetű epidermis kivételével az egész izülettájék, beleértve a csontokon, porcon, tokszalagon, synovialison kívül az inakat, felületes fasciákat, sőt még a coriumot is, egy egységes embryonalis, ú. n. *arthrogen* kötőszöveti tömbből fejlődik, az általuk arthromáknak nevezett képleteket a postembryonalis fejlődés folyamán visszamaradt, vagy eredeti helyükről elkerült csírákból származtatják; nézetüket erősen alátámasztja az a körülmény, hogy a ganglionokat majdnem kivétel nélkül olyan körülírt helyeken figyelhetjük meg, melyek fokozottabb phylogenetikus átalakulásnak vannak alávetve.

Kórbonctanilag sem teljesen tisztázott mibenlétük, illetve származásuk. Tekintélyes szerzők találtak hámbélésként valódi endothelt, ezt a körülményt is bizonyítékként csoportosítva azon érvsorozat mellett, hogy nem valódi, hanem csak álcystákkal van ilyenkor dolgunk. A ganglionok fala fénylő-fibrosus, fehéren, vagy kékesen áttünő, többnyire vékony, szakadékony hártyából áll; a kezdetben legtöbbször több rekeszből álló tömlő később egy üreggé olvad össze. Tartalma vízben nem oldódó, alkalikus vegyhatású, óriássejteket, orsó-, lymphendothel sejteket, zsírszemcséket, detritust, krystalloid képleteket tartalmazó, a sokkal hígabb synoviától erősen különböző kocsonyás anyag; a tömlő körüli edények sajátságosan az endarteritis obliteransra valló elváltozásokat mutatnak. Bár kiirtás alkalmával néha közlekedni látszanak az alattuk lévő izületi réssel, ilyenkor nagy valószínűséggel mégis csak a tömlő néha szinte hártyavékonyságú elválasztó fala műtét közbeni elszakadásáról van szó; annyi bizonyos, hogy bármennyire összetapadt, vagy hegesedett a tömlő fala a környező inhüvelyekkel, azokkal sohasem közlekedett.

A ganglionok az esetek túlnyomó többségében fiatal korban, a 15—20. életév között jelennek meg, több mint 70%-ban a nők betegsége és az összes izületek közül több mint 80%-ban a kéztőizület háti oldalán figyelhetők meg. A láb- és térd-tájék ganglionja leginkább 30 éven felüli férfiakon fordul elő.

Keletkezésüket — bár néha a látszat ellene szól, — nem tulajdoníthatjuk egyszeri erőszakos behatásnak; az a körülmény, hogy bizonyos foglalkozású egyéneken (gépírónők, zongoratanárnők, himzőnők, mosónők) sokkal gyakrabban figyelhetők meg, mint egyébként, amellett szól, hogy a folyton ismétlődő apró ártalmak a kiváltó okai a ganglion keletkezésének, (a facipőben járó hollandok lábganglionja. (Mint már említettük, néha hirtelen kezdetről panaszkodnak a betegek; ennek valószínű magyarázata az, hogy a gyakorlatban leginkább előforduló *ganglion carpale dorsale* az embryóban még meglévő 9. kéztőcsonttól, a később eltűnő os. centrale maradványából fejlődve egy ideig rejtve marad a kéztőcsontok között, míg azután egyszerre csak egy ügyetlen mozdulat, vagy rándulás következtében ezek közül elő- és kificamodva hirtelen érezhetővé és láthatóvá nem válik.

Ilyenkor legtöbbször még csak babnyi nagyságúak; később kerekek, tojásdad, vagy lekerekítetten csúcsszerűek lesznek és egészen galambtojás nagyságig növekedhetnek. Felszínük sima, vagy enyhén dudoros, a felettük lévő bőr eltolható, elváltozást nem mutat. Maga a képlet majdnem sohasem tolható el alapja felett, néha a kevésbbé gyakorlottat a kórjelzésben megtéveszti az, hogy sokszor — különösen kezdetben — kőkemény tapintatú (Überbein); későbbi időszakban, nagyobb ilyenfajta képletek már rendszerint puhább, néha hullámzó tapintatúak.

Leggyakoribb székhelyük a kéztő, illetve a csuklóizület feszítő oldalán, az ú. n. Ledderhose-féle árok, melyet a mutatóujj feszítőina és az *extensor carpi radialis brevis határol; a ligamentum carpi transversum* rendszerint részben takarja csak el; kivételes eset, hogy egészen e szalag alatt foglaljon helyet; a kéztő singi oldalán, illetőleg a csuklóizület hajlítói felszinén keletkezett ganglion a nagy ritkaságok közé tartozik; ha mégis volarisan fedezünk fel ilyen képletet, úgy az mindig az orsócsont szélén a csuklóizülettől proximalisan az *abductor pollicis* és *musculi flexores carpi radialis* inai között ül.

Más izületek közül a váll-, könyök-, térd és elég gyakran a lábtő-izület felett láthatunk ganglionokat. Ezek közül nem ritka a válltájék és könyökizület körüli elhelyeződés; bár ismeretes olyan kétségtelenül ganglionnak (és nem bursitisnek!) leírt képlet, mely az olecranon felett ült, mégis itt szabálynak tekinhetjük, hogy a *hajlítói* oldalon a lacertus fibrosustól medial v. lateralisan helyezkednek el rendszerint a ganglionok.

A térdizületen ennek az elváltozásnak két különböző localisatióját ismerjük, ezek egyik alakja —, mely egyébként az összes ganglionok között legnagyobbra tyúktojásnyira is megnő, — a térdhajlat belső szélén *a m. semimembranosus* és a *gastrocnemius* medialis feje közötti résen tűnik elő; ritkán sikerül in toto kiirtani, mert legtöbbször lap szerint összekapaszkodott környezetével; némelyik szerző a térdizületi réssel összefüggésben lévőnek tartja, mások viszont tagadják a communicatiót; az aránytalanul ritkább lateralis elhelyezkedésű térdhajlati ganglion a *n. tibialisra*, illetve *peroneusra* gyakorolt nyomásával néha kiváltója lehet a lábszárra és lábra kisugárzó neuralgikus fájdalmaknak.

A térdizület másik fajta, igen ritka, (kb. 50 eset) ismeretes az irodalomból) ganglionjaként az esetek túlnyomó többségében a külső félholdképű porcnak borsónyi, legfeljebb cseresznyemagnagyságot elérő üregképződését fogják fel; ezek eredete éppen olyan homá-

lyos, mint a többi ganglioné; tekintettel arra, hogy az esetek 50%-ában egyszeri súlyos traumáról tettek említést a betegek, tekintettel továbbá arra, hogy az izületi tokhoz hasonló endothelbélésük van rendszerint, kérdéses, hogy egyáltalán valódi ganglionokról van-e ilyen esetekben szó és nem egyszerű degeneratiós-colliquatiós cystával állunk szemben, egyébként magában a *ligamentum cruciatumban* helyet foglaló ilyen tömlőképződést is leírtak már; sajátos és tényleg csak a postembryonalis életben visszamaradt csírokból származtatható két egymással párhuzamos 3—4 cm hosszú, vastagabb kötőtűszerű, kocsonyás tartalommal bíró, a patella feletti coriumban képződött arthromáról számolt be nemrégen *Lotsch*.

A lábon lévő ganglionok úgyszólván mindig csak a feszítő oldalon tűnnek elő; kedvenc helyük a talocruralis izület külső széle, továbbá a *Chopart* és *Lisfranc* izület feletti vonal; utóbbi izületek felett nem ritkán többes számban észlelhetők.

A ganglionok kórjelzése az anamnesist, elhelyezkedésüket, fentebb leírt tüneteiket tekintve, legtöbbször nem okoz különösebb nehézséget; exostosissal, hygromával, hideg tályoggal téveszthetők össze; kétes esetben természetesen igénybeveendő a röntgen segítsége; a diagnosis tisztázására némelyek által ajánlott contrastanyag befecskendezését túlzásnak tartjuk; még soha nem volt szükségünk rá.

Ritkább eset, hogy a ganglion okozta melléktünetek (paraesthesiák, neuralgiák) vezetik a beteget orvoshoz; bár tagadhatatlan, hogy a gépírónőket, varrónőket, himzőnőket, zongoratanárnőket hivatásuk zavartalan folytatásában akadályozza néha a csuklóizület felett ülő ganglion, legtöbbször mégis kosmetikai okotól indíttatva kérik a betegek az esetek túlnyomó többségében a kéztőizület felett mutatkozó és különösen a kéz behajlításakor erősen kidomborodó képlet eltüntetését.

Kétségtelen, hogy a ganglion eltüntetésére a sebészi eljárás a legalkalmasabb. Nagy hátránya azonban a kirtásnak, hogy bármilyen gondosan és pontosan történik a bőrmetszés és annak a képlet kiirtása utáni összevarrása, vagy kapcsolása, bizonyos idő multán nem ritkán csúnya, keloidszerű heg képződik. — Azért, ha nem okoz különösebb kellemetlenséget és tényleg csak kosmetikai okokból kéri a beteg a kéztőizület feletti ganglion eltüntetését, megkisérelhetjük a régi időkből származó kézzel történő széjjelnyomást, vagy fakalapáccsal széjjelpukkasztását; *Küttner* szerint kevesebb a kiújulás valószínűsége, ha pár napig alkalmazott nyomókötés után hetekig massáltatjuk, hőlégeztetjük a csuklót. Egyéb ajánlott eljárások közül a ganglionnak a szemészetben használatos sarlóalakú szikével végzett subcutan discissióját, csak úgy, mint minden más, — szemünk ellenőrzése nélkül történő sebészi ténykedést — nem gyakoroljuk.

Sokszor láttunk azonban tartós eredményt a ganglionnak vastagabb punctiós tűvel végzett egyszeri, esetleg ismételt punctiójától; ilyenkor fecskendővel szívjuk ki a vastagabb, kocsonyás tartalmat, utána nyomókötést alkalmazunk és néhány napra rögzítjük a csuklóizületet; kevesebb a kiújulás valószínűsége, ha punctio alkalmával egy ampulla *clauden*-nal, vagy a még ennél is biztosabb *septojod*-dal mossuk át a cystát.

Ha az előbb említett conservativ eljárások nem adnak tartós eredményt, vagy pedig socialis okokból indokolt a gyors eredményt biztosító műtét, úgy azt feltétlen intézetben végeztessük; műtét közben megnyílhat az izület, ezért a legszigorúbb asepsis elengedhetetlen kellék; *gyokorló orvos ne vállalkozzon ilyen műtétre!*

Különböző statistikák szerint a még műtéti eltávolítás után is 30—50%-ig terjedő kiújulásnak oka, hogy sokszor csak a cysta felső és oldalsó falát távolítják el; ha a tömlő kocsányát, sőt még helyesebben az alatta lévő tokszalag kis részletét is kiirtjuk, biztosan elébe vágunk a recidivának; éppen ezért az *Orator—Neumüller* ajánlotta azon eljárásra, hogy a keresztben felvágott cysta négy sarkát benneke tartós felszivatása végett a subcutan kötőszövetbe varrjuk, nincs szükség.

Marx József dr.,
egyetemi tanársegéd.

Sajtos és croupos tüdőgyulladás.

A tüdőorvos gyakorlatában nem is túlságosan ritkán fordulnak elő olyan heveny gümőkór-esetek, melyeknek elkülönítő kórismézése — különösen a betegség első szakában — bizonyos nehézségekbe ütközik. Különösen egy egész tüdőlebenyre kiterjedő friss beszűrődés adhat alkalmat téves kórismézésre és ennek következtében súlyos kórjóslati és gyógykezelési tévedésre Mindez indokolttá teszi, hogy kiemeljük azokat a jelenségeket, amelyek a pneumococcus okozta genuin, croupos tüdőgyulladás és a gümős eredetű pneumonia caseosa elkülönítését lehetővé teszik.

A *kórelőzmény* genuin pneumonia eseteiben adatszegény. Kérdésünkre a beteg többnyire visszaemlékezik ugyan hirtelen lehülésre, megfázásra, —, de hogy ezek az adatok valójában jelentőséggel bírnak-e a kórelőzmény szempontjából, az erősen kétséges. A betegség rendszerint teljes jóérzés közepette hevenyen kezdődik, az esetek többségében hidegrázással; bevezetésként nagyméha angina lacunarist vagy a felső légutak enyhe hurutját észleljük. Ezzel szemben a sajtos tüdőgyulladás jelentkezését megelőzően a betegnek többnyire már voltak, bár nem mindig kifejezetten, gümős folyamatra utaló panaszai, aminők: gyengeség, betegségérzet, éjjeli izzadások, köhécselés, stb. Hidegrázás sajtos tüdőgyulladás esetén jóval ritkább, a kezdet kevésbbé heveny s a hőmenet is eltérést mutat: az első napokban észlelhetünk ugyan itt is continua-typust, de a lázgörbe rohamosan remittálóvá, mindinkább szabálytalanná válik s ha a hőcsökkenés idővel be is következik, ez mindig lassú, sohasem kritikus. Ezzel szemben — mint ismeretes — a genuin tüdőgyulladásban a hidegrázás után a lázgörbe felszökik, az első napokban rendesen continua, a későbbi napokban ritkán remittálóvá válik, az ismert pseudokrisises jelenségek után hirtelen vagy oldódó láztalanodással. Ha a láz esése után újabb hőemelkedés jelentkezik, ez rendszerint szövődményre vall empyema, stb.) Kivételes esetben, főleg a felső lebeny gyulladásakor, az oldódás elhúzódhat, s ilyenkor a beszűrődés, melyet most már alacsonyabb,, de időnként kiugró hőemelkedés kisér, néha csak hetek multán oldódik. Ha a lobtermék nem szívódik fel, hanem carnificálódik, a chronikus pneumonia ismert képe alakul ki; az ilyen elhúzódó eseteknek elkülönítése a gümős eredetű elváltozásoktól fokozott nehézséget jelenthet.

A két betegség elkülönítése szempontjából értékes útmutatással szolgálhat a beteg figyelmes *megtekintése:* a genuin pneumoniában szenvedő beteg jellemzően cyanotikus, congestiós, dyspnoës külemével szemben a caseosás beteg rendszerint sápadt — cyanosist csupán a betegség későbbi szakában észlelhetünk. A *herpes labialis*, mely sajtos tüdőgyulladásban nem fordul elő, croupos pneumonia mellett szól. A *physikalis tünetek* többnyire csupán a betegség legelső szakaszában okoznak az el-

különítő kórisme számára nehézséget, de akkor jelentőset. Mindkét esetben a folyamat többnyire az alsó lebenyek egyikében játszódik le; ennek megfelelően találhatók a rendszerint dorsalisan tömörebb tompulat és a tüdőbeli beszűrődés egyéb ismert tünetei. Sajtos tüdőgyulladás esetén azonban sokszor sikerül a tüdő egyéb részében gümős jelenségeket észlelni. A betegség későbbi szakában azután az elkülönítés a physikalis tünetek alapján is könnyebbé válik. Nem nélkülözhető a *köpet* vizsgálata sem; a pneumonia crouposában szenvedő beteg köpete az első két napban néha véres, ezután azonban az ismert rozsdás, erősen tapadó jelleget mutatja, amely különbözik a sajtos tüdőgyulladás zöldes-genyes, gomolyos, néha véres köpetétől. A köpet górcsövi és bakteriologiai vizsgálata a betegség első szakában kórismei szempontból nem nagy jelentőségű; a sajtos tüdőgyulladás későbbi heteiben a köpetben fellelhető gümőbacillusok azonban döntő jelentőségűek lehetnek. A *vizelet*ben a diazoreactio ellenőrzése indokolt; positiv reactio gümőkór mellett szól. A *vérkép* mindkét betegségben kifejezett leukocytosist mutat erős balratolódással; e jelenségek azonban a genuin pneumoniában kifejezettebbek. Megemlítésre érdemes, hogy pneumonia crouposa különösen súlyos eseteiben a fehérvérsejtek számbeli megszaporodása csekélyebb lehet, ezzel szemben a sejtek igen súlyos toxikus elváltozást mutathatnak. A *röntgenvizsgálat* a kezdeti hyperacut szakban érthetően nem igen kerül alkalmazásra, jóllehet az elkülönítő kórisme számára értékes adatokat szolgáltathat. A genuin tüdőgyulladás kezdeti árnyékát rendszerint a lebeny központjában látjuk és a beszűrődés innen terjed a peripheria felé, míg kialakul az egész lebenyre kiterjedő, többé-kevésbbé homogen árnyék. Ezzel szemben a gümős tüdőgyulladással szétszórt, egymással fokozatosan összefolyó gócokat látunk s az árnyékoltság még a teljes lebenybeszűrődés esetén sem mutatja az említett homogenitást; ezenfelül a beszűrődött lebenyen kívül többnyire megtalálható a szórást létesítő korábbi gümős elváltozás. A későbbi röntgenvizsgálat során már szétesett, többszörös üregképződést mutató beszűrődést találunk, melynek gümős jellege kétségtelen.

Mindezekből nyilvánvaló, hogy a pneumonia crouposa és caseosa elkülönítése főleg a betegség első napjaiban, továbbá a crouposa elhúzódó eseteiben okozhat nehézséget. Ez a nehézség azonban a rendelkezésre álló eszközökkel áthidalható, aminek fontosságát a két betegség kezelésének és különösen kórjóslatának különbözősége kellően megvilágítja.

Detre László dr.,
OTBA főorvos.

Tapasztalataink conservált complementtel.

Az utóbbi években a lues reactiói között a Wa.-r. bizonyos mértékben háttérbe szorult a flocculatiós reactiókkal szemben. Ennek oka egyrészt abban keresendő, hogy a flocculatiós reactiók kivitele sokkal egyszerűbb, mint a Wa.-r.-é, másrészt pedig, mert közülük egyesek az utóbbinál speficikusabbnak is bizonyultak. Miután azonban a Wa.-r.-t a luesdiagnostikából teljesen kiküszöbölni mégsem lehetett, ezért igyekeztek a reactio viszonylag bonyolult technikai kivitelében bizonyos egyszerűsítéseket és könnyítéseket bevezetni, anélkül, hogy ezzel a reactio érzékenysége csorbát szenvedne. Ezeknek a törekvéseknek a vonalába esik a conservált complement és a conservált birkavörösvérsejt-suspensio alkalmazása a laboratoriumi gyakorlatban. Ezek a kisérletek a complementet illetőleg teljes sikerrel jártak. A complement conserválására ugyanis sikerült olyan sókeveréket találni, melynek segítségével az előbbit 1—2 hónapig használható állapotban lehet tartani, míg a birkavörösvérsejtek esetében a conserválás hatása legfeljebb egy-két hétre terjed ki. (A birkavörösvérsejtek conserválására *Hohn* eljárása szolgál; a sejteket „normosal" nevű physiologiás oldattal mossuk és carbol hozzáadása mellett ugyanebben az oldatban tartjuk el).

Már 1904 óta többen foglalkoztak a complement conserválásának kérdésével. *Ginsburg* és *Kalinin* a complement conserválására 4% bórsavat és 10% Nachloridot tartalmazó oldatot ajánlottak, melyből egyenlő mennyiséget kell adni a friss complementhez. Később módosították eljárásukat olymódon, hogy 100 ccm friss complementre számítva 4 g bórsavat és 10 g natriumchloridot adtak substantiában. Ennek a módosításnak szerintük az az előnye, hogy így a complement hosszabb ideig (3—4 hónap) marad használható állapotban *Ruffner* szerint a borsav—natriumacetat-keverék kedvezőbb eredménnyel alkalmazható a complement conserválására, mint a bórsav—natriumchlorid-keverék. Legalkalmasabb a 12—14% natriumacetátot és 4% bórsavat tartalmazó oldat. Az e módszer szerint conservált complement titere 7 hét után is csak jelentéktelen csökkenést mutatott. Legújabban *Mirdamadi* és *Giese* a 12% natriumacetátot és 4% bórsavat tartalmazó oldatot ajánlják a complement conserválására.

A debreceni egyetemi élettani intézet diagnostikai laboratoriumában 1938 szeptemberében vezettük be a conservált complement használatát. Ezt megelőzően vizsgálat tárgyává tettük a különböző conserválási eljárásokat és közülük a *Mirdamadi* és *Giese* által ajánlott módszert találtuk a legmegfelelőbbnek.

100 Wa.-r. közül:	Friss complementtel:		Conservált complementtel:	
Negativ	82	(—)	82	(—)
Positiv	12	(+++)	12	(+++)
Positiv	3	(++)	2	(++)
Positiv	3	(+)	4	(+)

Miként a táblázat mutatja, 100 Wa.-r.-t állítottunk be friss- és conservált complementtel, anélkül, hogy a reactiók eredményei között a legkisebb eltérést találtuk volna. E kisérletünk óta 4153 Wa.-r.-t végeztünk conservált complementtel (mellettük Kahn- és Meinicke-K.-r. II.-t) és ezek eredményeképen nyugodtan mondhatjuk, hogy a *Mirdamadi* és *Giese* módszere szerint conservált complement teljesen egyenértékű a friss complementtel.

A complement conserválásakor a következőképen jártunk el: 100 ccm steril kétszer destillált vízben oldunk 12 g natriumacetátot és 4 g bórsavat. Több him tengerimalacból vért veszünk és a serumot 12 óra elteltével lepipettázzuk. (Mind a conserváló oldatot, mind a serumot lehetőleg sterilen kezeljük, hogy ezáltal elkerüljük a complement esetleges gombásodását, ami természetesen nem kívánatos). A nyert serumhoz ugyanakkora mennyiségű conserválót adunk, összekeverjük és jégszekrényben 5—8 C°-on tartjuk. Használatkor ebből 1 : 5, vagy 1 : 10 higítást készítünk és megtitráljuk. Az így megtitrált complementet most már nem szükséges minden reactio előtt titrálni. (Elegendő havonta egyszer).

A conservált complementnek a következő előnyei vannak: 1—2 hónapig használható anélkül, hogy titere lényegesen csökkenne, a titer szobahőmérsékleten tartva sem változik, úgyhogy hosszú ideig (nagyobb számú reactio végzése esetén) is nyugodtan dolgozhatunk vele, anélkül, hogy közben jégen kellene tartani. Igen nagy előnye, hogy használata gazdaságos, mert a nyert tengerimalacserumot utolsó cseppig el lehet használni.

Összefoglalás. A *Mirdamadi* és *Giese* eljárása szerint (4% bórsav és 12% natriumacetát keverékével) conservált complement teljesen egyenértékű a friss complementtel.

Rex-Kiss Béla dr.

A segélyhely

a honvédorvos legfontosabb háborús sebészi tevékenységének színhelye. Hol legyen a segélyhely? Ez többnyire vis major kérdése. Mindenekelőtt közel legyen, olyan központi helyen, pl. zászlóaljparancsnokság mellett, hogy lehetőleg mindenki a leghamarosabban elérhesse. Előre és hátrafelé is legyen járható útja és védve legyen. Gondoskodjunk légvédelemről is, mert a harctér légterében mindig mozog néhány gép és legritkábban állapítható meg, vajjon a miénk-e vagy ellenség? Víz mellé ritkán kerülhet a segélyhely, mert egy zászlóalj sávhatára olyan keskeny, hogy azon belül csak ritka alkalommal lelhető használható víz. Ne legyen tüzérség, vagy gyalogsági nehéz fegyverek, lángszóró mellett. Legjobb egy már elhagyott tágasabb sebesültfészek; de célszerű az is, ha a segélyhelyet egy összelőtt ház romjai alá beássuk. Ezen legalább a kisebb, „döglött" gránát nem üt át. Fő, hogy a biztonság érzése meglegyen az emberekben. Állásharcban az egész háború ásásból áll, mindenki a lehető legmélyebbre ássa be magát; itt érvényesítse az orvos az őt megillető hatalmát: válassza ki és foglalja el a legjobb cavernát segélyhelye részére. A világításra gyertya, petróleumos, karbidos vagy borszeszes lámpa szolgál; a fűtés, — ha van mód rá, — rajkályhával törjénjék.

A segélyhely az orvosi szolgálat legelőbbretolt állása. Ide kerülnek a megsebesült, lerongyolódott, mocsokban piszokban élő sáremberek s itt jutnak először orvosi kezeléshez. Nagyobb hadi vállalkozás rendszerint a reggeli szürkületben kezdődik az éjjel átcsoportosított, kimerült emberanyaggal; így sebesült már a hajnali órákban is tömegesen lesz. A drótok közül, árokban gránáttölcsérekben megbújva, ha túl vannak a támadáson vagy esőben, ködben nappal is, de különösen éjjel idemásznak a sebesültek, ide viszik őket bajtársaik. A segélyhelyen egy óriási egészségügyi üzembe kerülnek, melynek felfelé haladva számtalan különleges ága van, de legelső tapogató és osztályozó szerve a segélyhely. Itt dolgozik a *katonaorvos* ugyanolyan nehézségek mellett, ugyanolyan fáradalmak és nélkülözések közepette, mint a csapattiszt. Jóban-rosszban egy sorban van a combattanssal, amint ezt a szolgálat megköveteli; még a legborzasztóbb helyzetben, a vizi átkelés alkalmával it ott van elől, az első átkelő részletben s csak a híradók, műszakiak, az élelmet- és lőszert-szállítók vannak gyakran még rosszabb helyzetben.

Hű segítőtársai az orvosnak a *sebesültvivők.* Elsősorban szállításra hivatottak, azonban a sebesültnek elsősegélyt is kell, hogy nyújtani tudjanak. Külön bátorság kell hozzá, hogy az egészségügyi katonák hordágyukkal a sebesülteket összeszedjék akkor, amikor mindenki, kötelességszerűen földbe vájt lyukakban és állásokban búvik meg! Hozzájárul még a fegyvertelenség deprimáló hatása is! Felmerülhet az a kérdés, célszerű-e felfejlődéskor sebesültvivőket tartalékban tartani? Nem ajánlatos. Nehezen értékelhető a sebesültvivők nehéz, testileg-lelkileg kimerítő munkája már nappali fényben is, de mérhetetlenül fokozott a sötétben! Nemcsak az ismeretlen helyeken szétszórtan fekvő sebesültek megtalálása ütközik ilyenkor nehézségbe, hanem a visszavezető út terepviszonyainak, egyenetlenségeinek ismerete is hiányzik s e hiányt mind a sebesült, mind a nehéz terhet vivő egyensúlyát megőrizni akaró vivője súlyosan megsínyli. Kívánatos tehát, hogy a sötétség beállta *előtt* figyelje már meg az alosztályával együtt előrenyomuló sebesültvivő a sebesültek hollétét, esetleg kisebb csoportokba is gyűjtse őket egy járhatóbb út mentén. Különben is jó hatással van az egészségügyi személyzet tudott közelsége a harcra készülő legénységre. Vesztesége viszont súlyosan esik latba. A sebesült harcos megtette a kötelességét, de a megsebesült sebesültvivő még nem; sőt kiesése fokozza még a megkevesbbedett kartársainak munkáját! Nagy térben harcoló kis erők esetén a harcegységek szétszórt, nagy kiterjedése a kis létszámú egészségügyi személyzetre még fokozottabb munkát ró. Ezért nehéz munkájukat megkönnyítendő, számos hadseregben egészségügyi kutyákat idomítanak a sebesültek felkutatására.

Az *orvosi ténykedés a segélyhelyen* nagyjában a mindennapi gyengélkedő szolgálatból és a sebesültek első orvosi ellátásából áll. A harctér az előbbire is rányomja sajátos jellegét, de a segélyhely tulajdonképeni feladata a sebesültek ellátása. Az anyaország viszonyaival összehasonlítva átlagban tízszer akkora a csapatorvos sebészi mentőszolgálata. Ennek célja pillanatnyi életveszély elhárítása (belgyógyászati szempontból is) s megakadályozása annak, hogy a sérültet sérülésének végleges ellátásáig más ártalom ne érhesse.

Csatanapokon a segélyhelyre özönlő sebesültek közül előbb azokat lássuk el, akik heveny életveszélyben vannak. Tudvalévő, hogy az élet három legfontosabb feltétele az agyközpont, a légzés és a vérkeringés zavartalan működése; ha súlyos esetben ezeket újból meg tudjuk erősíteni, akkor a sérültet is életben tarthatjuk. A segélyhelyen tehát 3 közvetlen életveszély fenyegeti a sérültet: a sérüléses shok, az elvérzés és a megfulladás A shokos, vérző és fuldokló sebesültek kiemelése és ellátása után elkülönítjük a gázsérülteket, a fertőző betegeket, a haldoklókat — természetesen a lehetőséghez képest. A sürgős szaksebészi beavatkozást igénylőket pedig, amint ezt a harcászati körülmények csak megengedik, elszállíttatjuk az egészségügyi oszlophoz, kedvező viszonyok mellett esetleg egyenesen a tábori kórházba.

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

I. évfolyam. 11. szám. Budapest, 1940 november 30.

ORVOSTUDOMÁNYI KÖZLEMÉNYEK

Megjelenik minden hónap utolsó szombatján.
Előfizetési díja az Orvosi Hetilappal együtt egész évre 26.— P.

Felelős szerkesztő és kiadó: VÁMOSSY ZOLTÁN, VIII., Üllői-út 26. sz. Segédszerkesztő: FRITZ ERNŐ

A constitutio pathologiai jelentősége.

— *Balassa-emlékelőadás.* —

Irta: *Entz Béla dr.*, egyetemi ny. r. tanár.

Az 1837-es év a betegségek keletkezésének magyarázatában fordulópontot jelentett. *Schwann* és *Cagniard Latour* ebben az évben fedezték fel, hogy a bor erjedését erjesztőgombák okozzák, *Bassi* és *Audouin* a selyemhernyók pebrinnek nevezett betegségéről kimutatták, hogy azt spóratermő gombák idézik elő, *Donné* a a lueses genyben vibriókat írt le. E felfedezések szorgos kutatásra serkentettek, amelynek eredménye volt az is, hogy *Schönlein* 1839-ben kimutatja, hogy a favust is gombák okozzák; majd 1843-ban *Gruby* a trichophytiasis kórokozóját fedezi fel. 1840-ben jelenik meg *Henle* könyve a fertőző betegségek kóroktanáról. Tíz év múlva *Polländer* és *Brauell, Delafond, Davaine* a lépfene kóroktanát tisztázzák. Ilyen előzmények után a múlt század 70-es, 80-as éveiben bontakozik ki a kóroktani kutatás teljes egészében és válik önálló tudománnyá a bakteriologia. Az új tudományban elért páratlan eredmények új korszakot jelentettek az orvostudományban is s így érthető, hogy mindenkinek az érdeklődése az aetiologiai kutatások felé irányult és nem csoda, hogy a kóroktani felfogásban bizonyos egyoldalúság következett be. Majdnem azt mondhatnók, hogy a fertőző betegségeket a kórokozó csírákkal azonosították. Hiszen még *Cohnheim* is azt állította, hogy: „gümőkóros lesz mindenki, akinek szervezetében a tuberculosis virusa megtelepszik".

Erről az irányról mondja *Martius*, hogy „az orthodox bakteriologiának az a feltevése, hogy a pathogen bakterium az egyedüli és önmagában elegendő oka a fertőző betegségnek, egészen általánossá vált. Feltették, hogy a kórokozó sajátságaival a betegség teljesen megmagyarázható; azt hitték, hogy benne az *ens morbit*, a betegség lényegét is megtalálták"; mint *Pertik* kifejti: „a bakterium kémlőcsőbe zárt tiszta culturája lett a betegség lényege, essentiája."

A kórokozó csírák jelentőségének ilyen egyoldalú túlértékelését megingatta az a felfedezés, hogy a mikrobák behatolhatnak a szervezetbe, sőt bizonyos mértékig el is szaporodhatnak benne anélkül, hogy a megtámadott szervezet beteggé válna; majd az is bebizonyult, hogy a kórokozó csírák hosszú időn át élősködhetnek a szervezetben anélkül, hogy beteges elváltozásokat okoznának; a bakteriumok behatolása a szervezetbe nem váltja ki minden esetben a jellegzetes betegséget. A mikrobák tehát csak bizonyos feltételek mellett válnak valóságos kórokozókká. Ez a felismerés a biologusok körében lassankint azt a meggyőződést váltotta ki, hogy a fertőző betegségek keletkezésének megértésére nem elegendő a kórokozó mikrobák megismerése, mert a betegség kifejlődése számos, más feltételhez kötött. A természetben minden folyamatnak több feltétele van. Nyilván ez a meggondolás érlelte meg *Verworn*-ban azt a meggyőződést, hogy a biologiai folyamatok magyarázatában az ok fogalmát teljesen el kell ejteni és a természeti jelenségek magyarázatában az egyedül helyes conditionalismusra kell áttérni. *Verworn* tetszetős felfogásának több követője akadt, a pathologusok közül *Hansemann* szegődött a conditionalis irányhoz, aki külön tanulmányt szentelt a kórtani folyamatok conditionalis magyarázatának. *Hansemann* azonban nem fogadta el *Verworn* abbeli felfogását, hogy az összes feltételek teljesen egyenértékűek, hanem különbséget tesz szükséges feltételek és olyan feltételek közt, amelyek esetleg másokkal pótolhatók.

A *Verworn* előadására meginduló, hatalmas vitában két tudományos irány képviselői kerültek egymással szembe: a causalitás hangsúlyozói, akik minden biologiai folyamatban a kiváltó okok jelentőségét kutatták és az oktani kutatást tekintik egyik legfontosabb tudományos feladatnak és a conditionalis irány képviselői, akik a szervezetben végbemenő változások feltételeinek fontosságát hangsúlyozzák.

Verworn ama túlzó felfogása, amely szerint a természettudományokban az ok kérdésének felvetését tudománytalannak mondja s az a megállapítása, hogy valamely folyamat bekövetkezésében minden feltétel teljesen egyenértékű, ezért valamely feltételt különösen kiemelni s ezt a folyamat okaként megjelölni: egészen elhibázott, nagy visszatetszést is váltott ki. A felvetett kérdéshez nagyon sokan hozzászóltak — *Roux, Martius, Fischer (B. Wasels), Loehlein, Lubarsch, Ribbert* és mások. A vita két kérdés körül mozgott, az egyik az ok fogalmának közelebbi meghatározása, a másik a feltételek jelentőségének kérdése.

Bennünket az ok fogalmának philosophiai értelmezése nem érdekel; nem térhetek ki azokra a meghatározásokra sem, amelyek az ok biologiai értelmezésével foglalkoznak, csak arra akarok rámutatni, hogy már *Wundt* kiemelte, hogy abban a tekintetben, hogy mit tekintünk valamely jelenség, vagy biologiai folyamat okának, elsősorban az az irányadó, hogy milyen szempontból vizsgáljuk a kérdést. — Ezt hangsúlyozzák *Lubarsch* és *Fischer Wasels* is. Az utóbbi az ok kérdésének felvetésében arra is rámutat, hogy *Verworn*nak a causalitás jelentőségének tagadásában azért sem lehet igazat adni, mert az ok kérdése elsősorban gyakorlati kérdés. A folyamatok megértésére feltétlenül szükségünk van a folyamat okának, vagy okainak ismeretére. Éppen ezért *Fischer* az okok kiderítését *Verworn*nal szemben elsőrendű tudományos feladatnak mondja. Jogosult a causalis gondolkodás a biologiai folyamatok magyarázatára is. *Fischer* véleménye szerint valamilyen folyamat oka természettudományi értelemben az — a folyamat bekövetkezésére szükséges factor —, amit a jelenség

a) megértésére (elméleti magyarázatára), illetőleg

b) cselekvésünkre, beavatkozásunk megválasztására (a folyamat gyakorlati magyarázatára) a legfontosabbnak tartunk. Ez az elbírálás ezek szerint mindig subjectiv megítélés eredménye.

Mindettől eltekinve a conditionalismusnak, mint valamely új biologiai iránynak kiemelése és szembeállítása a causalis gondolkodással azért sem indokolt, mert mint *Roux* is *Lubarsch* is hangsúlyozzák, a két felfogás egymást kölcsönösen kiegészíti, még azt sem mondanám, hogy *Verworn* és *Hansemann* conditionalismusa új biologiai irányt képvisel, hiszen *Verworn* egyik leg-

határozottabb ellenfele: *Roux*, a fejlődési folyamatok okairól már jóval *Verworn* előtt, a következőket mondja: „Minden változásnak legalább két oka van, amelyeket factoroknak, vagy componenseknek nevezünk. A legtöbb esetben azonban még jóval több okkal kell számolnunk. Ezek közül egyesek jóval megelőzik a változást; ezeket a factorokat helytelenül a változás feltételeinek nevezik. Azt a factort szokták közönséges értelemben a változás egyedüli okának tekinteni, amely a változás bekövetkezését kiváltja s azt közvetlenül megelőzi, holott a változás bekövetkezésére minden factorra egyformán szükség van. (Az utolsó ok a változás időpontján kívül még sok más dologban döntő jelentőségű. Ezeknek a factoroknak összessége tekinthető a változás teljes, tökéletes okának)". A fejlődési folyamatok okainak meghatározására *Roux* tehát épúgy *Verworn* előfutárjának tekinthető, mint *Stuart Mill*, akinek munkáira, mint a conditionalismus előfutárjáéra *Hansemann* hivatkozik, *Stuart* meghatározása szerint: „tapasztalatból tudjuk, hogy a természeti jelenségek között meghatározott sorrend van, minden factumot más factum előz meg. A megváltoztathatatlanul megelőzőt nevezzük oknak s a megváltoztathatatlanul következőt okozatnak".

„A valódi ok a feltételeknek az a sora, az előzmények összessége, amelyek nélkül az okozat nem következett volna be. Nincs semmi tudományos alapja annak, hogy valamely jelenség okai és feltételei között különbséget tegyünk. Az ok a positiv és negativ feltételek, a körülmények és lehetőségek összessége, amelynek meglételekor az eredmény, a folyamat megváltoztathatatlanul be is következik".

Ugyanezt a felfogást vallja *Kern* is; szerinte: „ha minden természeti jelenséget a causalitás fogalmával akarunk összegyeztetni, nagy nehézségekbe ütközünk, mert minden folyamat magyarázatára az okok és feltételek határtalan sorozatát kell figyelembe vennünk." „Nem a jelenséget kiváltó alkalmi ok adja a folyamat teljes magyarázatát, hanem vele együtt, egyidejüleg mindazon feltételek összessége, amiben a folyamat végbemegy. E feltételek egyrészt külsők, másrészt belsők s ez utóbbiak önmagukban is elég bonyolódottak. Minden egyes folyamatot a feltételek egész sora határozza meg".

Lubarsch Wundt felfogását idézi: „minden jelenség bekövetkezésének feltétele bizonyos megelőző, vagy egyidejű, más jelenségek sora. Ezen az alapon tudunk különbséget tenni a feltételek és a feltételezettek között. Ebben az ok popularis értelmét ki is merítettük, mert a mindennapi beszédben (nyelvhasználatban) az ok és a feltétel megjelölést megkülönböztetés nélkül használják. A mindennapi életben nem azt a feltételt mondjuk oknak, amely önmagában a legfontosabb, hanem azt, amit történetesen a legfontosabbnak tartunk, vagy amelyre céljaink szerint a legnagyobb súlyt helyezzük. Az okok megállapításában az előadó álláspontja az irányadó. Valamely folyamat okának azt a feltételt jelöljük meg, amire az adott esetben külön súlyt helyeznünk; etekintetben az oknak tudományos értelemben vett meghatározása nem különbözik lényegesen a mindennapi beszédben használt meghatározástól. A kettő egymástól csak abban különbözik, hogy min van a hangsúly".

Mint e néhány idézetből látjuk —, amit még tetszés szerint kiegészíthetnénk más búvárok hasonló megállapításaival —, az derül ki, hogy a causalitás szószólói is mindenkor kiemelték a biologiai jelenségek magyarázatában a factorok, conditiók jelentőségét s hogy a természettudományos gondolkodásnak az unitarius felfogás sohasem felelt meg, hiszen a természetben nem pillanatnyi változásokkal, hanem folyamatokkal, egymással sorozatosan és okozatilag összefüggő jelenségekkel állunk szemben, amelyeknek lefolyását a mindenkori változó, külső és belső tényezők — feltételek, factorok — szabják meg.

Nagyon szépen foglalta össze az okok, feltételek, factorok jelentőségét *Tendeloo*, aki nem okokról, vagy feltételekről, hanem egyszerűen factorokról beszél és kifejti, hogy bizonyos hatások magyarázatában nem elegendő a jelenséget kiváltó factorok összességének — summatiójának — ismerete, hanem figyelemmel kell lennünk ezeknek egymáshoz való viszonyára, kölcsönhatására, vagyis a factorok constellatiójára is, ami pedig a factorok időrendi sorrendjétől és térbeli elrendeződésétől függ.

Tendeloo a foctorok összességét a vegyületek tapasztalati, a factorok egymáshoz való viszonyát: a constellatiót, ezek szerkezeti képletéhez hasonlítja: hivatkozik az isomer vegyületek példájára; az isomer vegyületek tapasztalati képletei megegyeznek, csak a szerkezeti képletük, az egyes atomok, atomcsoportok elhelyezkedése más és más és ez a configuratio mégis lényeges különbséget jelent a vegyület hatásában.

A factorok vagy közvetlenül hatnak egymásra, vagy közvetve; egyik factor hatása bizonyos változásokat okoz a jelenséget kiváltó másik factoron. A constellatio, — mint ezt pl. a légköri viszonyok folytonos változásából ismerjük, — szintén változik; a légköri viszonyok hatásában a hőmérsék, a páratartalom, a légáramlás, a légköri villanyosság, radioactiv anyagok, emanatiók, egymást kölcsönösen befolyásolják. Ha pl. száraz könnyű ruházatban, nagy, száraz melegben tartózkodunk, bőséges izzadás és verejtékelpárolgás indul meg, fokozódik a hővesztés, ha azonban ugyanolyan hőmérsékletű, páratelt levegőben tartózkodunk, ez megakadályozza a verejték elpárolgását, hőpangás, esetleg hőguta következik be. A levegő páratartalma tehát lényeges szerepet játszik abban, hogy milyen hatása van a szervezetre a magas hőmérsékletnek. És így van ez a többi factorokkal is.

A factorok bizonyos constellatiója, nagyság, erősség és alak szerint bizonyos meghatározott eredménnyel, hatással jár. Figyelembe kell vennünk azonban azt is, hogy ugyanazt a hatást kiválthatják más constellatiók is. Minden factornak, tehát csak mint a constellatio bizonyos alkotórészének van jelentősége. Más constellatióban ugyanannak a factornak egészen más szerepe lehet.

Tendeloo ezt az elgondolását costellatiós pathologiájában foglalta össze, amely nagyjában *Verworn* és *Hansemann* conditionalismusához igazodik, ezeket kiegészíti, ugyanakkor azonban nagyon lényegesen különbözik *Verworn* és *Hansemann* elgondolásától.

A *Verworn* conditionalismusával kiváltott eszmecsere elvitathatatlan eredménye az, hogy élesen rávilágított a szervezetben végbemenő folyamatok külső és belső feltételeire. Bár *Verworn* következtetései, az ezekre alapított világszemlélete és a jelenségek okaira vonatkozó tagadó állásfoglalása helytelennek bizonyult, fellépése számos vitás kérdést tisztázott.

Mint fentebb kifejtettem: minden biologiai folyamat megértésére, így a betegség keletkezésének magyarázatára is ismernünk kell mindazon külső és belső feltételeket, amelyek a folyamat kiváltásában szerepelnek, így elsősorban ismernünk kell a szervezetet magát, amelyre a kóroki tényezők hatnak. Régóta tudjuk, hogy

más és más szervezet ugyanazon ingerre különböző-képen reagál és ezért általában azonos morphologiai szerkezet és látszólag megegyező élettani működés mel lett a reactio fokában, vagy minőségében különböznek.

Már a görög iskola is pontosan ismerte e különbségeket és figyelemmel volt ezek jelentőségére. A constitutio tanát részleteiben mégis csak a legutolsó évtizedek munkássága dolgozta ki.

Hippokrates írásainak idevonatkozó részleteiből többnyire csak a különböző vérmérsékleteket (phlegmatikus, sanguinikus, melancholikus és cholerikus embertypus) vonatkozó részt szokták figyelemre méltatni, holott már ő hihetetlen éleslátással mutatott rá a constitutio jelentőségére a betegségek kezelésében. *Freund, Hippokrates* munkáinak egyik legjobb ismerője és interpraetálója a nagy görök orvosnak errevonatkozó felfogását a következőképen ismerteti: „Az egyéni constitutio veleszületett, az egyén szervezetében rejlő, megváltoztathatatlan sajátsága. *Hippokrates* megkülönböztette a jó és a rossz, az erős és a gyenge constitutiót (az elernyedt, elhízott, nedvdús és vérmes constitutiót, szembeállítja a feszes, tömött, száraz és sötét szinezetű constitutióval). A jó constitutió jele, hogy a szervezet az összes működéseket természetesen és harmonikusan bonyolítja le (az olyan constitutio, amely a diaetahibákra gyorsan és erélyesen kifejlődő zavarral reagál, gyengének tekintendő). A gyengeség és betegség nagyon közelállanak egymáshoz. (A nedvdús constitutiónak száraz diaetára, a száraznak nedvdús diaetára van szüksége.) A constitutio kórtani jelentőségét egyébként ismerjük a törések gyógyulásában is, ami különböző costitutiók mellett és a különböző életkorokban különböző hosszú idő alatt következik be. (A törések keletkezésében tekintettel kell lenni a természetek nagy különbségeire és a betegségeket okozó befolyásokkal szembeni ellenállóképességre is.) A ficamodások helyretételének könnyebb, vagy nehezebb volta is, valamint az esetleges recidivák, a constitutiótól is függenek; az izületi felszinek minősége ugyanis —, hogy azok nedvdúsak, vagy nedvszegények-e, — a szalag apparatus feszessége; vagy lazasága az emberekben különböző. A heveny betegségek lefolyása alatt bekövetkező kritikus jelenségek is összefüggenek a constitutióval. Különböző constitutiójú egyének különböző életkorokban és országokban az életmód, az évszak és betegségek szerint nagyon különbözően viselkednek. A constitutio bizonyos betegségekre hajlamosít. (A különböző behatások a constitutio szerint különböző befolyással vannak a munkaképességre, az élettartamra.) A diaeta, különösen a jó, vagy rossz ivóvíz, egészségtelen lakás, bizonyos mértékig megváltoztathatják, módosíthatják a constitutiót. *Freund* szerint nagyon érdekesek az egyes szervek és szervrendszerek betegségeinek pathogenesisése és prognosisára vonatkozó, a constitutiót illető megjegyzések; amelyek szerint azok, akiknek constitutiója már eredetileg hibás, akiknek mellkasa deformált, lapockáik szárnyszerűen elállók, súlyos hurutokra hajlamosak (akár expectorálnak, akár nem; míg négyszögletes, szőrős mell, izommal jól fedett kardnyújtvánnyal jó prognosist biztosít).

A phthisisre hajlamosakon minden jelenség hevesebben zajlik le és aggályos. A phthisises egyén, akinek veleszületett phthisises habitusa van, sorsát nem kerülheti el. Több helyen említi *Hippokrates,* hogy a phthisisre leginkább a fiatal: 16—30 évesek hajlamosak. A constitutiós alapon fejlődő phthisis, köszvény, epilepsia alig gyógyítható."

Látjuk, hogy *Hippokrates* constitutiós elmélete sokkal mélyebben hatol az alkat jelentőségének értelmezésébe, mint azt a négyféle vérmérsékletről szóló tanításából következtetni lehetne. Figyelemmel van a szervezet anatomiai alkatára és a szervek működésében mutatkozó különbségekre is. Különösen ki kell emelni, hogy ő az egyén szervezetében rejlő, veleszületett, meg nem változtatható, tehát az egyénre jellemző sajátságokat már összefoglalta a constitutio fogalmában. E tekintetben nincs semmi különbség *Hippokrates* felfogása és a modern felfogás között.

Hippokrates pontos megfigyelésből levont következtetései nagyjából szintén helytállók.

A görög orvosi iskola a betegségek megítélésében az akkori kor általános természettudományi ismereteinek hatása alatt állott. Ez jut kifejezésre a kárzistanban is, amelynek lényege, hogy minden betegségben az egész szervezet beteggé válik, mert a szervezet nedvei megváltoznak. E felfogással szemben már *Hippokrates* kortársai, a knidoszi *Euryphon* az általános betegségek mellett helyi betegségeket is ismert és önálló betegség-typusokat állított fel.

Az ellentét a betegségeknek általános és helyi elváltozásokként értelmezésében jóformán soha sem szünt meg. (Bármennyire csábító volna ennek a tudományos vitának a részleteibe behatolni, ettől el kell tekintenem s elegendőnek tartom azt kiemelni, hogy) még a nagy bécsi pathologus: *Rokitansky* is az idők folyamán lényegesen módosult krázistan alapján áll és általános betegségekről beszél és csak *Virchow* fellépése ingatták meg a betegségekről alkotott nézeteiben, holott a krázistant a legutolsó századok anatomai iránya egészen háttérbe szorította. A betegségek localisatiójának felismerése, amely *Morgagni* fellépésével indult meg, a krázistannal semmiképen sem volt összeegyeztethető. Hogy milyen nagy volt az ellentét a két felfogás között, az kifejezésre jut ama nagy beszédének következő megállapításában, amit Rómában 1894-ben a nemzetközi orvoscongressuson tartott: „Ilyen felvilágosodott társaságban anachronismus volna az általános betegségek kérdésével foglalkozni. Ha a jelenlévők közül valaki — agyának valamely rejtett tekervényében — még megőrizte volna az általános betegségek emlékét, kellő mérlegelése után az is bizonyára belátja, hogy minden beteg ember szervezetének jelentékeny, sőt az esetek többségében túlnyomó nagy része egészséges marad és hogy a beteg, vagy elhalt rész a testnek csak egy részét teszi. Aki ezt nem tudja felfogni, azzal természettudományi értelemben pathologiáról beszélni nem lehet."

A nagy természettudós lesújtó szavai ellenére újra feléledt és új tartalmat nyert a régi tan, a habitus fogalmának új körülírásával, a constitutia és a constitutio kiváltotta betegségek jelentőségének felismerésével.

Tudjuk azt, hogy az emberek között nemcsak a testalkat, az arcvonások, a szem és a hajzat szinében vannak különbségek, hanem a finomabb anatomiai structurákban, a szervek élettani működésében, az egyén szellemi képességeiben, hajlamaiban egész lelki világában is. Ezeknek a bonctani, élettani és lelki sajátságoknak összességét foglalja össze ma constitutio néven. Sokáig kisértett az a felfogás, hogy a betegségi hajlamosságot, — amit dispositiónak is nevezünk — azonosítsák a constitutio fogalmával, holott a constitutio nem valamely betegséget, vagy betegségi hajlamosságot jelent, hanem a szervezetnek bizonyos adottságát, részint anatomiai, illetőleg szövettani, részint élettani, életvegytani sajátságait, amelyek az egyes szervezetet jellemzik és más szervezetektől megkülönböztetik. Minden szervezetnek vannak ilyen anatomiai jellemzői, amelyek egyes embercsoportokban megismétlődnek. — Egyes esetekben ezek az anatomiai sajátságok nagyon

szembeötlőek. Ilyen pl. a nyúlajk, a hatujjúság, a syndaktylia, stb. Míg ezek a sajátságos vonások nem befolyásolják a szervezet működéseit, azok az egyszerű anatomiai változatok sorába illeszthetők be s e csekély eltéréseknek a constitutio szempontjából nincs is jelentőségük. Az érrendszer változatai megváltoztatják a keringést, de ezek a változatok sem okoznak kimutatható zavarokat a szervezet összeműködésében, bár az alkatnak olyan elváltozásai, mint az aorta elzáródása az isthmus táján, már túlhaladják az egyszerű változatok mértékét, noha sok esetben nem járnak beteges tünetekkel s emiatt a működésben bekövetkező elváltozások még gondos vizsgáló előtt is rejtve maradhatnak s az anomália legtöbb esetben csak a boncoláskor derül ki. Lehetnek a morphologiai elváltozások olyan subtilisek is, hogy csupán szövettani vizsgálattal deríthetők ki.

Ma az alaktani elváltozások természetes következményének tartjuk, hogy a megváltozott szervek, szövetek működése is eltér a rendestől. Ismerünk azonban olyan működési elváltozásokat is, amiket a szervezetnek sem anatomiai, sem szövettani vizsgálatával ma még nem tudunk megfejteni. Ilyen pl. a színtévesztés, az is lehetséges, hogy vannak olyan esetek, ahol a megváltozott functio nem is jár alaki elváltozásokkal.

A fentebb említett, látszólag lényegtelen elváltozások és zavarok mellett ismerünk olyan mélyrehato elváltozásokat is, amiket, mint a rendestől nagyon lényegesen eltérőket, betegesnek mondunk.

Ha részleteiben vizsgáljuk az egyes szervezetek anatomiai szerkezetét és élettani működését, meglepve tapasztaljuk, hogy mind morphologiai, mind physiologiai tekintetben milyen számos változattal találkozunk. Nem sorolhatom itt fel ezeket a változatokat, elég talán, ha utalva *Bauer, Naegeli, Martius* és mások munkálataira — hiszen már óriási a constitutiós-tan irodalma — megemlítem, hogy az összes szervrendszereken, az izületeken, az izomzaton, a keringés szervein, a béltractuson és a hozzátartozó mirigyeken, a kiválasztószerveken, a nemiapparatuson, a központi idegrendszeren éppen úgy ismerünk constitutiós elváltozásokat, mint a belsőelválasztású mirigyek rendszerén s hogy ezek az elváltozások részben a szervek bonctani szerkezetének, részben működéseinek megváltozásában nyilvánulnak.

Meg kell említenem, hogy ezek a változások nem azonosak a nemi különbségekkel, vagy a kor okozta elváltozásokkal, nem is betegség következményei, hanem a szervezet veleszületett sajátságai, amelyek azt az egész életen végigkisérik.

Ha csak futólag is áttekintjük azokat az elváltozásokat, amelyeket mai ismereteink szerint constitutiós eredetűeknek kell tartanunk, két kérdés merül fel; az egyik, hogy lehet-e a constitutiós elváltozásokat valamilyen módon rendszerbe foglalni és ennél is lényegesebb és érdekesebb az a másik kérdés, hogy hogyan magyarázhatjuk a constitutiós eltérések keletkezését.

Bauer és *Naegeli*, mint említettem, szervrendszerek szerint sorolják fel a constitutiós eltéréseket, azonban maga *Bauer* is kisérletet tett valamilyen rendszerezésre, bár kiemeli, hogy —, minthogy egyéni különbségekről van szó —, a systema felállítása önmagában ellentmondás, mert tulajdonképen annyi constitutiós typus van, ahány individuum.

A XIX. század második felében, amikor az egész pathologiát a *Virchow* inaugurálta anatomiai, illetőleg histologiai és cellularis irány uralta, a constitutiós tanban is az anatomiai vizsgálatok vezettek. A constitutiós typusok beosztásában is elsősorban a bonctani szerkezetben kimutatható megegyezéseket vették irányadóknak.

Rokitansky után különösen *Beneke* végzett beható vizsgálatokat abban az irányban, hogy az anatomiai sajátságok alapján constitutiós typusokat állítson fel. Pontosan meghatározta a szervek méreteit, az egyes szerveknek egymáshoz és az egész szervezethez való viszonyát. S bár kutatásai értékes adatokkal gazdagították a kórbonctant, a constitutiós tan szempontjából meddők maradtak. Nem jártak eredménnyel *Viola* hasonló irányú vizsgálatai sem.

Szerencsésebb volt az alkattannak egyik magyar úttörője, *Stiller*, aki „Az astheniás alkati betegség"-ről írt munkájában gazdag anyag beható vizsgálatával és feldolgozásával pontosan megállapította azokat a bonctani jellemzőket és működésbeli eltéréseket, amelyek alapján a constitutiós sajátságok egyik typusát: az astheniás szervezetet felismerhetjük. Leírása szerint „ez a . . . testalkat vékony csontgerendázatot, hosszú, keskeny, lapos, beesett mellkast, meredeken lejtő bordákat, széles bordaközöket mutat; továbbá hegyes epigastrikus szögletet, melynek szűkebb vertebralis és lateralis szögek felelnek meg; vékony, petyhüdt izomzatot, silány zsírpárnát és sápadt arcszínt". *Stiller* figyelmét erre az alkati elváltozásra, mint ismeretes, az a megfigyelése hívta fel, hogy enteroptosisos betegeken a X. borda szabadon végződik, tőle ered ennek az anomáliának megjelölésére a „costa decima fluctuans" elnevezés is, *Stiller* ezt a jelt, — stigmát — a habitus asthenicus biztos ismérvének tartotta s minthogy a habitus asthenicusnak a szervezet belsejében is vannak velejárói, pl. a vándorvese, enteroptosis, emellett jellemző működésbeli eltérések — az ideges és lelki működések megváltozása is kiséri —, ezt a stigmát e betegség felismerésére is fontos jelenségnek mondja.

Az anatomiai gondolatot képviseli a constitutio tanában *Bartels* is, akinek véleménye szerint a szervek és az egész szervezet anatomiai szerkezetében és összetételében olyan egyéni különbségek vannak, amelyek csak az egyes egyéneken mutathatók ki és ezeket a többiektől határozottan megkülönböztetik. Vannak azonban bizonyos sajátságok, amikben az emberek egy-egy csoportja megegyezik. Ebből az elgondolásból kiindulva, melyet különben *Martius* is magáévá tett, hasonlította össze *Bartels* az egyes szervezeteket és ismerte fel és jelölte meg, mint különös constitutiós typust a Paltauffféle status thymikolymphatikust, amely alkatnak nagy jelentőségére *Bartels* mutatott rá, aki a status lymphatikus és a status hypoylastikus névvel megjelölt constitutiós typusokon észlelhető bonctani sajátságokra is felhívta a figyelmet. S ha az újabb vizsgálatok nem igazolták *Paltauf*nak és *Bartels*nek a status thymolymphatikusra vonatkozó megállapításait, a status hypoplastikus pontos körülírása mégis *Bartels* elvitathatatlan érdeme marad.

*Martius Stiller*nek és *Bartels*nek azt rója fel hibául, hogy mindketten az általuk felismert constitutiót helyezik a constitutiós tan középpontjába és mindent ezzel az egyetlen alkati eltéréssel akarnak megmagyarázni.

Ugyancsak az anatomiai gondolat uralja azokat a törekvéseket, melyek a szervezet alkati sajátságai és testi, illetőleg lelki működései közötti kapcsolatokat keresik. Ezek közül a kisérletek közül is csak néhányat említek. A franciák között *Sigaud* és tanítványai: *Chaillou* és *Mac Auliffe, Bertillon* ismert anthropometriai vizsgálatainak hatása alatt az embereket négy csoportba osztották, amelyek mindegyike egy-egy constitutiós typusnak felel meg. Ezek: a typus respiratorius, muscularis, digestivus és cerebralis. A typusok

megjelölése eléggé kifejezésre juttatja azt, hogy egyikmásik esetben mi uralja az egész szervezetet, éppen ezért az egyes typusok jellemző sajátságait nem is óhajtom felsorolni.

Sigaud beosztásával *Martius* is, *Bauer* is foglalkoznak és azt át is veszik; *Kretschmer* ugyan elismeri, hogy a beosztás helyes megfigyelésen alapul, mégis erőltetettnek tartja azt.

A psychiatriában régen foglalkoztak a testi sajátságok és a lelki képességek, hajlamok közötti kapcsolatokkal, s bár régebbről is sok érdekes megfigyelés maradt ránk, tudományosan mégis a legjobban megalapozott *Kretschmer* ismert hármas beosztása: az atheniás, athletikus és pyknikus embertypusok felállítása.

Kretschmer meghatározott munkaterv alapján nagy anyagot dolgozott fel és empiriás méréseinek és pontos klinikai megfigyeléseinek, vizsgálatainak alapján meghatározta az egyes typusok anatomiai, talán helyesebben pathologiai-anatomiai jellemzőit és megállapította, hogy az egyes testalkatok bizonyos lelki hajlamokban, illetőleg elmebetegségekben milyen százalékos arányban fordulnak elő.

Kretschmer vizsgálatai szerint az astheniás alkat jellemzői: sovány, nyulánk, magas termet, keskeny vállak, vékony, hosszú végtagok, hosszú, keskeny, lapos mellkas, kiálló bordák, hegyes szögű bordaívek. A bőr vér- és nedvszegény, az izomzat nagyon vékony. — *Kretschmer*nek ezek a megállapításai teljesen megegyeznek *Stiller*nek az astheniás alkatot jellemző leírásával. Ez az alkat sokszor szövődik dysgenitalismussal, infantilismussal, eunuchoid magas növéssel. Az e typusba tartozó elmebajosok legnagyobb része a schizophreniások csoportjába tartozik.

Az athletikus typushoz tartozók rendszerint közepes termetűek, vagy magas, szélesvállú emberek, jólfejlett mellkassal, amely aláfelé keskenyedik úgyhogy a mellkas és az izmos felső végtagok fejlettsége éles ellentétben áll az aránylag keskeny medencével és az erőteljes, de a felső végtagokhoz képest gracilis alsó végtagokkal. A fej- és arcvonások durvák, a nyak izmos, egyenes, rajta hátul nagyon kifejezettek a csuklyás izom körvonalai. A csontok és az izmok conturjai nagyon jól láthatók. Kezek és lábak nagyok. A bőr feszes, rugalmas és az arc olykor pastosus. Az elmebetegek között az athletikus typusúak többsége *Kretschmer* megállapítása szerint szintén schizophreniás.

A pyknikus typust a zsigeri üregek erős fejlettsége jellemzi. Az ilyen ember hízásra hajlamos, a zsír a törzsökön rakódik le, ezzel szemben a végtagok és a függesztő rendszer, a váll a lapockákkal és a medence aránylag gyengen fejlettek. Az arc széles, petyhüdt, a nyak rövid, a nagy has hájdús, a mellkas erősen elődomborodó, mély.

A mániás depressiós elmebajosok között találunk legnagyobb számban pyknikus typust.

Kretschmer arra is rámutat, hogy a felsorolt typusok között számos átmenet van és hogy elég gyakran találkozunk kevert alakokkal. A testalkat tehát nem olyan döntő jelentőségű tényező, hogy abból teljes határozottsággal következtetni lehetne a lelki tulajdonságokra, vagy esetleg elmebajra, mert a testalkat és lelki képességek különbözőképen combinálódhatnak egymással.

A constitutiós elváltozásokat azonban nem szemlélhetjük és nem fejthetjük meg egyszerűen morphologiai vizsgáló eljárásokkal. Mind gyakrabban győződünk meg azonban arról, hogy vannak olyan constitutiós eltéréseken nyugvó működési elváltozások, amiket morphologiai alapon nem tudunk megmagyarázni. Különösen hangsúlyozza ezt *Bergmann* functionalis pathologiájában, de már jóval előbb rámutatott az anatomiai vizsgálatok elégtelenségére *Rosenbach*. Utána *Kraus* emelte ki a functiós vizsgálatok nagy jelentőségét és utalt arra is, hogy a részek vizsgálata mellett nem szabad elhanyagolnunk a szervezetet, mint egészet, mert minden élettani működésnek befolyása van az egész szervezetre és annak minden működésére; az egyes szerveken bekövetkező elváltozások ugyanis ingerként hatnak a távolabb fekvő szervekre és így, — mint mondja — a functiók egymást szabályozzák. Az organismus kóros körülmények között is olyan összetett szerkezet, amelyet bizonyos állandóság, stabilitás jellemez s amelyben az egymást szabályozó működések egymásba kapcsolódnak.

Különösen jól demonstrálható ez a harmonikus együttműködés a belső elválasztású mirigyek közötti kapcsolatokon.

A működésbeli eltéréseken alapuló constitutiós elváltozásokat a klinikai betegmegfigyelés során ismerjük meg. Ezek közül csak néhány régen ismert betegségre akarok rámutatni, amelyek az újabb vizsgálatok szerint a constitutiós elváltozások közé tartoznak. 1848-ban írta le először szabatosan *Basedow* a róla elnevezett betegséget és jelölte meg annak három cardinalis tünetét: az exophthalmust, a strumát és a tachykardiát. Ennek a betegségnek a tünettana az első leírás óta eltelt hosszú idő alatt nagyon kibővült és a classikus formái mellett megismertük a betegség csökevés alakjait is, de nem a betegmegfigyelés vezetett rá a betegség lényegének megfejtésére, hanem a tüneteknek a megnagyobbodott pajzsmirigy részleges kiírtását követő javulása, másrészt az a sajátos betegség, amely a pajzsmirigy teljes kiírtása után fejlődik ki s amelyet cachexia strumiprivának nevezünk és amelynek tünetei éppen ellentétesek a Basedow-betegség symtomáival. E tapasztalat alapján vetette fel *Gautier* a betegség thyreogen származását, mely tant részleteiben azután *Möbius* dolgozta ki. Ezt a felfogást azóta a kisérletek egész sora megerősítette és megismertünk olyan eseteket is, amelyek nem a pajzsmirigy szerzett betegségén, hanem endogen eredetű, világrahozott, tehát bátran constitutionalis eredetre visszavezethető elváltozásain alapulnak.

Az Addison-kór tüneteit és a betegséggel járó bonctani elváltozásokat 1851 óta ismerjük, a kapcsolatot azonban a pigment-zavarok, a nagy gyengeség és a mellékvesék elváltozása között csak a legutolsó évtizedek kisérletes vzisgálatai alapján tudjuk megmagyarázni.

A növekedés zavaraival járó akromegalia és a hypophysis betegsége közti kapcsolatra legelőször *Marie* mutatott rá, azt azonban, hogy milyen módon befolyásolja a hypophysis a test növekedését, a belső secretiós hatások felismerése óta tudjuk.

E három, ma már jól ismert és legtöbb részletében tisztázott kórformát csak azért említettem meg, mert ezek a belső secretiós zavarokon alapuló elváltozások mai felfogásunk szerint a constitutiós anomaliák közé tartoznak.

Bauer ezeket a belső elválasztású mirigyek működésének egyéni, constitutiós beállításából eredő eltéréseket külön constitutiós typusoknak jelöli meg és megkülönböztet:

1. hypophyreosisos;
2. thyreotoxikosisos;
3. hyperparathyreosisos;
4. akromegaloid, vagy hyper-pituitarismusos constitutiót;
5. hypogenitalis;

6. hypopituarismuson alapuló és
7. hypergenitalis constitutiót.

Az egyes formákra jellemző bonctani elváltozásokat és a constitutiós zavaroknak jólismert tünettanát feleslegesnek tartom részletesen ismertetni. Mindezek olyan zavarai a constitutiónak, amelyekben a bonctani elváltozások a súlyos működési zavarok mellett egészen háttérbe szorulnak, mert a belső secretiós mirigyek közötti correlatio a constitutiós anomáliákban olyan tüneteket vált ki, amelyeket az egyes szerveken észlelhető bonctani elváltozásokkal nem tudunk megnyugtatóan megmagyarázni.

Vannak olyan costitutiós elváltozások is, amelyek nem járnak semmilyen — eddigi vizsgáló módszereinkkel — kimutatható anatomiai elváltozásokkal, ilyen pl. az orthostatikus albuminuria. *Martius*nak és tanítványainak iskolásgyermekeken végzett vizsgálatai szerint ez a jelenség nem nagyon ritka. Ma ennek az elváltozásnak még nem tudjuk elfogadható magyarázatát adni *Martius* abban a feltevésben, hogy ez a jelenség mégis valamilyen vesebaj következménye, éveken át figyelemmel kisérte az albuminuriás gyermekeket, vajjon nem lappang-e az albuminuria mögött mégis valamilyen elhúzódó vesebaj. Ezt azonban egy esetben sem tudta kimutatni.

Ugyanilyen nemleges a tapasztalat alimentaris glykosuriában is, vannak olyanok akikben a nagyobb cukoradag után jelentkező átmeneti glykosuria néhány óra alatt tünik el és mások, akik ilyen cukorterhelés után heteken át cukrot ürítenek. Mindenki tudja, hogy a cukorbetegség is gyakran rejtve marad, esetleg valami véletlen útján tudja meg az ember, hogy diabetesos; azt is tudjuk, hogy nem minden diabetes pankreatogen; sokszor a leggondosabb kutatással sem lehet a cukorbetegség anatomiai okát kimutatni. Az ilyen betegségek a szervezet chemiai constitutiójának elváltozásain alapulnak.

Még csak a vércsoportvizsgálatokra mutatok rá; teljesen azonos morphologiai charakterek mellett milyen nagyok a különbségek a vérplasma chemiai összetételében!

Bizonyos constitutiós typusok felismerésére felhasználhatjuk a pharmakodynamikus hatás vizsgálatát is. *Eppinger* és *Hess* a szervezetek különböző viselkedését az atropinnak pylocarpinnal és adrenalinnal szemben éppen ezen az úton ismerték fel és állították egymással szembe a vagotoniás a sympathikotoniás alkatot, amiket ma *Bauer*rel, *Martius*sal önálló constitutiós typusoknak modhatunk.

Messze vezetne az, ha a többi functiós elváltozások fejtegetésébe bocsátkoznám, azt azonban ki kell emelnem, hogy természettudományi alapon fel kell venni, hogy ezeknek a változásoknak is materialis alapjuk van, mint ahogy ezt *Virchow* már 1849-ben kifejtette: „az alapvető tévedés (abban, hogy a betegség localisatióját nem ismerjük) azon nyugszik, hogy az anatomiai kifejezést összecserélik a materialissal. Mi nem vagyunk képesek az életjelenségeket, bármennyire functionalisak legyenek azok, materialis elváltozás nélkül elgondolni. De vajjon feltélenül anatomiai eláltozásnak kell annak lennie? Nem lehet ez például chemiai természetű?" Ezeket a folyamatokat tehát *Virchow*, az anatomiai gondolat legkiválóbb representánsa sem tekintette olyanoknak, amelyekben valamilyen morphologiai elváltozás a megváltozott működés kiváltója.

Még jobban kifejezésre jut *Virchow* felfogása az anatomiailag ki nem mutatható változásokról würzburgi kórtani előadásaiban, amelyekben a következőket mondja: „Könnyen belátható, hogy valamely elváltozás lehet anatomiailag helyhez kötött, anélkül, hogy a változást bonctanilag ki is tudnók mutatni. Ha valamely méreg hatol a szervezetbe, kétségtelen, hogy az a sejtek állományába behatol, hogy egyes részek bizonyos idő múlva méregtartalmúak; de senki sem gondolja, hogy ezeket a méregrészecskéket —, amelyek annyira parányiak — bonctanilag felismerhessük akár vegyi, akár górcsövi úton. Tisztában kell azzal lennünk, hogy a betegség lényegének megismerésére különböző módok állanak rendelkezésünkre és hogy nem minden betegségnek az anatomiai elváltozás a lényege."

Arra pedig, hogy még sok olyan anatomiai, illetőleg szövettani változás van, amelyeket még nem ismerünk, a legjobb bizonyíték az agyvelő cytoarchitektoniájának vizsgálata, amellyel sikerült pl. a zenei és mathematikai tehetség anatomiai substratumát kimutatni. 1914-ben *Martius* is azt mondja; hogy bár „az agyvelő — minden emberben — ugyanazon séma szerint van felépítve, ezen általános alaptypus mellett a finomabb szerkezetben mégis különbségeket kell feltételeznünk, amelyeknek functionalis értéke, ha nem is a nulla és a végtelen között, de mégis óriási távolságokon belül váltakozhatik". És éppen ebben jut kifejezésre az egyéni constitutio.

Legjobban bizonyítható a daktyloskopiával, hogy finom anatomiai szerkezetekben milyen óriási variálása fordul elő, — amelyet ma világszerte használunk a bűnözők felismerésére, — az ujjakon lévő fodorszálak rajzának nagy változatossága egyik legjobb példája az egyéni sajátságok variálódásának.

A constitutiós elváltozások között, — mint fentebb néhány példával igazolni igyekeztem, — kétségtelenül vannak olyanok, amelyeknek bizonyos közös jellemző vonásaik vannak s amely alapon ezek beosztása akár anatomiai sajátságok szempontjából, akár functionalis szempontból megkisérelhető; a constitutiós eltérések nagy változatossága mellett azonban valamilyen egységes elven alapuló és könnyen áttekinthető beosztás ma még el sem képzelhető.

Sokat vitatott kérdés, hogy a constitutiós elváltozásokat betegségeknek tartsuk-e vagyis, hogy vannak-e constitutiós betegségek?

Mint már fentebb említettem a constitutiós elváltozások egy jelentős rész egyáltalában nem zavarja a szervezet működéseit, az ilyen elváltozásokat egyszerűen változatoknak, rendellenességeknek, abnormitásoknak mondjuk, de nem fogjuk a betegségek közé sorolni. *Martius* véleménye szerint a constitutiós betegségek fogalmát egészen ki kell küszöbölnünk a nosologiából, ehelyett azt kell megállapítanunk, hogy valamely betegség bekövetkezésében mennyi szerepe van a constitutiónak. Ezt a felfogást osztja *Bauer* is. *Rössle* is azon az álláspontón van, hogy constitutiós betegségekről csak olyan értelemben szólhatunk, hogy bizonyos betegségekben mennyiben szerepel a constitutio, mint hajlamosító és mint módosító tényező. Azok is, akik mint *Tendeloo*, constitutiós betegségekről beszélnek, csak abban az értelemben használják ezt a kifejezést, hogy bizonyos constitutiós sajátságok egyes betegségek kifejlődésére hajlamosítanak.

Valóságos constitutiós betegségek felvétele tehát mai felfogásunk szerint nem jogosult.

Ha most már arra a kérdésre térünk át, hogy mi módon fejlődhetnek ki a constitutio e változatos formái, mindenekelőtt azzal kell tisztában lennünk, hogy mit nevezünk constitutiónak. Fentebb említettem, hogy a constitutio azoknak a bonctani, élettani és lelki saját-

ságoknak összessége, amelyek az egyes individuumokat jellemzik, ezeket másoktól megkülönböztetik; arról is volt már szó, hogy a constitutio veleszületett és öröklődő sajátság, amiből önként következik, hogy a constitutio fogalmát csak örökléstani alapon határozhatjuk meg. Ezért röviden foglalkozni kell néhány idevágó örökléstani kérdéssel is.

Az ember külső megjelenési formája, amit *Johannsen* óta phaenotypusnak mondunk, két tényezőtől függ: ú. m. az öröklött, endogen sajátságoktól, *Johannsen* nomenklaturája szerint a gonotypustól és az élet folyamán a szervezetre ható módosító tényezők befolyására kifejlődő elváltozásoktól. Minthogy a constitutio a veleszületett, tehát endogen sajátságok összessége, fogalma majdnem megegyezik azzal, amit *Johannsen* óta genotypusnak mondunk.

Ehhez az örökléstani meghatározáshoz igazodik *Bauer* óta, akinek nézete szerint a constitutio a megtermékenyítés pillanatában meghatározott sajátságok összessége, amely a csíraplasma útján vitetik át a szülőkről a leszármazottakra.

Hoffmann is elfogadja *Bauer* felfogását és a constitutiót a csíraplasmában öröklött sajátságnak mondja, éppen úgy, mint *Tandler*, aki a szervezeten az élet folyamán külső befolyásokra bekövetkező elváltozásokat conditióknak nevezi és a constitutiós sajátságoktól élesen megkülönbözteti.

Ezzel szemben *Martius* a szervezet phaenotypusát, tehát a mindenkori külső megjelenési formáját azonosítja a constitutio fogalmával és csak annyiban tesz különbséget a veleszületett és szerzett sajátságok között, hogy endogen és exogen, illetőleg veleszületett és szerzett constitutionalismusról (syphilismusról, jodismusról, bromismusról, alkoholismusról) szól.

Tendeloo elismeri *Tandler* beosztásának helyességét, de ő sem von éles határt a szervezet veleszületett és szerzett costitutiós sajátságai között. Felveti azt a kérdést is, hogy miről ismerhető fel a szervezet constitutiója, vajjon a habitusról, vagy a szervezet reactioképességéről, vagy a reactió módjáról? S miután utal arra, hogy egy- és ugyanazon szervezet reactióképessége különböző belső a szervezetben rejlő és külső tényezőktől függ, arra a megállapíátsra jut, hogy a constitutio meghatározásában mindezt figyelembe kell venni, vagyis a constitutiót nem csupán az endogen sajátságok és a külöső befolyásra bekövetkező modificatiók határozzák meg, hanem ezeknek az endogen és exogen tényezőknek egymáshoz való viszonya, constellatiója. *Tendeloo* szerint a constitutio nem állandó valami, hanem a szervezet változásaival változó sajátság.

Naegeli is rámutat arra, hogy sokan csak az öröklött alkati sajátságokat sorolják a costitutio fogalma alá, azon a véleményen vannak, hogy a constitutiót az endogen sajátságok determinálják. És bár helyesli, hogy *Tandler* a szervezeten külső befolyásra bekövetkező módosulásokat, modificatiókat conditio néven elkülöníti az öröklött sajátságoktól, mégsem tartja az elkülönítést feltétlenül szükségesnek.

A constellatiós és conditionalis sajátságok elválasztásának nehézségeire *Bauer* is rámutat és részletesen foglalkozik azzal a kérdéssel, hogy minek lehet az elkülönítésben döntő jelentősége. Végeredményben arra a következtetésre jut, hogy az endogon öröklődő sajátságok a leszármazottakon megismétlődnek, állandóak, azonos constitutio mellett mindig felismerhetők, míg a conditiós eltérések, a modificatiók nagyon változók.

Nézetem szerint bármilyen nehéz is a constitutiós és conditiós sajátságok praktikus elkülönítése, a constitutio fogalmának theoretikus meghatározásában ragaszkodnunk kell ahhoz, hogy constitutio néven csakis az öröklött sajátságokat foglaljuk össze. Ezen elgondolás szerint a constitutio keletkezésének magyarázatában az első kérdés, hogy miképen gondoljuk el bizonyos sajátságok átöröklődését, helyesebben az öröklés folyamatát általában. Mai ismereteink szerint az öröklést a chromosomák közvetítik. Az örökléstanban bizonyos öröklődő sajátságok megjelölésére a „gen" szót használjuk. Hogy valamely szervezetnek milyen a constitutiója, az ezek szerint elsősorban attól függ, hogy az elődöktől milyen geneket örökölt. Minthogy az öröklést a chromosomák közvetítik, az átöröklődő sajátságoknak, vagyis geneknek, a chromosomákhoz kell kötve lenniök. Hogy mennyi gent örökölhet valamely szervezet, az elsősorban a chromosomák számától és a chromosomákhoz kötött genektől függ. Az emberi sejtekben lévő chromosomák száma vita tárgya, az azonban bizonyos, hogy az emberi sejtek chromosoma-száma meglehetősen nagy s ha tudjuk még azt, hogy egy-egy chromosomához több gen kapcsolódik s hogy a genek a legváltozatosabb combinatiókban öröklődnek át, könnyen megérthetjük az emberek alkati különbségeit. Ez a változatosság az oka annak is, hogy jóformán nem is fordul elő két, minden tekintetben egyforma ember. Csak az egypetéjű ikrekről tehetjük fel, hogy azok azonos geneket örökölnek, így szervezetük anatomiai alkatában, szerveik működésében és lelki sajátságaikban is megegyeznek, mint ezt az ikrekre vonatkozó vizsgálatok is megerősítik.

Figyelembe kell vennünk természetesen azt is, hogy a szervezet felmenő őseinek nagy sokaságától a legkülönbözőbb sajátságaikat örökölheti, továbbá azt is, hogy nem minden sajátság öröklődik kimutatható formában a szülőkről a leszármazottakra és hogy sok sajátság rejtve lehet valamely szervezetben és csak a későbbi leszármazottakban bontakozik ki. (Az örökléstanban ezeket a sajátságokat recessiv geneknek nevezzük). —

A constitutiós elváltozások vizsgálata közben azonban arra is rá kell mutatnom, hogy egyes egyedeken egészen új sajátságok jelentkezhetnek, amelyek mutatkozását az öröklés ismert szabályaival nem tudjuk megmagyarázni. Áttérve ezen új sajátságok keletkezésének magyarázatára, megemlítem, hogy évek előtt magam a különböző constitutiók keletkezését, illetőleg új sajátságok megjelenését, az analogia alapján úgy magyaráztam, hogy a constitutiós változások a növény- és állatvilágban annyira elterjedt variálásokhoz hasonlítanak, talán annak is felelnek meg. Ha egy-egy jegy alapján a botanikában és zoologiában a növények, illetve állatok új varietását írjuk le, ugyanilyen alapon a homo sapiens variálásának mondhatjuk az emberen jelentkező, a normalistól eltérő sajátságokat: a hat-ujjuságot, vagy a nyúlajkat S ha alaktani sajátságok alapján egyes varietásokat különíthetünk el, miért ne terjeszthetnők ki ezt a felfogásunkat a normalistól eltérő, endoken alapon fejlődő működési elváltozásokra is. Pl. a cukorbajra, a köszvényre, vagy más anyagcserezavarokra. A cukorbajos, a köszvényes, az elhízásra hajlamos ember anyagcseréje merőben más, mint az egészséges emberé; az ilyen emberek tehát egészen új embertyusoknak tekinthetők. E bajok megértésében nem elegendő csak a cukor, a sók, a zsír anyagforgalmát vizsgálni, mert az ilyen szervezeteken a szervezet egész anyagcseréje megváltozott s ezért e szervezetek egész élettanát külön tanulmány tárgyává kell tennük. Hogy kórtani tekintetben az ilyen szervezetek mennyire másképen viselkednek, mint az átlag ember szervezete, azt

eléggé igazolja az ilyen szervezetek megváltozott reactiója, sajátos viselkedése, pl. a cukorbajos túlérzékenysége a genyesztő fertőzésekkel szemben.

Ezt a variálási magyarázatot azonban az újabb, részben származástani, részben örökléstani ismereteink hatása alatt el kellett ejtenem. Az örökléstanban és a törzsfejlődéstanban variatióknak ugyanis csak azokat a változásokat nevezzük, amelyek a megváltozott milieu hatására jelennek meg. *Naegeli* részletesen foglalkozik ezzel a kérdéssel is és a változott környezet hatására bekövetkező változásokat növényeken demonstrálja, amelyek mesterséges tenyészeteiben mondhatni tetszés szerint változtathatjuk a külső feltételeket, amelyek a növény fejlődésére hatással vannak. A külső viszonyok megváltoztatásával pl. nagyon magas, vagy nagyon alacsony hőmérsék hatására létrehozott változatok azonban reversibilisek, vagyis a külső viszonyok megváltoztatásával újra eltünnek és nem öröklődnek. Arra is felhívja a figyelmet *Naegeli*, hogy még ezekben a külső befolyásra keletkező változatokban is valamilyen szabályszerűség áll fenn, ami arra utal, hogy ezek is csak bizonyos veleszületett sajátságok korlátain belül lehetségesek, tehát még ezekre is befolyással vannak a veleszületett, endogen (genotypusos) sajátságok, ami arra utal, hogy e variálások is közeli kapcsolatban vannak a constitutióval, de az új constitutiós sajátságoktól megkülönböztetendők.

Naegeli felfogása szerint az öröklődő sajátságok megjelenése csakis a mutatióval fejthető meg. *De Vries* mutatiós elmélete szerint a fajok nem lassú evolutio útján keletkeznek, hanem hirtelen, ugrásszerű, átmenet nélküli eltérések fellépésével. Mutatiónak azt nevezzük, amikor valamely növény, vagy állat leszármazottain hirtelen egészen új sajátságok jelennek meg, minek következtében a növények és állatok között a megszokott typustól egy vagy több sajátságban nagyon különböző egyedek keletkeznek. Ezek az új sajátságok az utodokon állandósulnak és öröklődnek és ily módon új fajták keletkezhetnek. Ez a mutatiós átalakulás a külső körülményektől egészen függetlenül következik be.

A mutatio termelte új változatokat a növény- és állatvilágban *Naegeli* szerint legfőképen a következők jellemzik:

1. az újfajta egyedek állandósága;
2. az újfajta hirtelen, ugrásszerű megjelenése és átmeneti alakok hiánya;
3. bizonyos fajokon belül a mutatio termelte változatok nagy száma;
4. a mutatio termelte fajok és a keresztezés útján keletkezett bastardok különbözősége;
5. a mutatio bekövetkezése a legkülönbözőbb külső körülmények közt, ami a mutatiónak a környezet (milieu) hatásától teljes függetlenségét bizonyítja;
6. végül egészen új sajátságoknak — charakteresknek jelentkezése.

Nagyon érdekesek *Naegelinek* arra vonatkozó fejtegetései, hogy miképen lehet a mutatio termelte új formákat a variálástól, a külső behatásokra bekövetkező modificatiókról, a hybridisatio útján keletkezett hybridektől megkülönböztetni.

E rövid előadás keretén belül azonban minderre nem térhetek ki, csak arra kívánok rámutatni, hogy milyen világosan látta meg *Naegeli* a növények mutatiójának tanulmányozása alapján a mutatio jelentőségét az emberen észlelhető constitutiós változások keletkezésében.

A zoologiai vizsgálatok, különösen pedig *Morgan*nak és iskolájának a Drosophyla melanogaster nevű légy (muslica) mutatiójára vonatkozó megfigyeléseiből azt is tudjuk, hogy a mutatio a genek megváltozásának következménye s a zoologiában és botanikában egyes esetekben már arra is sikerült rámutatni, hogy mely genek változása okozza bizonyos sajátságok hirtelen változását, vagyis a mutatiót. Mint említettem a genek a csíraplasmának azon részei, melyek az öröklődő sajátságokat a szülőkről a leszármazotakra átviszik s minthogy a csíraplasmának e részei a chromosomák, természetes, hogy a mutatio bekövetkezése a chromosomák bizonyos változásának eredményei. A constitutio megváltozása, új constitutiós typusok megjelenése, ezek szerint a chromosomák megváltozásának következménye. Az ember chromosomáin azonban ezeket a változásokat ma még nem ismerjük.

Hogy az emberi szervezetben jelentkező, endogen constitutionalis elváltozások is mutatio következményei, azt *Naegeli* azzal bizonyítja, hogy a constitutio változások bekövetkezésében ugyanazok a törvényszerűségek állapíthatók meg, mint az állati és növényi szervezeteken a mutatio következtében beálló változások jelentkezésében, mert:

1. ezek a változások is egészen hirtelenül jelentkeztek, (minthogy pedig az ember szervezetének felépítése nagyon bonyolódott, természetes, hogy egyetlen gen megváltozása az egész szervezeten mélyreható elváltozásokat vonhat maga után);
2. Örökölhetők, mint ezt a tennai haemophiliás család családfája igazolja, amelyben a haemophylia 1669 óta, tehát három évszázadja öröklődik;
3. Az öröklődés lehet dominans jellegű, amidőn minden nemzedéken kimutatható a jellemző öröklött sajátság, vagy recessiv, amdiőn az elváltozás egyes generatiókon nem mutatkozik, hogy a második generatióban újra megjelenjék. Lehet ez a recessiv öröklés nemhez kötött, mint a haemophiliában, amelyet a család nőtagjai visznek át anélkül, hogy ők maguk haemophyliásak lennének.
4. Az embereken észlelhető mutatio okozta constitutiós elváltozások körülírt földrajzi elterjedése teljesen egyezik az állatokon és növényeken mutatio útján keletkezett új egyedek földrajzi elterjedésének szabályaival.
5. Ezeket a változásokat semmiféle külső behatásra sem lehet előidézni. Ebből következik, hogy:
6. a mutatio csak belső okokból következhet be.

Ha végigolvassuk *Naegeli* munkáját, meggyőződhetünk, hogy az orvostudományban felmerülő problémák megfejtésében az általános biologiai törvények ismeretét nem nélkülözhetjük és teljesen igazat kell adnunk *Naegeli*nek, amikor hangsúlyozza, hogy e törvények ismerete nélkül ilyen kérdések magyarázatára nem is lehet vállalkozni.

Hogy a mutatio milyen morphologiai és physiologiai változásokat hozhat létre, azt legjobban *Morgan*nak és iskolájának a Drosophyla melanogaster mutatiójára vonatkozó munkái igazolják, amelyekből önként következik, hogy a bonyolódott emberi szervezeten is olyan nagy eltéréseket, abnormitásokat hozhat létre a mutatio, hogy ezeket bizonyos értelemben betegségeknek is tekinthetjük. Ezek azok a betegségek, amelyeket közönséges endogen betegségeknek nevezünk, (amelyekkel hazánkban legbehatóbban *Jendrassik Ernő* foglalkozott.)

Hogy az emberi szervezetben mennyi mutatió okozta eltérés, abnormitás, betegség fordul elő, azt szépen szemléltetik *Naegeli*nek és *Bauer*nek errevonatkozó felsorolásai.

A constitutio meghatározásában arra a megállapításra jutottunk, hogy a constitutio az egyén szervezetét

jellemző, veleszületett, öröklődő sajátság, ami annyit jelent, hogy a constitutio már a csíraplasmában adva van, a constitutiós sajátságok ebből a kezdeményből fejlődnek ki az egyéni fejlődés folyamán. Ezek szerint a constitutio teljes kialakulása is csak az egyéni fejlődés végén fejeződik be.

A megszületés csak egy epizód a fejlődésben. Az újszülött az anyaméhen belüli élő magzattól eltérően élettani működéseiben az anyai szervezettől sok tekintetben független, bizonyos fokú önálló életre képes, de már az újszülött és csecsemőkorban is bizonyos, az egyes szervezeteket jellemző különbségek ismerhetők fel a szervezet anatomiai alkatában, élettani működéseiben és a reactió módjában. Ami annyit jelent, hogy már ebben a zsenge korban is vannak az egyes egyedek között constitutiós különbségek. Ezek közül az alkati sajátságok közül csak az exsudativ diathesist és bizonyos táplálóanyagokkal szembeni túlérzékenységet említem meg.

Nem kell részletesebben kitérnem arra, hogy az újszülött és a csecsemő szervezete bonctani szerkezetében és élettani működéseiben mennyire különbözik a felnőtt embertől. Már a szervek nagyságában és különösen ezeknek arányában óriási különbségek vannak a gyermeki és a felnőtt szervezet között. Ugyanilyen nagy az eltérés a kifejlett szervezet és a fejlődő gyermek szerveinek szöveti szerkezetében is, amiből önként következik a nagy különbség a szervezet élettani működéseiben is. A gyermeki szervezetben egészen más működéseknek van domináló jellegük, mint a felnőtt emberben. Nem csodálkozhatunk tehát, ha külön kell foglalkoznunk a csecsemő és a gyermek constitutiós sajátságaival, ha a csecsemő, illetőleg a gyermek reactióit meg akarjuk érteni. Amint külön kellett felépíteni a csecsemő- és gyermekkor élet- és kórtanát, külön kell foglalkoznunk ezen korok constitutiós sajátságaival is.

A gyermek szerzete — eltekintve a további fejlődés közben szerzett új sajátságoktól —, merőben más, mint a csecsemő organismusa. Az egyes szervek fokozatos kifejlődésével, különösen a pubertas korában bekövetkező átalakulásokkal megint új élettani és kórtani problemák merülnek fel, amelyeket a gyermeki szervezet constitutiós sajátságainak megismerésére és megértésére mind figyelembe kell venni.

A szervezetnek ezt, a szervek működése közben, belső hatásokra bekövetkező, külső behatásoktól teljesen független, tehát élettani átalakulása a teljes kifejlődéssel sem fejeződött be, hanem feltartóztathatatlanul tovább tart az öreg- és aggkoron át az élet végéig. Ez az oka, hogy minden életkornak megvannak a maga physiologiai és pathologiai jellemzői, amelyek az élettani működéseket valamint a beteges reactiókat meghatározzák.

Távol vagyunk még attól, hogy az egyes életkoroknak élet- és kórtanát uralnánk, nagyon is kezdetlegesek ismereteink a különböző constitutióknak a szervezet reactióit módosító hatását illetően. A jövő feladata, hogy a különböző constitutiójú emberek kifejlődése közben bekövetkező élettani változásokat minden vonatkozásban pontosan tisztázza.

Ismeretes, hogy az emberi szervezet összes működéseit bizonyos periodicitás jellemzi. Ez jut kifejezésre egyes élettani jelenségeknek napközi ingadozásában. Minthogy az élettan szempontjából teljesen egészséges szervezet reactióiban is különbség van a napszakok szerint, természetes, hogy ez a különböző constitutiójú egyénekben is módosítani fogja a reactiókat.

De nemcsak ilyen belső tényezők vannak befolyással a szervezet működéseire és reactióira, hanem mindazok a külső befolyások is, amelyeknek a szervezet az élet folyamán ki van téve. Helyesen állapítja meg *Roux:* „annak, hogy ugyanazon egyén különböző időpontokban különbözőképen reagál, az a magyarázata, hogy az időközben bekövetkezett különböző, vagy nem, vagy vagy csak részben kiegyenlített külső behatásokra: mint izgalom, élvezet, különböző táplálék, vagy belső folyamatok hatása alatt pl. éhség, alvás, megerőltetés, bár külső megjelenésében nincs változás, már nem egészen ugyanaz az egyén, mint aki még kevéssel azelőtt is volt. Még a biró sem tekinti ilyenkor a törvény értelmében normalis embernek a tettest, amennyiben az ilyen belső változásokat enyhítő körülmény gyanánt mérlegeli".

Messze vezetne, ha a külső befolyásokra bekövetkező conditionalis elváltozásokra, az évszakokkal, a klimatikus viszonyokkal kapcsolatos, ma már jól ismert módosításokra csak futólag is kitérnék, nem hagyhatom azonban említés nélkül azokat a változásokat, amelyek a fertőző betegségek után a szervezeten bekövetkeznek, amelyeket a természetes mentesség névvel jelöli meg az immunitástan, hiszen ezek után a betgségek után a szervezet egész belső milieuje megváltozik. Ha a különböző constitutiójú emberek anyagforgalmában olyan mélyreható elváltozások következhetnek be, természetesnek kell tartanunk ,hogy az immunitási viszonyokban is nagy különbségek lehetnek a különböző constitutiójú emeberek között, mint azt pl. a cukorbajosokról már régen tudjuk.

Ha e futólagos áttekintés során a nagy egyéni különbségeket látjuk, önkéntelenül következik, hogy az orvos szerepe betegeinek gyógyításában sohasem lehet sematizáló tömegmunka, mert minden beavatkozásunkat a beteg egyéni constitutiója szabja meg. Az orvosnak, aki segíteni, gyógyítani akar nemcsak a betegséget kell felismernie, hanem a beteg szervezetének sajátosságaival is tisztában kell lennie ezért kell a hivatása magaslatán álló orvosnak az orvosi tömegmunka ellen küzdenie és az egyéni kezelésre, az orvosi munkától az orvosi művészethez visszatérnie.

A magasan ülő végbélrákokról.

Irta: *Ádám Lajos dr.*, egyet. ny. r. tanár.

A sebészetnek sok megoldatlan kérdése van s ezek közé tartoznak a végbélrákok is. A medencefenék peritoneuma alatt lévő végbélrák kórismézésének és eltávolításának módja nem kétséges, a hasüregben a medence colon felső részén, vagy a symga alsó részén lévő rák eltávolítása technikai szempontból szintén elintézett dolog, de azok a rákok, melyek közvetlen a peritoneum alatt kezdődnek s benyúlnak a hasüregbe, vagy közvetlen a medence fenekén ülnek, de a hasfal elé nem emelhetők, minden sebésznek sok fejtörést okoznak. A végbél, mai felfogásunk szerint, a III. sacralis csigolya magasságában kezdődik, a feletti rész a colon pelvinum, melyre jellemző, hogy már van mesenteriuma, míg a végbélnek nincsen, a keresztcsont elülső felszinének kötőszövetével áll összeköttetésben, hashártya kettőzete nincs, nincs tehát mesenteriuma sem. A végbél hossza 12—15 cm., a felső ⅔ rész a pars epelvina (ampullaris), az alsó ⅓ a pars perinealis (analis). A felső rész belsejében több jólfejlett nyálkahártyaredőt látni a végbél és a colon pelvimun között, mely, *Konjetzny* szerint, ha a nagy colon sygmoideum bizonyos megtöretést szenved, a Hirschprung-féle betegség okozója lehet.

Az anus felett, vagy 6—7 cm-re, főleg jobbfelé a végbél kb. ¾ részét elfoglaló redő a Kohlrausch-féle redő, ettől vagy 2.5 cm-re feljebb, de főleg baloldalt egy másik, néha több, jól kifejlődött redő is van. Ezek úgy keletkeznek, hogy a körkörös izomzat jobban fejlődött, mint a colonban.

Az alsó rész nyálkahártyája világosabb s lassanként átmegy a bőr hámjába, haránt redők helyett 8—10 hosszanti rendő columnae rectales Morgagni láthatók, melyek felfelé elsimulnak, lefelé félholdalakú nyálkahártyaráncok által (plica-semilunaris) egymással összeköttetésben állanak. 2 columna és egy plica kis vaktasakot (sinus rectalis) zárnak körül. A columnákat a hosszan elhelyezett sima izomsejtek okozzák.

A belső zárizom a bél körkörös izomzatának erősebb, megvastagodottabb része, a bél idege látja el. A külső záróizom s egy felületesebb és egy mélyebb köralakú kötegből áll, s a plexus pudensusból kapja idegét.

A végbél zárása és nyitása élettanilag igen bonyolult reflex-működés, mihez a nyálkahártya érzékenységének érintetlen volta és a belső és külső záróizom együttműködése is kell.

Ami a végbél *élettani* működését illeti, az ampullaris rész, bélsár, hólyag, a gáti rész csak kivezető csatorna —, ha kellő mennyiségű bélsár gyűlt meg, ellazulnak a sphincterek és a bél peristaltikus mozgásai és a hasprés kiszorítja a bélsárt, miközben a hosszanti izomzat összehúzódása által a végbél megrövidül. A bélsár kiürülésében szereplő izomzatra az akaratnak nincs befolyása, a haspréssel azonban segíthetjük, a sphincter összehúzásával pedig gátolhatjuk.

A sphincter ext. hüdése lehet központi, a sacralis gerincvelő haránt sérülése folytán a peripheriás idegek sérülése, vagy közvetlen az izomzat sérülése által (a záróizomzat egyszeri túltágítása is már végleges hüdést idézhet elő).

A végbélből az anyagok felszívódása igen csekély, leginkább víz, ill. phys. konyhasó-oldat szívódik fel.

Éveken át a magasan ülő végbéldaganatokat is bizonyos kitaposott utakon operáltuk. Az eredmények műtők és vidékek szerint változtak, abban azonban mindenki megegyezett, hogy az esetek nagy százalékában a beteg későn került az orvoshoz, ha azonban idejében érkezett is, ujjal csak az alsó rész elváltozásait mutathattuk ki és a hasfalon keresztül pedig a sygma alsó részében ülő szűkületet okozó elváltozást; ami azonban közben fekszik, az csak a rectoromanoscop s röntgen segítségével lesz láthatóvá és kórismézhető. Az elsők között volt *Dollinger*, ki a szűkületek helyének, kiterjedésének meghatározására a röntgent felhasználta. Mindamellett még ma is, e két kitünő vizsgáló eljárás ellenére a magasan ülő végbélrák szomorú fejezete orvosi ténykedésünknek. Ma nem a kórismézés okoz nehézséget, hanem, hogy nem vizsgáljuk meg a beteget. Végbélbántalmak kórisméjét 80%-ban fel lehet állítani, csak ujjal meg kell vizsgálni a beteget. (*Hochhalt* ezt a vizsgálatot minden osztályára felvett betegen elvégeztette). Ha a betegnek nyákos, véres széke van, a keresztájon tompa fájdalma, szorulása, váltakozva hasmenéssel s ujjal végbelében semmi sem tapintható, akkor okvetlenül rectoromanoscoppal vagy röntgennel kell vizsgálni. A végbélrák rendszerint nagyon lassan fejlődik, tehát igen sokáig helyi folyamat.

Találhatunk a végbélben egyéb daganatokat is, így myomákat, amelyek a bél izomzatából kiindulva benyomhatják a bélfalat és szűkíthetik, polypus alakban is jelentkezhetnek; a hasüreg felé is nőhetnek, vagy a keresztcsont excavatióját tölthetik ki. — Cavernomát, lymphangiomát és dermoidot is észleltek és írtak le.

Hogy kocsányos képletek is vannak a végbélben, azt régóta tudjuk, de nagy jelentőségükre csak *Westhues* vizsgálatai derítettek fényt. Epithelképződmények *a)* magányos, kocsányos polyp; *b)* tumor polyposus és *c)* polyposis recti.

A magányos kocsonyás polyp rendesen jóindulatú, ha sok ér van benne, akkor puha, szakadékony lehet, sokszor a kocsány kihúzódhat és magától leválhat. Górcső alatt adenomyoma(cystadoma, vagy fibroadenoma képét adja, főleg ampullában foglalnak helyet.

A tumor villosus széles alapon ülő, rövid kocsányú, a nyálkahártyán felülemelkedő „karfiolszerű" papillosus daganat; nagyon hasonlít a cystadenoma mammae papilliferumhoz s a rákhoz nagyon közelálló, igen dús mirigyburjánzást látni a felületen, melyek gyakran a mélybe terjednek és a kocsányt is áttörik. Rendszerint idősebb egyéneken fordul elő, gyakran vérzékenyek és sok nyálkát választanak el. *Goebel* szerint bizonyos öröklékenység is kimutatható. Kiirtás után mirigyeltávolítás nélkül sem újulnak ki, ebben van jóindulatúságuk.

A polyposis intestini esetében is öröklési mozzanatok játszanak szerepet. Előfordul a rectumban, de afellett is, a colon különböző helyén, a gyomorban és a duodenumban. Polypok a vékonybélben is előfordulnak, (egy esetet közöltem*), háromszor kellett operálni, mindig intussusceptio miatt). A polyposis valószínűleg alkati baj, s így ellene tehetetlenek vagyunk, természetesen, ha valahol rákosan elfajult, pl. a végbélben, operálni kényszerülünk, nehogy a rák tovaterjedjen.

A rosszindulatú daganatok az analis tájon kemény mogyorónyi csomóként, vagy karfiolszerű papillosus alakban, esetleg sáncszerűen kiemelkedő fekélyként jelentkeznek, a végbélnyílást körülveszik, azt merev, bűzös csatornává alakítják át. — A végbélszűkületek sokáig úgy szerepeltek, mint kankós eredetűek, ma tudjuk, hogy gümős és lueses szűkület is van. Mind a hármat későbbi szakban nagyon befolyásolja a kevert fertőzés. Valamennyi közös vonása, hogy a szűkület egyazon klinikai tüneteket okozza. A folyamat mindig proctitis ulcerosa; végeredmény a szűkület. A lueses szűkület rendesen nem terjed az analis részre, felfelé azonban magam észleltem, hogy az egész sygma résztvett benne. Leírtak olyan eseteket, hogy még a colon transv. közepe is szűkült volt. Ha meg fekély is látható, ez simaszélű, kerek. A gümős szűkületek is az anus-nyilástól 4—5 cm-re kezdődnek, gyakori szövődménye a többszöri fistulaképződés. A fekélyek kirágódtak, alávájtak számos haránt alávájt gerendával. Észleltek sérüléses, műtéti, vegyi, stb. szűkületet is.

A végbélrák növekedése és terjedése. A végbélrák tovaterjedésének sok homályos pontja van, ezért egyes sebészek azt követelték, hogy fel és lefelé 15 cm hosszú ép darabot is távolítsunk el, némelyek meg az ingu. mirigyeket is eltávolítandónak ítélik, annál is inkább, mert egyes statistikák szerint a cc. rectinek kb. 50%-os kiujulása van, sokan ezért a sphinctert is okvetlen eltávolítandónak tartják.

Ami a nyirokutakat illeti, a nyálkahártyában vakon végződő nyirokcsatornácskák, mirigycsatornák között fekszenek, a mirigyek alján nyirokhálóvá egyesülnek és összeköttetésbe kerülnek a submucosában lévő fő-nyirokhálózattal, innen a közbeiktatott nyirokmirigyek révén különböző nyirokutakkal kerülnek összeköttetésbe. A rectumnál meg lehet különböztetni pars analis rectit, pars perinealist és pars ampullarist. A p. analis

*) Rezidivierende Dünndarminvagination Zbl. f. Chir. 1928. 5.; Ergebnisse d. Chirurgie 1927. 541.

hálózat egy része a pars perinealison át a pars ampullaris hálózatába olvad, főrésze a comb bőralatti zsírzsövetén át a felső inguinalis nyirokmirigyekbe, s kisebb része a comb külső felszinén az alsó ingu. nyirokmirigyekbe. A pars perinealis nyirokútjai (a bélnek a levator belső és külső sphincter közötti részéből) összeköttetésben állnak a pars analis és pars ampullaris résszel is, de a levator tapadása alatt áttörik a bélfalat ás az art. hem. inf. mentén a fossa ischiorectalison az art. pudenta int. mentén a gl. hypogastricákhoz ömlenek. A pars. ampullaris recti nyirokútjai nyolcfelé ágaznak a bélfal áttörése után a fal és a fascia propria recti között az art. haem. sup. mentén a gl. mesosygmoidhoz, majd az art. mes. inf. mentén a gl. praeaorticaehoz, másrészt a gl. hypogastr. az első részből az art. sacr. media laza szöveten át az aortához, az oldalsó résztől a gl. hypogastr.-hoz egyrésze az art. vesica inf., egyrésze a prostata tokhoz, nőkben a hüvely és a rectum között az excavatio recto-uterina és az obturatorius mirigyekhez. A sygmarész nyirokútjai egyszerűen egyenest a mesosygmaban lévő nyirokmirigyekbe, melyek az art. haemorrh. sup. mentén az aorta mirigyekhez mennek. Ebből arra kellene következtetni, hogy alig lehet gyökeresen, vagy a kiújulás veszélye nélkül operálni, annál is inkább, mert vagy 5%-ban helybeli áttétel is észlelhető.

Winkler szerint a rectumrák kb. 8 cm-re fel- és lefelé a bélfalban terjed, *Westhues* szerint azonban legfeljebb 1½—2 ccm ép terület eltávolítása már elegendő, a szomszéd szövetekbe tömeges áttörés azonban gyakori, ennek alapja a rákos fekély; csúcsa felfelé van. Az elülső rák áttörhet a peritoneum felé, a hátsó a laza szövetbe. A sacrumra és a hüvelyre nem terjed át, az összekapaszkodás inkább lobos. Férfiban azonban a prostatára és az ondóhólyagokra gyakran átterjed. Az analis és perinealis rák egyrésze azon a helyen keletkezik, hol a bőrhám átmegy a nyálkahártyába, ez kb. 1 cm széles öv, (de rendesen ideszámítjuk a mélyen ülő ampullaris rákot is, mely az analis tájra terjed be.) E rákok nincsenek pólyával a környezettől elkülönítve s így az izomzatot és a környi szövetet könnyen beszüremítik s könnyen kiújulnak.

A végbélrákok *Westhues* vizsgálatai szerint a vena haemorrh. sup. mentén lévő nyirokutak révén terjed. Ha a végbélrák távoli áttételt támaszt, tehát ha betör a venába, majdnem kivétel nélkül májáttételek keletkeznek, minthogy a v. haem. sup. a v. mesent. inf. útján a vena portaehoz jut, (az áttörés is csak ezen venába törés útján lehet.)

Werthues a rák keletkezésében nagy jelentőséget tulajdonít a polypusoknak. Minden polyp, mely cseresznyenagyságot elér, valószínűség szerint blastomatosisos polyp; ezek rendszerint bizonyos vonatkozásban vannak a rákkal bár a blastoma-polypok között is vannak jó- és rosszindulatúak. A nagyságból nem lehet következtetni a polypus jó-, vagy rosszindulatúságára, sokszor éppen a kisebbek rosszindulatúak. A jóindulatúak inkább világos üvegszerűek, a rosszindulatúak sötétebbek, mint a környezet, azok a polypok melyek szöveti szerkezete rendetlen, kevés kötőszöveti alappal bírnak, rendszerint kicsinyek, tömzsiek, széles alapúak. Az organoid felépítésűek elágazók, kocsányosak, akár ökül-nagyságúak. A különösen jó- és különösen rosszindulatú polypusoknak megvan a maguk sajátos karaktere. A jóindulatúak eleinte olyanok, mint az egyszerű hyperplasiák, később a peristaltika a béltartalom húzása, vangálása folytán hosszú kocsányúvá válnak, rendszerint egyedül maradnak, mindvégig jóindulatúak s csak mellékesen találunk a bő kötőszöveti stromában a bélmirigyeknek megfelelő mirigycsöveket beágyazva.

A második csoport legjellegzetesebb vonása, hogy rendezett felépítése van, jól kifejlett a kötőszöveti alapváza. a mirigyek is rendesek, nincsenek semmiféle elnyomatási jelenségek, meglehetős nagyságot érhetnek el anélkül, hogy rákos tüneteket mutatnának, később azonban legtöbbjük mégis elfajul.

A harmadik csoportba tartoznak a határozottan rosszindulatú polypusok. Diffus polyposis esetében előfordulhat, hogy egy részük olyan, mint a II. csoporté, míg mások már kétségtelen rákosak. Ezek főleg a mirigy nyakrészén és fedőhámon növekednek és rendszerint olyan rohamosan, hogy az alap növekedése nem nem képes lépést tartani. Már korai szakban a mirigy nyakrésze kehelyszerűen kitágul, a fedő epithel papillaszerű kiemelkedéseket mutat a lumen felé.

A polyp rosszindulatúsága főleg abban mutatkozik, hogy a mirigycsövek össze-vissza vannak a polypus organoid felépítése nélkül. Néha már borsónyi nagyságú is rákos lehet. A fekély körüli polypusok mind a II. csoportba tartoznak és a III. csoportbeli polypok mellett találunk nyilvánvaló rákot is. Ilyen körülmények között feltehető, hogy a *cc. recti 60%-a polypusból származik* Különösen a kicsi, szürkés-kékes polypusok veszélyesek. Az egész pici, jóindulatúak rendszerint nem kerülnek klinikus észlelése alá, legfeljebb, ha hosszú kocsányúvá válnak s mechanikusan okoznak kellemetlenséget. Mindamellett a polypusokat akár diffuse, mint polyposis, vagy egyenként fordul elő, mindig jobb rosszindulatúnak tekinteni.

Carcinoma rectiben általában kétszerannyi férfi szenved, mint nő. *Mandl* statistikája szerint főleg 41—60 évesek, de észlelték egészen fiatal egyéneken is. Az irodalom adatai szerint 10 éves kórtól 84 éves korig észlelték. A végbélrák körülbelül az összes rákesetek 4.9—6.3%-ára tehető.

Az anusrák 0.3—3—4%, pars perinealis 7%, alsó ampulla 11.5%, az ampulla többi részében 60.7%. Érdekes, hogy kb. ugyanilyen arányban fordulnak elő polypusok is.

A daganat terjedésének helybeli és távoli metastasis helyeit újabban *Westhues* tanulmányozta. Ennek lényege, hogy a rákok 80%-a az ampullában ül, ritkán az analis részen és legritkább a colon pelvineumban. A rák a bélfalat áttörve bejut a peri rectalis zsírszövetbe elül a peritoneumba, ellenben szinte soha a fascia visceralis pelvisen át a keresztcsontba, s aránylag ritkán a fascián előrefelé a porstatába, hüvelybe, méhbe.

Westhues szerint a rák a bálfalban nem nagyon hajlamos a terjedésre s így ha 3 cm ép területet hagyunk felfelé és lefelé, ez már elegendő, minthogy azonban a rák nagyrésze polypusokból keletkezett, a polypusok székehlye pedig a rectum és a sygma s minthogy soha nem tudni, hogy a rák felett nincsen-e polypus. ajánlatos a rectum és a symga egy részének eltávolítása. Ha a rák alatt nincs polypus, az analis táj megtartható, ha a rák nem nagyon mélyen ül. Az egész peri- és retrorectalis szírszövetet, minthogy a helybeli áttételek a rákos fekély magasságában s efelett kb. 12 cm magasságig terjednek, az art. haem. sup és ágai mentén el kell távolítani. A rák alatti peri- és retrorectalis szövet azonban mindig szabad, miért is az benthagyható. Ilymódon eljárva is előfordul kiujulás, de ez nem a benthagyott helybeli áttételekből származik, hanem valószinüleg a bentmaradt polyp fajul el újból.

A fascia visceralis pelvis mögötti laza szövet a helyes behatolási út, ha összekapaszkodás van a csonttal, az rendesen lobos. Környéki, kötőszöveti és nyirokmirigyáttétek rendszerint vannak, mégpedig az art.

haemorrh. sup. elágazása mentén. Ha ezt nem vesszük tekintetbe, akkor kb. 50%-ban helyi kiujulást találunk.

A végbélrák miatt operáltak kb. felében jó- és rosszindulatú polypusokat is találunk s bizonyára sok kiujulásnak ilyen visszahagyott polypus az oka. *Gyökeresen kivett csak az a praeparatum, melyet a fascia pelvissel együtt távolítottunk el,* hol az art. haemorrh. sup. a Sudeck-féle ponton felül, tehát az art. colica sin. elágazása felett van lekötve.

Ismeretes, hogy a végbélműtétet 1826-ban *Lisfranc* tette ismertté, a műtét a végbél körkörös körülmetszéséből állott. *Dieffenbach* mellül, hátul felhasította a végbelet, hogy a daganathoz férjen. A sacralis műtétek *Kraske* nevéhez fűződnek (1885), ki az os. coccygis és az os. sacrum alsó részének resectiójával csinált helyet a hozzáférhetéshez, *Hochenegg* a 3., *Rose* a 2-ig. *Heineke* időleges resectiót végzett, 1859-ben *Rehn* a hüvelyi úton történő resectiót ajánlotta. -- *Volkmann, König, Trendelenburg* a combinált eljárást ajánlották, melyet főleg a franciák *(Quenu Chalot)* dolgoztak ki. *Kirschner, Schmieden,* idehaza *Hültl* a hívei. *Polóson, Schede* ajánlották, hogy előzetesen colostomiát végezzünk.

Combinált módszer esetében a központi véget, mint anus iliacust a ingu. tájra lehet kivarrni s második műtétnek a környi részt eltávolítani. A Kraske-műtétkor legfeljebb az a kérdés, hogy a sphincter meghagyható-e vagy sem. Aki volt olyan helyzetben, hogy a daganat nem akart a sebbe megszületni s nem segített a különben többször jól bevált Pólya-féle műfogás sem; aki látott neves sebészeket operálni s látta, mint lesznek egyre csendesebbek a daganat kifejtésekor, aki látta, hogy a sebész, hogyan tamponálja a sebet, fordítja meg a beteget s végez laparotomiát, hogy azután újból megfordítva a beteget, alulról fejezze be, vagy aki tudja, hogy *Voelker* ilyen esetekben először egynyilású anust végez baloldalt, az aboralis csonkot elsüllyeszti, majd 8 nap múlva hasmetszést végez az art. haemorrh. sup. leköti, a bél tompa kifejtése után a beteget hasra fekteti, alulról távolítja el a végbelet, majd újból hátára fektetve zárja a hasüreget; úgy mindenkinek éreznie kell, hogy sem a Kaske-műtét nem megoldás, mikor a műtő esetleg technikailag sem boldogul, de különben is *Werthues* vizsgálatai szerint nem gyökeres s ha jó eredményeket értek el vele, akkor ennek az az oka, hogy korai eseteket operáltak, még *Miles* a londoni rectumbetegségek kórházából, a Gordon-kórházból 1926-ból közölt statistikája szerint csak 30%-át operálta a jelentkezőknek s ezek 30%-a recidivált, 70%-ban megelégedett egyszerű anus praeternaturalis végzésével. Hogy a *Voelker* ajánlotta műtét az amúgy is leromlott betegnek túl nagy beavatkozás, az úgy hiszem, mindenki előtt világos.

Tudnunk kell azt is, hogy ami az operabilitást illeti, az általános állapotból a helybeli operabilitására nem lehet következtetni, néha igen rossz általános állapot mellett még helybelileg jól operálható volna, csak a rossz általános állapot miatt nem lehet gyökeresen operálni; viszont jó általános állapot mellett is előfordul, hogy a beteg helybelileg nem operálható. A helybeli operálhatóság néha nehezen állapítható meg; ha a daganat a hólyagba, vagy a hüvelybe betört, akkor rendszerint nem operálható, viszont könnyen kivehetőknél is előfordulhat már májáttétel. Ha a daganat mozgatható, úgy rendszerint eltávolítható, ha nem mozdítható, ebből még nem következik, hogy inoperabilis, mert az el nem mozdíthatóság oka a lobos környezet is lehet, de előfordul az is, hogy csak a peritoneumredő szűrődött be rákosan, ami a hasüreg megnyitását nagyon megnehezíti. Fontos a daganat kiterjedését, főleg felső határát ismerni, mely sokszor sem újjal, sem rectoromanoskoppal nem határozható meg, ilyenkor a röntgen adhat felvilágosítást. Ha a daganat szűkületet okoz, barium-beöntéssel, máskor meg *Fricke* szerint, gummi hólyag behelyezéssel és felfújásával, a nem rákos fal enged és tágul s így jól felismerhető a rák határa. Mégis előfordul, hogy műtét közben tünik ki az inoperabilitás. Minthogy a Kraske-műtét nem gyökeres, mert az nem a kiírtott bél hosszától függ, hanem attól, hogy a fascia visceralis pelvis alul is, felül is összefüggésben az eltávolított béllel együtt távolíttassék el.

Az elmondottak ismeretében csak két eljárás jöhet szóba a magasan ülő végbélrák gyökeres műtétében, az *abdominosacralis* és a *sacralis.* A perinealis, vaginalis és a régebbi sacralis eljárásokat egészen el kell hagyni.

A beteg műtéti előkészítése. Jobb, ha nem adunk hashajtót, elég, ha besűrítjük a bélsarat és csak a végbelet mosatjuk ki néhány napon át (rendszerint tanninoldattal). *Schede* azon ajánlata, hogy minden esetben colostomiát végezzünk, a legtöbb esetben felesleges s csak ott ajánlatos, ahol elzáródásos tüneteket észlelünk, vagy a beteg igen leromlott állapotban van. A régi oldal-, vagy kőmetsző-fektetés helyett sokan a Depage—Voelker-féle hasfektetésben operálnak, jobb a Goetze-féle hasfektetés, mert a belek előreesnek s a medence szabadon marad.

A Goetze-féle hasfekvés annyira bevált, hogy ma már csak így operálok. Az os. coccygis és az os. sacrum III. és IV. lyuk közötti resectiója után a fascia visceralis pelvist leválasztjuk, úgyhogy az art. sacr. media mögött maradunk, egész a promontorium fölé, akkor megnyitjuk kétoldalt a Douglast s a nyilást egészen a promontoriumig meghosszabbítjuk, a promontorium magasságában az art. sacralis mediát a pólyával együtt lekötjük s átvágjuk. A colon pelvinum köré bevezetett gaze-csík kal megfeszítjük az art. haemorrh. sup.-t s azt a promontorium felett lekötjük és átvágjuk. A colon egyszerre enged s még néhány ér lekötése után lehúzható, ameddig akarjuk, anélkül, hogy az árkádokat át kellene vágnunk. Azután a két oldalsó peritoneum-metszést összekötjük és az ondóhólyagok és prostatát fedő fascia visceralis pelvissel együtt leválasztjuk a rectumot, ha ekkor hátulról, alulról az ischiorectalis zsíron át haladunk, szabaddá válik a levator alsó felülete, ha ezt is távol a béltől átvágjuk és lekötjük az art. haemorrh. mediát, akkor a további kifejtés semmi nehézséget nem okoz.

Ha csak csonkolni akarjuk a megfelelő béldarabot, akkor természetesen a sphincterekkel együtt az anust bántatlanul hagyjuk.

Ezen sacralis eljárással a hátsó falnak az excavatióról letolása után meg lehet állapítani, hogy meddig terjed a beszűrődés, a helybeli kiújulás, hogy a Douglasredő infiltrálva van-e, a hasüreg megnyitása után pedig, hogy a peritoneum tele van-e hintve rákos göbökkel.

A sacralis anus adja a legegyszerűbb sebviszonyokat és halálozási százaléka sem több 4—15%-nál. Ha megfelelő esetben meg akarjuk tartani a záróizmokat, annak semmi akadálya sincs. A Hochenegg-féle áthúzási rendszer hátránya csak, hogy hosszabb belet kell mobilizálni, könnyen következik be genyedés, de a körkörös egyesítésnek is megvannak a nehézségei, még ha előzetesen a Hültl—Petz-féle varrógéppel zárjuk is és paquelinnal vágjuk át. Az egyesítést friss sebben kell végezni, a bélvégek nincsenek hashártyával fedve s így egyesülésük nagyon bizonytalan, sokszor genyedéssel, nehezen zárható sipolyképződés az eredmény. Ha a sacralis műtét közben kiderülne, hogy a daganat nem operabilis, a seb egyesíthető ártalom nélkül, nem úgy,

mint pl. kőmetsző helyzetben, mikor a bél körkörösen volt leválasztva, idegeitől megfosztva, ilyenkor abbahagyni nem lehetett, az előhaladás pedig lehetetlen volt, úgyhogy utólag kellett a hasüreget megnyitni, a daganatot kiszabdítani és végül sacralis úton befejezni. Ez a Goetze —Westhues-féle sacralis úton nem történhetik meg, mert vagy operabilis és akkor befejezhető, vagy inoperabilisnak bizonyul, s akkor a sebet bevarrhatjuk s anus praeternaturalist végezhetünk.

Ha a műtét elvégezhető, akkor el is kell végezni, még akkor is, ha májmetastasis lehetőségére gondolunk mert így megszabadítjuk a panaszt okozó daganatától, mely ellen, ha előzetesen hasüri műtétet végeztünk volna s láttuk volna a májáttételt, a hasüri sebet be kellett volna varrni s egy másikat végezni anus praeternaturalis végzésére, e két beavatkozás nem kisebb, mint a sacralis úton vágzett daganateltávolítás. Ha a daganat magasan ül s nem határozható meg biztosan mozgathatósága, az esetleg már jelenlévő áttételek a beteg azonban jó erőbeli állapotban van, úgy helyes a Quenu-féle abdomino sacralis út, akár úgy, hogy a középen végzett hasmetszés alkalmából csak tájékozódunk, hogy operálható-e a daganat s azután az art. haemorrh. sup.-t lekötjük a Sudeck-ponton és bevarrjuk a hasüreget, mint többen teszik nálunk. Tudtommal *Hültl* végezte így, s azután megfordítva a beteget a sacralis úton fejezte be. Ha gyökeresen akarjuk a műtétet végezni, helyes a beteget a Götze-féle fektetésbe hozni s a fascia visceralis pelvissel együtt távolítani el a rectumot. A legtöbb sebész azonban a hasmetszés után nemcsak az art. haemorrh. sup.-t köti le, hanem a belet az excavatióból is felszabadítja, ameddig csak lehet, sőt elől is leválasztja a hólyagról s csak azután fordítja meg a beteget s sacralis úton fejezi be. *Götze* vizsgálatai óta a sebészek nagyrésze elismeri, hogy az art. haerrhoidalis sup. lekötése után a fascia visceralis pelvist és az art. sacralis mediát is át kell vágni s ezek mögött kell a belet kifejteni, azután sacralis úton amputálni, esetleg előhelyezni, csonkolni, vagy *Hochnegg* szerint a meghagyott sphincteren áthúzni.

Fischer és mások a hasüreg felől kifjetett belet átvágják, mindkét csonkot vakon bevarrják, vagy gummit kötnek rá s azután az oralis csonkot a bal spina anterior sup. mellett készített nyíláson kivezetik s így véglegesen egy nyilású anust készítenek, a másik csonkot pedig lesüllyesztve a medencébe, igyekeznek hashártyával fedni és a hasüreget zárni, ami a legtöbbször nehezen sikerül s azután a csonkot vagy azonnal, vagy egy hét múlva sacralis úton távolítják el. Ilymódon az esetek ⅔-át meg lehet operálni. Ha egy ülésben végezzük, igen nagy beavatkozás, ha pedig 2 ülésben, akkor az elsülyesztett, esetleg nem jól táplált, a hasüreg felé nem eléggé elszigetelt csonk súlyos szövődményt okozhat. *Guleke* szerint az együléses abdomino-sacralisnak 38%-a, a kétszakaszosnak 8%-a jár halálozással. Először csak egynyílású anust végez, 6 hét mulva abdomino-sacralis műtétet, de — mint mondja — teljesen asepticus körülmények között, két hét múlva az anus végzése után, 4 hétre a beteget hazaengedi s mire visszajön, nemcsak méregtelenítve van a szervezet, de egészen át is hangolva s ellenállása erősen fokozódott.

Nagyon érdekes *Kirschner* kisérlete, ki 2 műtős, 2 műszerelő s megfelelő 2 segédszemélyzettel fog a műtéthez, a beteg hátán fekszik, a medencéje azonban túlér az asztal végén s alsó végtagjai égnek állnak, míg az egyik műtő megnyitja a hasüreget, tájékozódik a daganat mozgathatóságáról, áttételek jelenlétéről, majd leköti az art. haemorrh. sup.-t és tompán kifejti a belet a keresztcsont vájulatából, addig a másik műtő alulról fejti ki a végbelet; míg összeérnek, közben még a diaphonoskopiát is felhasználják, hol felülről, hol alulról, hogy könnyebben köthessenek le egyes kötegeket, vagy állapítsák még meg a közti réteg vastagságát. Kétségtelen, hogy így jól lehet tájékozódni, kizárt, hogy a műtő megakadjon és a műtét gyorsan befejezhető; s mégis maga *Kirschner* bevallja, hogy a fektetést módosítani kellett, mert a lábfelfüggesztés kedvezőtlen volt a vérkeringésre. Ma már az abdomino-sacralis eljárást kőmetsző-helyzetben végzi. Előnye ennek is, hogy nem kell műtét közben a beteg helyzetén, az isoláláson változtatni. Szerintem ilyen helyzetben egy műtő is elvégezheti a műtétet, nincs a sok segédlet, a sok kéz, s főleg az felelős a műtétért, aki végzi.

A végbélrák is főleg az idősebb egyének betegsége. Mind a sacralis, mind az abdominalis műtétek elsőleges halandóságának oka elsősorban a vérkeringés gyengesége, főleg a környi keringésé s ezzel függ össze a thrombosis, az embolia és a tüdőgyulladás, melyhez néha veseelégtelenség járul, a fekély lobosodása, a szervezet mérgezett, néha kivérzett volta, stb.

A súlyos, szövődményes esetek nagyrésze még megmenthető többszakaszos műtéttel, ép így az ileussal szövődött esetek is. Először csak coecostomia, vagy anus praeternaturalis jöhet szóba, ezáltal az intoxicatio szűnik, a lobosodás visszafejlődik s később még gyökeres műtét is végezhető az egyik, vagy másik úton. Jó állapotban lévő betegen az anus praeternaturalis végzését feleslegesnek tartom, complicálja s nagyon megnyújtja a gyógyulási időt és sok ember, ki a sacralis anusba könnyen belenyugszik, hasi anust elviselhetetlennek tart.

Ha a daganat gyökeresen nem operálható, mégis ajánlatosnak tartom anus praeternaturalis végzését, a daganatnak pedig radium-, vagy röntgen-kezelését, esetleg a fekélyt mélyhővel elpusztítani. Leirtak eseteket, hol ilyen kezelés után a daganat operálhatóvá vált.

Holfelder (Frankfurt a/M.) összeállított statistikája szerint a gyógyíthatatlan végbélrákban anus praeternaturalis + röntgenkezelés megkétszerezi az élettartamot, anus praeternaturalis nélkül az eredmények roszszabbak. Mind a *Goetze—Westhues* sacralis, mind a módosított *Quenu* abdominosacralis eljárás célja, hogy gyökeresen távolítsuk el a daganatot és leszállítsuk a műtéti halálozás százalékát, hogy melyik utat választjuk, azt talán a legjobban úgy ítélhetjük meg, ha megnézzük, mik az előnyei, hátrányai, javalatai a sacralis, s mik az abdominosacralis eljárásnak?

Goetze szerint — bár sacralis úton is épp úgy megnyithatjuk a hasüreget, mind abdominalis úton —, de a kettő között óriási különbség van. Sacralisan a passiv csontos, functionalisan nem fontos helyen nyitjuk meg a hasüreget, míg abdominalis megnyitáskor a hasfal úgyszólván beszünteti működését, pedig a hasfal működésének a jobb szívfél vérszükségletének ellátásában, mint szívattyúkészülék nagy szerepe van. Ezen szívszövődmények miatt az abrominosacralis eljárásnak nagyobb a halálozási százaléka, mint a sacralisnak, mit fokoz még, hogy az abdominasocralis eljáráshoz altalás vagy gerincagyi érzéstelenítés szükséges. A sacralis eljárás is nagy beavatkozás, de a szövődmények a medence kötőszöveti gyulladása a nyitvahagyással, a hashártyagyulladás a hashártya jó elzárásval kikerülhető. A műtét helybeli érzéstelenítésben jól elvégezhető. Az esetek több mint ⅓-ában a műtét egy ülésben végezhető, 10—15%-os halálozással. Az abdominosacralis eljárás előnye, hogy a daganat operabilitásának megítélése, áttétel jelenléte könnyen megállapítható, ezzel szemben áll, hogy túlnagy a hasi és sacralis sebzés.

Akik abdominosacralisan, de több ülésben operálnak, sokszor az első alkalommal már nagyobb műtétet végeznek, mint a sacralis műtét. *Kirschner*nek együlésben végzett abdominosacralis műtét-halálozása 32% és ha nézzük a nagy műtéti halálozással szemben a késői eredményeket, 3 év multán a combinált eljárással 30%, a sacralis műtét esetén *Kirschner*nél 35% ujult ki, a kiujulás veszélye tehát valamivel nagyobb sacralisban, de a végösszeg 3 év multán is jobb sacralis eljárás esetén.

Véleményem szerint tehát, ha csak lehet, a Goetze-féle sacralis eljárást kell választani s csak kétes esetekben abdomino-sacralisan operálni egy ülésben. A leromlot esetekben anus praeternaturalist kell végezni s tájékozódni kell, hogy operálható-e a daganat; ha igen, akkor hat hét multán sacralis úton végzendő a második műtét.

A III. sebészeti klinikán 194 végbélrákos beteg került észlelésre, feltünő, hogy ezek közül 100-at, tehát az eseteknek több, mint felét nem lehetett operálni, 47 néhány nap mulva távozott a klinikáról, 8 beteg pedig minden beavatkozás nélkül halt meg. 45-ön csak anus praeternaturalist végeztünk s mégis meghalt 20. Ebből következtethető, hogy milyen állapotban voltak. 94-et gyökeresen operáltunk. 65-öt *Kraske* szerint és 29-et *Westhues* szerint. Műtéti halálozás 16%. Ha jobb eredményt akarunk elérni, akkor vagy úgy kell eljárni, mint egyes angol sebészek, hogy a jelentkező betegeknek csak 75%-át operálják meg, vagy a gyakorló orvosok figyelmét fel kell hívni arra, hogy betegeiket hamarább küldjék sebészhez.

A tüdő rosszindulatú daganatainak sebészi kezelése.

Irta: *Sebestyén Gyula dr.* egyet. c. rk. tanár, kórházi főorvos.

A tüdő rosszindulatú daganatai között leggyakoribb a rák. Mindtöbb adat bizonyítja, hogy a tüdőrák szaporodóban van. Hazánkban is igen sok szerzőt foglalkoztatott e kérdés. Elsősorban *Buday, Krompecher, Berencsy—Wolff* és *Zalka* szolgáltattak értékes adatokat. *Zalka* szerint, 1924.-ig a tüdőrák az összes rákesetekkel szemben lényegesebb eltolódást nem mutatott, azóta az arányszám 1—2%-ról 6.65%-ra nőtt. Ugyanezt bizonyítják a külföldi adatok is. Legujabban *Overholt* és *Rumel* szerint, az Egyesült Államokban évente kb. 15.000 emeber hal meg tüdőrákban. Ez az összes halálozásnak több mint 1%-a, a rákhalálozásnak pedig 10%-a. A kérdést tisztán sebészi szempontból tárgyalva, a kórtant, valamint a tünettant illetőleg nem térhetünk ki részletekre s csak oly szempontból tárgyaljuk, amelyek sebészileg fontosak.

Pathologia. Az elsőleges tüdőráknak csaknem 90%-a a bronchusrendszerből indul ki. Leggyakoribb kiindulási hely a hilus, vagy annak közvetlen környéke, a jobb, vagy bal oldali főbronchus és azok elágazódásai. Az oránylag egységes kiindulás ellenére megjelenésük oly változatos, hogy minden szempontból kielégítő makroskopia feloszlás alig lehetséges. A makroskopiai felosztások közül, mind a kórboncnok, mind a klinikus számára legmegfelelőbb *Balogh* beosztása. Gyakorlati szempontból, a következő felosztás volna elfogadható:

1. Azok a daganatok, amelyek a hilus, vagy közvetlen környékéről indulnak el s elég éles egyenmű tömör árnyék képében jelennek meg. A peripheria felé növekszenek s később seprőszerű nyulványokat bocsájtanak ki.

2. Azok a daganatok, amelyekre az infiltratumszerű megjelenés jellegzetes. A peripheria felől növekszenek a hilus felé. Egynemű árnyék képében jelennek meg, amely nagyjában az érintett lebenyhatárnak felel meg. A kisebb bronchusokból indulnak ki és megfelelnek a pneumoniaszerű, ú. n. lebenyrákoknak.

3. Azok, amelyek rendesen a peripherián jelennek meg, jól határolt kerekded árnyékot adnak. Kiindulásuk a legkisebb hörgők, esetleg az alveolaris hám. Szétesésre igen hajlamosak. Megfelelnek a parenchymas, interlobaris, intraalveolaris ráknak. *Sauerbruch* e formákon kivül, még ú. n. ráktályogokat különböztet meg. Sok szerző a pleuro-pulmonalis rákformák megitélésében igen óvatos.

Amilyen nehéz az elsőleges tüdőrákok makroskopiai felosztása, még nehezebb szövettani szempontból való osztályozásuk. *W. Fischer* szerint szövettanilag három főcsoportra oszthatók:

1. Főleg kissejtűek;
2. Polyporphsejtűek;
3. A jól differentiált sejtű daganatok közül;
   a) adenocarcinomaszerűek;
   b) laphámrákok több, vagy kevesebb elszarusodással.

Az első két csoport a gyakoribb, a jól differentiált sejtdaganatok előfordulása ritkább. Minden szerző egyöntetűen hangoztatja, hogy az elsőleges tüdőrákok szöveti képe rendkivül változatos. A daganatokat a polymorphismus jellemzi. *Fried* véleménye szerint e változatos szövettani megjelenésnek az az oka, hogy a tüdőrákok histogenetikailag a bronchus nyálkahártyájának kevésbbé differentiált alap sejtjeiből származnak. *Tuttle* és *Womack* szerint szövettanilag histogenetikai szempontból, bronchogen, bronchiologen s a bronchus nyákmirigyeiből kiinduló rákokat lehet megkülönböztetni. *Balogh* ezeken kivül még disontogen rákokat is felsorol.

Az elsőleges tüdőrákok pathologiáját és klinikáját illetőleg, 1934-ből *Tuttle* és *Womack* amerikai szerzők megállapításai jelentősek és több szempontból ellentétesek a régi felfogással. A szerzők 150 esetet észleltek, amelyek közül 60 esetnek pontos klinikai megfigyelése és kórbonctani feldolgozása alapján, a következőket állapitották meg:

1. Az elsőleges tüdőrákok tulnyomó részben a bronchusrendszerből indulnak ki s a kórtan mai állása szerint egyéb genetikai osztályozás kétséges.

2. A betegség lefolyása és tünete a localisatiotól függ, illetőleg a megtámadott bronchus nagyságától s a megtámadott bronchusrendszer kiterjedésétől.

3. A fő, vagy nagyobb bronchusból kiinduló rákok hamarabb okoznak tüneteket, jobb indulatuak, a *nyirokuton* át főleg környéki mirigy áttételeket okoznak, terjedésük lassubb és így sebészi kezelésre alkalmasabbak. A kisebb bronchusokból, vagy a bronchiolusokból kiinduló peripheriás rákok később okoznak klinikai tüneteket, rosszabb indulatuak, a *véráram* útján okoznak áttételt, így sebészi kezelésre kevésbbé alkalmasak. Ez a felfogás a régebbivel szemben ellentétes, mert régebben éppen a peripheriás elhelyezkedésüket tartották sebészileg megközelíthetőknek, helyzetüknél fogva. A hilus és annak környékéről kiinduló rákok ezideig sebészileg orvosolhatók nem voltak. A szerzők a fenti megállapításaikat azzal támogatják, hogy azon betegeiknek, akiknek betegsége a nagy bronchusból indult ki, átlagos élettartama 26.3 hónap volt. Ezek közül azoknak, akiknek tumora bronchoskoppal látható volt, átlagos élettartamuk 33.9 hónap volt. Azoknál a betegeknél, akiknél a daganat elhelyezkedése peripheriás volt, vagyis valószinüleg kisebb bronchusokból kiinduló, az átlagos élettartam 7.3 hó. Szerzők szerint a kórjoslat tehát a localisatiotól függ, amelyhez ha mód van rá, a

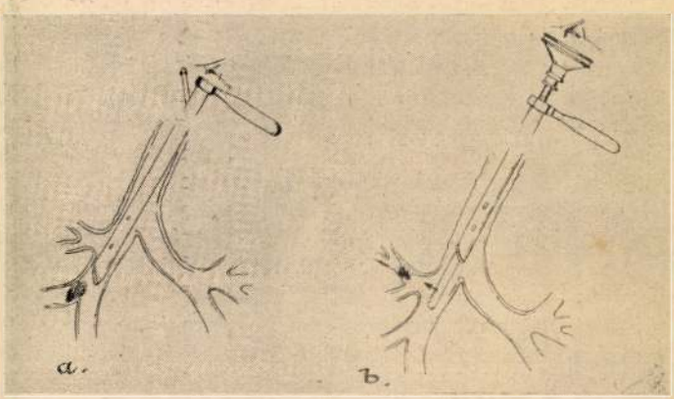
szövettani lelet is számításba veendő. Átlagban négyszer annyi ideig él a beteg, a főbronchusból kiinduló daganattal, mint a peripheriás elhelyezkedésű daganattal Átlagban kétszer annyi ideig él a beteg szövettanilag jól differentiált daganattal, mint rosszul differentiált sejttypusával. Megengedhető, hogy az élettartam megállapításába hibák csuszhatnak, mert a kezdeti tünetek megitélése nehéz, de bizonyos törvényszerűség elfogadható. *Graham* véleménye szerint is, a nagy bronchusokból kiinduló és a szövettanilag jól differentiált daganatok sebészi kezelésre a legalkalmasabbak.

4. A tüdőrákokat szövettanilag osztályozni nem lehet, mert genetikailag ugyanazon sejtek, különféle differentialódást mutatnak.

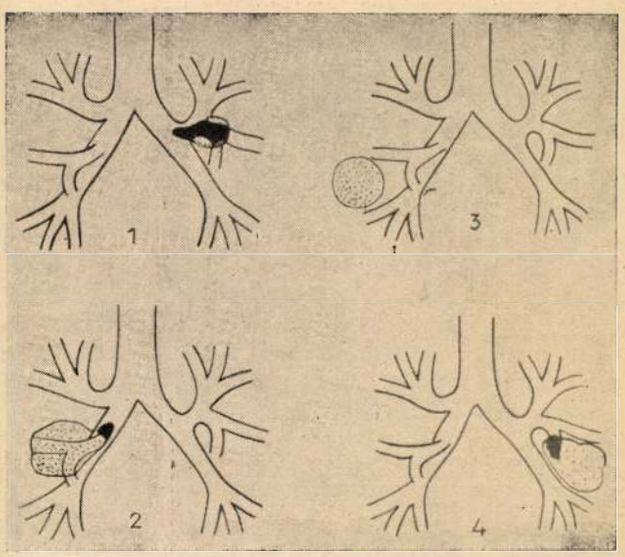
Kórhatározás: Az elsőleges tüdőrák kezdeti tünetei semmitmondóak és igen változóak. Az esetek túlnyomó többségében a száraz köhögés az első tünet s az esetek 30—40%-ában a korai vérzés, vagy legalább is a köpetben véres csikok megjelenése hivja fel a figyelmet. A további tünetek kialakulása a daganat elhelyezkedésétől függ. Ha a főbronchusban kezdődik, a beszükülés következtében, már korán asthmaszerű légzés jelentkezhet. Nagyobb bronchus elzáródása már physikai tünetekkel jár, ami, az atelectasia következtében, tompulat, gyengült légzésben és erősebb pectoral-fremitusban nyilvánul. Az atelectasiás terület, a szerzők szerint átlag 50%-ban, előbb, vagy utóbb másodlagosan fertőződik és a kórképhez gyulladásos jelenségek társulnak. A peripheriasan elhelyezkedő daganat, ha bronchusból indul is ki, de nem zár el nagyobb bronchust, sokáig nem okoz tünetet. A peripheriás daganat tünete, a kiterjedés szerint változik s ehhez a typushoz gyakran társul (kb. 11% az összes tüdőrákra számítva) pleuritis exsudativa, a jellegzetes vörhenyes savóval. Az általános egyéb tünetek, az egyéb rákos betegek tüneteivel egyeznek. A beteg általános erőbeli állapota sokáig jó, a senyvedés késon szokott megjelenni. A késői tüneteknek sebészi szempontból nincs jelentőségük.

Röntgen. A röntgenleletet is a daganat elhelyezkedése befolyásolja. A főbronchusból kiinduló sokáig nem mutatható ki s inkább az elzáródás okozta atelektasia kelti fel a gyanut. *Az atelektasia mindig előbb jelenik meg, mint maga a daganat okozta árnyék.* Sorozatos felvételek és a tomographia igen jó szolgálatot tehetnek. A Holzknecht—Jakobson-féle tünet, amikor a bronchus szükülete következtében a mediastium a beteg oldal felé tér ki, elég korai jel s *Haslinger* és *Hitzenberger* szerint már a bronchus egyharmad átmérőjének beszükülésekor kimutatható. A bronchographia nagyobb bronchusok elváltozásakor igen értékes, de a kisebb bronchusok elváltozásának kimutatására alig értékelhető, mert más idült bronchus betegségek leletével azonos lehet. Természetesen a bronchographia a bronchus beszükülést jelzi s nem magát a daganatot, azonban az ú. n. *„lipiodol stopp"* mindig kórjelző és térszükítő folyamatot jelent. A daganat nagyságának, szétesésének megfelelőleg az árnyékkép rendkivül változatos. A daganat állományba jutott sugárfogó anyag igen szeszélyes alakulatokat mutathat. Legjobb szolgálatot tesz a bronchographia az endobronchialis daganatok kimutatásakor, mert a polyposus daganat helyéről és nagyságáról is kellő felvilágositást adhat. A teljesség kedvéért említjük meg, hogy mint diagnostikai eljárás a művi pneumothorax is szóba jöhet.

Bronchoskopia. A bronchoskopia az elsőleges tüdőrákok korai kórismézésének leghatalmasabb fegyvere. *Chevalier Jackson* fejlesztette ki ezt az eljárást s oly bronchoskopot szerkesztett, melynek lencserendszere egyszer direct, átállítással szüség esetén indirect rendszerre alakítható át. (Lásd 1. ábra.) E tökéletesített eszközzel, az eddig bronchoskopiai uton, elhelyezkedésük miatt, fel nem fedezhető elváltozások is megláthatók. Bronchoskop segítségével akár pródaexcisio, akár raganatrészek aspiratiója útján, szövettani vizsgálat végezhető. *Ch. Jackson* anyagán az esetek 75%-ában positiv volt a bronchoskopiai uton nyert szövettani lelet. *Rabin—Neuhoff* anyagán 100 esetből 72 esetben tisztázta a diagnosist. *Overholt* 99 esetéből 56-ban bizonyító volt a bronchoskop útján nyert szövettani lelet. Ezek az adatok főleg a nagy bronchusokból kiinduló daganatokra vonatkoznak, természetesen a peripheriás daganatoknál a bronchoskopia csak közvetve ad támpontot. (Lásd 2. ábra.) Az eljárás előnyei a következőkben foglalhatók össze.



1. ábra. A combinált rendszerű bronchoskop előnye a bronchusrák felismerésében. *a)* egyenes optica; *b)* ferde optica.



2. ábra. 1. és 2. bronchoskoppal jól felismerhető tüdőrák 3. és 4. bronchoskoppal nehezen kórismézhető tüdőrák.

1. A bronchogen daganatokkor bronchoskopiai uton szövettani alapon lehetséges dönteni az esetek 70—75%-ban.

2. Ha próbaexcisio nem lehetséges, a bronchoskopiai lelet olyan lehet, amelynek alapján a műtéti javallat felállítható.

3. Ha a próbaexcisio vizsgálata negativ, rosszindulatú daganat valószinüsége kizárható.

4. A próbaexcisiós szövettani lelet rosszindulatúsága még nem tételez fel inoperabilis daganatot. Az operabilitás felől az egyéb klinikai tünetek és a röntgen összevetésével lehet dönteni.

5. Másodlagosan fertőzött daganatokkor a váladék kiöblítésével, mint műtétet megelőző kezelés fontos.

Zalka beágyazási eljárásával a köpetből 50%-ban, egyesek 60%-ban is kimutatták a daganatsejteket, az exsudatum punctatumában 81—87%-ban feltalálhatók, azonban ezek a betegség sokkal későbbi szakában elérhető eredmények. Már maga az izzadmány jelentkezése sem számítható a korai tünetek közé. A bronchoskopiai eljárás fontossága azonnal szembetünik, ha figyelembevesszük azt, hogy az eseteknek csaknem 90%-ában a nagy bronchusokból indul ki a rák. A polyposus daganatok bronchoskopiai uton megoldhatók és szükség esetén rádiumtük behelyezése is lehetséges. *Az eljárás legnagyobb értéke, hogy a súlyos beavatkozás javallata nem valószinüségi diagnosison alapul, hanem szövettani bizonyítékon. Valószinüségi diagnosis alapján nehéz elhatározás még a próbathorakotomia is, mert a tüdősebészet mai állása mellett is a próbathoracotomia sokkal súlyosabb beavatkozás, mint a próbalaparotomia.* A próba excisióval vett anyag vizsgálata nagy körültekintést igényel és arra csak szakember vállakozhat. A tüdőrákok rendkivül változatos szöveti lelete, sok esetben megnezezíti a döntést. *Krompecher* és *Balogh* vizsgálatai mutatták ki, hogy az idült bronchusbántalmak a bronchus nyálkahártyájában mily súlyos szövetelváltozásokat okozhatnak. Basalsejtű hyperplasiák, laphámburjánzások gyakoriak s szinte praecarcinomás szövettani leletet adhatnak. Nem egyszer vezet a szövettani lelet ellentmondó véleményre s léteznek carcinoid szerű elváltozások, amelyekről bizonyossággal dönteni alig lehet. Megtörténhet az is, hogy a próbakimutatás nem magából a daganatból, hanem véletlenségből annak környékéből történt és így csak másodlagos gyuladásos elváltozást mutat. *Annyi bizonyos, hogy a tüdőrák legkisebb gyanujakor indokolt a bronchoskopia, mert más eljárással a daganat más idült gyuladásos elváltozástól nem különíthető el biztosan.*

Megkülönböztető diagnosis. Az elsőleges tüdőrák elkülönítése egyéb endothorakalis folyamatoktól sokszor igen nehéz. Amint már fentebb említettük, a bronchus elzáródás következtében a tüdőrákok másodlagos fertőzése az esetek kb 50%-ában szokott bekövetkezni. Az ily betegek lázasak, dispnoésak, bűzös köpetet üríthetnek. A vérkép leucocytosist mutat. *A gyakorlatban ezért a tüdőrákok összetévesztése letokolt empyemakkal s idült genyedő tüdőfolyamatokkal a leggyakoribb.* Ilyenkor a próbapunctio döntő bizonyítékú lehet és sokszor a csapolmány szövettani vizsgálatra is alkalmas. Ha a gyuladásos terület szétesik, a folyadékot és léghólyagot mutató üreg a tályog képét utánozhatja. Sok esetben már csak a megnyitás után kifejlődő késői tünetek teszik felismerhetővé az alapbetegséget. A tüdőgümőkór is utánozhatja a rákot s az elkülönítés annál is nehezebb, mert a gümőkór és a rák együtt is előfordulhat. A gümőkór szokott megjelenése alig okozhat tévedést, vannak azonban a gümőkórnak oly formái, amelyek a daganatot utánozhatják. Térszűkítést a gümőkór is előidézhet. Idősült pneumoniák okozhatnak diagnostikai nehézséget, annál is inkább, mert rendesen bronchiektasiára vezetnek. Kivételesen a rák heveny bronchopneumonia képében is megjelenhet. Interloberis izzadmányok, lymphogranulomatosis, lueses térszűkítő és roncsoló folyamatok jöhetnek még szóba, mindezek részletesebb ismertetése azonban a belgyógyászatra tartozik.

A tüdősarcoma sokkal ritkább, mint a rák. *Lenk* szerint 5600 sectiora esett 57 rák és 1 sarcoma. Az elsőleges tüdősarcimák rendesen fibro, fibromyxosarcomák. A lymphosarcoma a mediastinumból kiinduló daganatfaj, ha azonban a tüdőbe áttör, elsőleges tüdődaganattal téveszthető össze. A türő sarcoma tünettanával *Lenk* foglalkozott bővebben. Elkülönítő diagnostikai szempontból nagyobb jelentősége azonban nincsen, mert a teendő ugyanaz, mint a rákkal. Fiatalabb korban fordul elő s főleg az alsó lebenyben. Egyes formái igen rosszindulatúak, úgy, hogy sebészi beavatkozásra nem alkalmasak, de viszont sugárénzékenyebbek, mint a rák. Sugárérzékenységét diagnostikai szempontból is értékelik a ráktól való elkülönítésre. Vannak azonban oly formái is, amelyek igen lassan növekednek és sokáig nem okoznak áttételeket. *Brunner* szerint ezek a pleura visceralisból indulnak ki, néha egész körülírtak és így sebészileg hozzáférhetők. Sikeres beavatkozások az irodalomból ismeretesek.

Műtéti javallat. A tüdőrák operabilitásának megitélése szempontjából a következő körülményekre kell súlyt vetni. Már a megkülönböztető diagnosis tárgyalásokor kiemeltük, hogy az elsőleges tüdőrák a szerzők szerint a bronchus elzáródása következtében kb 50%-ban másodlagosan fertőződik. A másodlagos gyuladás következtébeni röntgenelváltozás sokkal súlyosabb leletet mutat, mint aminőt az aránylag kis daganat adna gyulladásos környék nélkül. *Kis daganat a másodlagos gyulladás következtében kiterjedt elváltozást mutathat.* A röntgenkép alapján tehát az operálhatóság eldöntése nem lehetséges. Ugyanez áll az atelektasiára is. Rendesen az atelektasia az első tünet s hasonlóan az operabilis daganat, az atelektasia következtében az inoperabilas látszatát keltheti. Ilyenkor a diagnostikus légmell jó szolgálatot tehet. A környéken elhelyezkedő daganatok könnyen okozhatnak mellhártyaizgalmat és izzadmányt. Az izzadmány következtében a tájékozódás megnehezült s az alapbántalomról nehéz kellőleg tájékozódni. A próbathorakotomia elvégzése tehát még az inoperabilisnak létszó esetekben is indokolt. Természetesen határozott kétoldali tömör mediastinalis árnyék, valamint magasan álló rekesze n. phrenicus bénulása következtében mediastinalis beszürődést jelent. A n. recurrens bénulása, valamint az előzőleg említettek is, az inoperabilitás jelei. Ugyszintén a megnagyobbodott környéki nyirokcsomók, ha szövettanilag is elváltozottak, valamint egyéb áttételek a műtétet tiltják. A csontrendszer vizsgálatára nagy súlyt kell vetni, mert gyakoriak a csontáttételek.

Sebészi gyógyítás.

A mellkas physiológiájának és statikájának tüzetesebb megismerése új utakat nyitott a mellkasi sebészet számára. E súlyos, alább tárgyalandó mellkasi műtétekre az a jellemző, hogy lehetőleg a mellkas statikájának kiméléssével, tehát a bordák eltávolítása nélkül hajtják végre. Jellemző továbbá az a törekvés, hogy műtét után lehetőleg minél gyorsabban helyre álljon a physiológiás állapot. Vannak esetek, amikor elkerülhetetlen, általában azonban a túlnyomásban való dolgozás háttérbe szorult. Túlnyomásban a tüdő igen vérbő, ezért a vérzés veszélye nagy. A tágult, folyaon mozgó tüdőnél a mellürben való tájékozódás nehézkes. Az ily szerv hirtelen eltávolítása nagy változással jár, amellyel a szervezet nehezen birkózik meg. Ha az operálandó beteget néhány héttel a beavatkozás előtt légmellkezelésben részesítik, a légmellkezelés alatt a szervezet lassan alkalmazkodhat az új viszonyokhoz. Megszokja a szerv kiesését s mind a légző felület kiesésével járó változást, mind az ezzel járó keringési zavart compensalni tudja. A collabált tüdő vérszegény és légtelen, eltávolításakor kisebb a műtéti shok. Az eljárás fontosságát hazánkban *Dollinger* már 1899-ben felismerte, sőt alkalmazta is. 1902-ben közölte, hogy kiterjedt mellkasfali vagy tüdődaganatok eltávolításakor az előzetes légmellkezelés ajánlatos. 1929-ben *Brunn* amerikai szerző újból alkal-

mazta s bevezette a korszerű mellkassebészetbe. Ma a világirodalomban található sikeres, egyszakaszos féltüdő-kiirtásoknak 90%-át előzetes légmellkezelés után hajtották végre. A véletlen bizonyította be, hogy ez a beavatkozás lehetséges. 1923-ban *Sauerbruch* leírt egy esetet, amikor a hátsó mediastinumból hatalmas ganglion-neuromát távolított el. A mediastinumból nagy vérzés keletkezett, amelyet sikerült lekötésekkel megszüntetni. A kezelés folyamán 4 hét mulva, az egész bal tüdő kilökődött. A beteg meggyógyult. Nyilvánvaló, hogy a vérzés ellátásakor a hilus képződményeit kötötték alá s vérellátás hiányában a bal tüdő elhalt és lelökődött. Az első tervszerű féltüdő kiirtást végezte két szakaszban 1931-ben *Nissen*. A másodikat 1932-ben végezte az amerikai *Haight*. Ezek a beavatkozások azonban bronchiektásia miatt történtek. A tüdő rosszindulatú daganatainak sebészi kezelése az 1930-as év előtti időben igen szerény eredményt mutat fel. *Sauerbruch* és *Nissen* néhány esete ismeretes az irodalomból. Rendesen pheripheriás elhelyezkedésű daganatokkor avatkoztak be s abban az időben a nagy bronchusokból, hiluskörnyéki daganatok nem voltak sebészileg megközelíthetők. A beavatkozások, főleg a daganatnak kauterrel való kiégetéséből, vagy a lebeny részleges eltávolításából s kivételesen a lebeny teljes eltávolításából állottak. 1932-ben *Carlson* és *Ballon* már 35 operált esetet gyüjtött össze az irodalomból s ebből 21 beteg a beavatkozást követő 3 hónapon belül meghalt. 1934-ben *Heuer* 48 esetet ismertetett. E beavatkozások főleg lebenyresectio, lebektomia s csak néhány pneumonektomiára vonatkoztak. Az első féloldali sikeres tüdőkiirtást rákban *E. Graham* végezte 1933. V. 5-én. Jelenleg a szerzők a lebektomiával szemben, a pneumonektomiát tekintik a tüdőrák sebészi megoldásának, még pedig először anatomiai okból: mert a tüdőrákok legnagyobb százaléka a főbronchusból indul ki, másodszor: mert csak ezzel az eljárással lehetséges a gátormirigyek eltávolítása.

Mielött az egyes műtéti eljárásokat ismertetjük, ki kell emelni a műtétek előkészítésének és utókezelésének fontosságát. Az előkészítés néhány heti légmellkezelésből áll és phrenikotomiából. Ha előzetes pherenikotomia nem történik, akkor a rekeszt a műtét alatt intrapleuralisan kell bénítani. A beavatkozások nagy részét intratrachealis tubageval, gáznarcosisban (cyclopropan, kéjgáz) hajtják végre. A hiluson való dolgozások mesterséges apnóet idéznek elő azáltal, hogy oxygént túladagolnak. Történtek sikeres beavatkozások vezetés- helybeli, spinalis, avertin és helybeli érzéstelenítés egyesítésében. A műtét alatt állandóan venoclysist (glucose, citratos vér) alkalmaznak. A műtétkor nagy súlyt vetnek a gátor állapotára és mirigyeit műtét közben fagyasztott metszeten ellenőrzik. E beavatkozáskor nem csak különleges előkészítésre, hanem különleges utókezelésre is van szükség. A beteget pár napig oxygénsátorban tartják. A mediastinum állapotát naponként röntgennel ellenőrzik. Különös gondot kell fordítani az operált oldali mellkasi nyomásra, amelyet állandóan negativ értékben kell tartani. Szádló alkalmazását lehetőleg kerülik és csak akkor használják, ha másodlagos fertőzés van jelen. A beavatkozás elvégezhető egy, két vagy több szakaszban. A daganatokkor a pleuraür rendesen szabad az előzetes légmellkezelés elvégezhető s így főleg az egyszakaszos eljárás jön számításba. Szükség esetén két, vagy három szakaszban is végzik. Ami a műtét után visszamadt üreg sortát illeti, *Rienhoff* szerint kezdetben serothorax keletkezik, amely organisatio következtében lassanként több szakaszos lesz. Később a gerincoszlop, valamint a mellkas csontos vázának alakváltozása, a másik oldali tüdő kitágulása, a rekesz felszállása és a gátor kitérése következtében az üreg megszünik. Vannak esetek, amikor az üreg megszüntetése céljából, utólagosan thoracoplastikát kell végezni. *Craham* idősebb betegeken utólag thoracoplastikát végez, mert a csontrendszer merevsége miatt a mellüreg tetemes szükülésére nem lehet számítani. A beavatkozás veszélye ugyanaz, mint az egyszakaszos lobectomiáé. (Lásd orvosképzés 4. 1937.) A beavatkozás aszerint változik, amint a hilus képletek ellátása elülső, vagy hátsó behatásból történik. A beavatkozás módszerei a következők:

Pneumonectomia anterior Archibald—Reinhoff. Behatolás elől a harmadik borda közben, a parasternalis vonaltól kezdődőleg, az elülső hónalj vonalig. E thorakotomiás nyilás szükség esetén meghosszabbítható. A 3.—4. bordát a porcnál átvágják. A pleura megnyítása után, valamint, az általános megtekintés és tapintás után a tüdőt az esetleges összenövésekből kiszabadítják. Ezután a hilusképleteknek külön ellátása következik. A hilus ellátása nem intrapleuralisan; hanem extrapericardialisan, a mediastinalis portioban törtésik. Tekintettel arra, hogy az anatomiai viszonyok mindkét oldalon különbözők, az ellátás technikája bal vagy jobboldal szerint változik.

Bal oldalon a mediastinalis mellhártya ovatos megnyítása és visszahúzása után, az aorta és a bal. art. pulm. felső felszine között, a lig. arteriosum Botalli keresendő fel, amelynek átvágása után az art. pulm. elkülön thető az aortától. Tompán dolgazva, e helyen az arteria kb ½ cm-nyi darabja szabadra helyezhető és a jobb oldali arteria eredése is láthatóvá válik. Az anatomiai viszonyoktól függően, a jobboldali arteria elágazási helyétől a lehetőség szerint elég távol, maga a bal főágat kell lekötni. E helyen a lekötés annyiból előnyösebb, mert az art. pulm. intrapleuralis részlete mindössze ½ cm hosszú. Az art. lekötése után, a mediastinum zárható és a felső és alsó pulmonalis vének alákötése már intrapleuralisan is elvégezhető. A bronchus átvágása, enyhe huzás segítségével lehetőleg közel a bifurcatiohoz történjék. A főbronchus ellátása igen különböző módon történhet. E szerzők sem kautert, sem chemiai anyagot nem használnak a nyálkahártya elpusztítására, hanem a nyálkahártyát külön varrják, a bronchus porcos elemeinek zúzása után silk wormmal elvarrják és elsülyesztik. A hilus képletek ellátásakor néha a szívburok ideiglenes megnyítása is szükségessé válhat.

Jobboldalt a hilus ellátás a képletek rövidsége miatt még nehezebb. Az ellátás csak a mediastinumban lehetséges. Tájékozódásul a véna azygos szolgál. Először a jobb art. pulm. választandó el a vena azygostól. Az art. pulm. a vena azygosnak a v. cava sup.-ban való beszájadzásnál lép be a mellürbe. A v. cava sup. óvatos elkülönítése és félrehuzása után, a v. pulm. kikészítése és az auriculától való isolálása következik. E művelet után az art. pulm. elágazódásaitól proximalisan alákötheto. A venák alákötése után láthatóvá válik a főbronchus, amelyet közel a carinához vágnak át. Jobb oldalt a hilus képleteinek intrapleuralis ellátása azok rövidsége miatt lehetetlen és az ily kisérlet rendszertelen en masse ellátással végződik. A hilusképletek mediastinalis ellátása abból a szempontból előnyösebb, hogy így annak állapota ellenőrizhető és az elváltozott mirigyek eltávolítására is meg van a lehetőség. Ezenkivül a daganat a hilus környékét gyakran beszüri és így gyökeres ellásása csak a mediastinum feltárásával lehetséges. *Rienhoff* a beavatkozást két szakaszra bontja: ha műtét alatt

zavar áll elő, vagy ha a tüdőt súlyosabb összenövések közül kell kiszabadítani. A két szakaszos beavatkozáskor csak a főbronchust és az arteriát köti alá. Egy hét mulva a seb újbóli feltárása után, a venák lekötése után végzi el a tüdő csonkolását. Ily ellátáskor vigyázni kell arra, hogy a főbronchus átvágása a carinahoz egész közel történjék, hogy a főbronchus saját arteriája ne sérüljön. A főbronchus saját arteriájának lefutása olyan, hogy a carinatól csak néhány cm-rel lejjebb éri el a főbronchust. Ha az art. pulm. alákötésekor, a főbronchus saját arteriája is alá köttetik, a tüdő elhal. A főbronchus arteriája és a vanás keringés biztosítja a tüdő vérellátását a két szakasz között. Három szakaszban történhet a beavatkozás, ha a tüdőt súlyosabb összenövések közül kell kiszabadítani. Ilyenkor az első szakszban megelégszenek az összenövések oldásával. A második és harmadik szakaszt a fent vázoltak szerint végzik. A sebet teljesen zárják és szádló alkalmazását kerülik.

Pneumonectomia anterolateralis Overholt. A behatolás anterolaterialis metszéssel történik, amely az 5. bordaközben az elülső hónalj vonaltól halad a szegymelletti vonalban függőlegesen a 2. borda magasságáig. A 2., 3., 4. és 5. bordaporcok a sternalis izülethez közel átvághatók. A hiusellátás lehetőleg separáltan történik, amint azt a *Rienhoff* módszerénél vázoltuk. Ha a hilus separált ellátása nehézségbe ütköznék, akkor tourniquet igénybevételére lehet szükség. Az eljárás megegyezik az egyszakaszos lobectamiával (Lásd orvosképzés 4. 1937.) A seb teljes zárása szádló nélkül.

Pneumonektomia posterolateralis Overholt. Az eljárás elvileg különbözik az elülső módszertől, mert a hilus képleteinek ellátása hátulról történik. A behatolás paravertebralisan a 3. borda magasságában kezdődik, a lapockát megkerülve a 9. borda magasságában az elülső hónaljvonalban végződik. Az 5. bordából kb. 20 cm hosszú darab eltávolítható, a 4. és 6. bordákat az anguiusnál átvágják. Az 5. bordaközti résben széles thorakotomia segítségével tárják fel hátulról a hilust. A műtét a megfelelő oldal szerint változik.

Bal oldalt először az art. pulm.-t kell felkeresni és két ligatura között átvágni. Az aorta a képleteket némileg takarja, úgy, hogy a bronchus felkeresése és ellátása céljából bal oldalt előbb az art. pulm.-t kell alákötni. A vagus elágazódásaira ügyelni kell, lehetőleg közép felé óvatosan letolják. A recurrens nem kerül a műtéti területbe. Ezután a vena sup. és inf. alákötése következik. A tüdő ilyenkor már csak a bronchussal függ össze, amelyre enyhe huzást gyakorolva, átvágása közel a bifurcatióhoz, lehetséges. Ha nehézség merül fel a venák felkeresésékor, az art. átvágása után, a bronchus ellátása végezhető el és a bronchus medialis csonkjának ideiglenes ellátása után kötik alá a venákat. A v. pulm. inf. extrapericardialis részlete 5—10 mm. között változik és így rövidsége miatt lekötéskor nehézségek keletkezhetnek. Ellátásakor a szívburok megnyilhat. Ez a körülmény oly esetekben, amikor másodlagos fertőzés van, veszélyt rejt magában. A tüdő eltávolítása után a bronchus végleges ellátása következik. Teljes sebzárás.

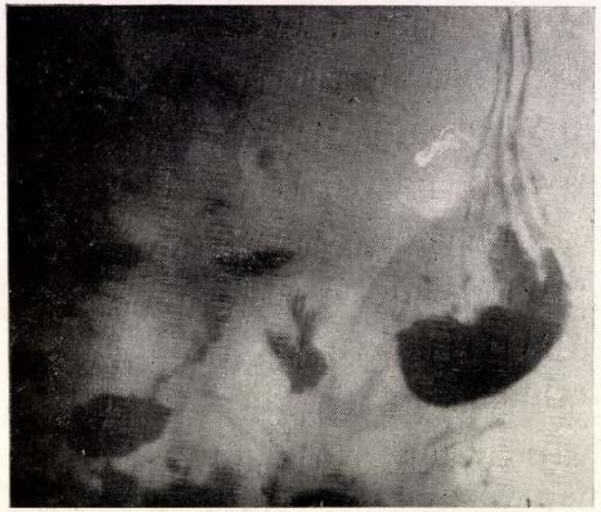
Jobb oldalt az art. pulm. a főbronchus előtt van, úgy, hogy a hátsó behatoláskor elsőnek a főbronchust kell felkeresni és ellátni. A v. azygos magas oszlása következtében a főbronchus ellátását akadályozhatja, ezért azt néha előzetesen le kell kötni. Figyelni kell arra, hogy a főbronchus saját ere ne sérüljön, mert ez a műtét további folytatását akadályozná. A főbronchus ellátását követi az art. pulm. és a két véna felkeresése és lekötése. A főbronchus előzetes ellátásának előnye, hogy a műtét alatti aspiratio veszélye kisebb. Az elülről történő behatolásnak az előnye az, hogy műtét alatt a beteg hátán fekhet és az ellenkező oldali tüdő munkájában zavartalan. Az uaókezelés szempontjából a betegre nézve előnyös, mert a háti rész érintetlen, de szövődmények esetén a drainageviszonyok rosszabbak. Az elülső behatolás jó betekintést ad az elülső mediastinumra. anélkül, hogy a felső lebenyt kiterjedtebben kellene mobilisálni. A hátsó behatólás előnye, hogy az elülső behatolásnál még kényelmesebb betekintést enged a hilusra és a gátorra, a képletek ellátása könnyebb.

Pneumonectomia extrapleuralis Nissen—Haight. Ez eljárás főleg több szakaszban történik posterolateralis behatólásból. Ez a behatolás hasonlít az alsó lebeny eltávolításakor használttal. A hilus ellátás en masse történik, lekötés vagy gummiszádló segítségével *Lenhartz* szerint. Az alsó lebeny extrapleuralis isolálása után annak hilusát lekötik és a lebeny lelökődését bevarják. Az alsó lebeny lelökődése után, hasanló módon látják el a felső lebenyt. A beavatkozást thoracoplastika követi. Ily pneumonektomia oly esetekben jöhet szóba, amikor a hilus ellátása separáltan nem látszik valószínünek. Főleg genyedő folyamatokban, amikor a hilus képleteknek a gátorban való ellátása a fertőzés szempontjából nem ajánlatos. Továbbá peripheriásan elhelyezkedő daganatok esetén, amikor a mellkasfallal összekapaszkodtak, szintén végezhető az eljárás. A beavatkozást a seb nyítvakezelése követi.

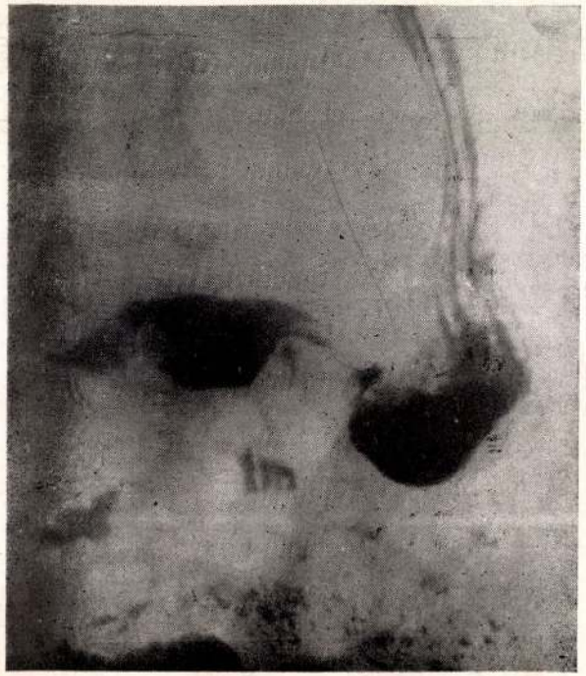
Műtéti eredmények. A világirodalomban 1938-ig 34 teljes féltüdő kiirtás ismeretes. A 34 esetből 10 a műtét következtében halt meg. A 34 esetből 14 esetben történt a beavatkozás rosszindulatú daganat miatt. *Overholt* napjainkig 110 pneumonektomiát gyüjtött össze az irodalomból, amelyből 62 ízben rosszindulatú daganat miatt történt s 48 esetben jóindulatú folyamatban (idült genyedés, bronchiektasia). A malignus esetekben a műtéti halandóság 65%, a benignusokban 24%. Ezt az eredményt a kezdeti sikertelen esetek száma rontja. Nem szabad megfeledkezni arról, hogy kezdetben az egyszakaszos lobektomiának halálozása is 60% körül mozgott. Egyes szerzők egyéni eredményeiről, az aránylagosan kevés számú esetek alapján, még véleményt adni alig lehetséges. Ezidőszerint *Overholt*, rendelkezik legnagyobb anyaggal s 22 pneumonektomiáról számolt be. 7 benignus esetéből 1 beteget sem vesztett el, 15 rosszindulatú daganat esetén történt pneumonektomiájának során halálozás 33.3%. *Overholt* szerint az esetek operabilitása 25%-ra becsülhető. *Rienhoff* 12 esetéből 3-at vesztett. 8 tüdőrák miatt végzett pneumonektomiás betegéből 3 hat—tizenkét hónapon belül kiujulás miatt meghalt. *Overholt* utánvizsgálata szerint azon esetekből, melyek metastasis jelei nélkül operáltattak 60% kiújulástól mentesen él. A legrégibb operált esetek 5½ év óta élnek. *Graham* szerint, a késői eredmények nem lesznek roszszabbak, mint bármely szerv hasonló betegségének sebészi kezelése nyomán.

1. *a)* ábra.

1. *b)* ábra.

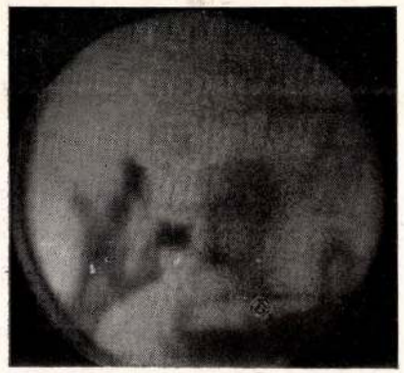


2. *a)* ábra.



2. *b)* ábra.

2. *c)* ábra.



3. *a)* ábra.

3. *b)* ábra.

Az Erzsébet Tudományegyetem belklinikájának közleménye. (Igazgató: Ángyán János ny. r. tanár.)

A pankreas betegségeinek röntgendiagnostikája.

— *Műmelléklettel.* —

Irta: *Megay László dr.*, egyetemi tanársegéd.

A pankreas heveny gyulladásos betegségei, amint arra különösen *Katsch* és *Berger* mutatott rá, nem ritkák. A klinikai észlelés mind gyakrabban irányítja a röntgenvizsgálat figyelmét is a pankreas megbetegedésével kapcsolatos tünetek kutatására. A röntgenvizsgálattól minden esetben határozott eredmény nem várható, mégis sokszor szolgáltat értékes adatot a hasi diagnosztika e nehéz területén.

A pankreas röntgenvizsgálata igen nehéz. Rejtett helyzetében sugárnyelésével környezetétől ép állapotban nem tér el. Ezidőszerint nem is rendelkezünk olyan eljárással, amellyel a pankreast, vagy kivezető csőrendszerét fel tudnánk tüntetni. A kórismézés céljából készített *pneumoperitoneum (Rautenberg)* eljárása nem veszélytelen és a legújabban alkalmazott *rétegfelvételes eljárás* (tomographia, planigraphia) értékéről a hasnyálmirigy röntgenvizsgálatában ma még kevés mondható. Kóros állapotban azonban saját árnyékot adhatnak egyes elváltozások; így válnak felismerhetővé pankreaskövek, tályog, igen nagy tömlők és daganatok.

Különböző szerzők kimutatásában egymástól lényegesen eltérő arányszámmal szerepelnek a *pankreaskövek. Tzschirnitsch* 30 esztendő irodalmi adatai alapján a hasüreg legritkább kőbetegségének tartja. *Simmonds* ezrekremenő statistikája 2‰-ről, *Carnot*-é 3‰-ről számol be. Az említett szerzők adataival szemben *Lüdin*-nek sikerült 242 különös gonddal boncolt esetének 5%-ában követ találni és annak 1/7-ét, — ami az eddigi megfigyelésekhez képest szintén feltűnő —, élőben végzett röntgenvizsgálattal is kimutatni. Bár *Lüdin* százalékos arányszáma az eddigi irodalmi adatokat sokszorosan felülmulja, mégis megfelel az egyre szaporodó klinikai észleléseknek, melyek alapján az eddigi nézettel szemben fel kell tennünk, hogy a hasnyálmirigy megbetegedései — különösen az enyhébben lefolyó gyulladások, — jóval gyakrabban fordulnak elő, mint ahogyan eddig gondoltuk. *Lohmann* újabban 10 röntgenvizsgálattal is felismert és boncolással is igazolt pankreasbetegségben, az esetek felében követ mutatott ki. A pankreas kövei *Lüdin* és mások szerint az I.—III. ágyékcsigolya magasságában, a középvonaltól jobbra, vagy balra helyezkednek el, általában többszörösek és szabálytalanok, olykor tüskés körvonalúak; ha mésztartalmúak intensiv árnyékot adnak. Epekövektől cholecystographia, vesekövektől pyelographia segítségével rendszerint könnyen elkülöníthetők és csak elmeszesedett mesenterialis nyirokmirigygyel volnának összetéveszthetők, különösen, ha ez csupán a hasüreg egy helyén, a pankreas lefutásának magasságában foglal helyet.

A nagyobb, valódi *pankreastömlő* golyószerű, helyesebben kerekded lágyrészárnyékot ad, amint ezt többek között *Haring, Engel* és *Lysholm* is megfigyelték; ennél sokkal jellegzetesebb a *pankreasszétesés* következtében fejlődő áltömlő képe; ennek nagy üregében a vízszintes folyadékszint jellemző képet adhat *(Haring, Kuhn, Palugyay* megfigyelései).

A hasnyálmirigy betegségének *közvetett tünetei*, a szomszédos szerveken, nevezetesen a patkóbélen, a gyomron és a harántvastagbélen mutatkoznak. A *gyomor* vizsgálatakor alakjának és helyzetének, továbbá kiürülésének esetleges eltérései érdemelnek figyelmet. A megnagyobbodott pankreas a terimenagyobbodás helyének megfelelően a gyomrot behorpaszthatja, esetleg helyéből eltolhatja. Az így okozott telődéshiányról annyi rendszerint könnyen megállapítható, hogy a daganat a gyomor falával függ-e össze, vagy rajta kívül foglal-e helyet. Az antrum görcsét *Lüdin* írta le pankreaskő és pankreasgyulladás egy-egy esetében. Amint az a később ismertetendő esetekből is kitünik, a közvetett gyomortüneteket a pankreas különböző betegségei okozhatják. Megnehezíti a tünetek értékelését, hogy ezek egy része egyéb, távolabb fekvő szerveknek — így az epehólyagnak és a féregnyulványnak — betegségeit is kisérhetik. Annak ellenére azonban, hogy az egyes tünetek megítélése ilyen óvatos mérlegelést kíván, azoknak egyéb tünetekkel való egybevetése alapján, mégis, — mint látni fogjuk — képesek leszünk arra, hogy a kórjelzés felállítását jelentékenyen alátámasszuk.

A gyomron tapasztalható változásoknál állandóbbak és jellegzetesebbek a *patkóbél* eltérései. Maguk az alaki elváltozások rendesen kevéssé jellemzőek, kivéve a *Frostberg* leírta torzulatot; ilyenkor a papilla Vateri helyének megfelelően, a duodenum lehágó szára közepén, a homorulat felé tekintő kicsúcsosodás észlelhető, amelyet egy megfordított arabs 3-hoz hasonlíthatunk. A szerző az elváltozást két izben hasnyálmirigyrákban és egy esetben pankreatitisben találta. Ismét egy tünet, melyet a közvetett gyomortüneteknél elmondott megszorításokkal használhatunk csak fel, tehát „pankreaslaesio" mellett, anélkül, hogy magának a kóros folyamatnak közelebbi természete felől felvilágosítást adhatna. Mégis, a folyamat jóindulatuságát nem egyszer kizárhatjuk, a rosszindulatúság kizárása azonban — legalábbis ilyen biztonsággal — nem sikerül. A sugárfogó anyaggal elvégzett passagevizsgálat során nagy figyelemmel kell lennünk a duodenum teljes lefutására. A patkóbél balfelé nyitott, patkóalakú homorulata — mint tudjuk, — a hasnyálmirigy fejét veszi körül, így érthető, hogy minden, ebben az ú. n. „pankreastérben" létrejövő terimenagyobbodás a patkóbél hajlatát széttolja és a „nagy C"-nek nevezett elváltozást hozza létre, amelyet elsőkként *Engel* és *Lysholm*, továbbá *Kuhlmann* írtak le. A patkóbél hasnyálmirigy eredetű motilitás- és tónusváltozásával *Dorner* és *Palugyay* foglalkoztak behatóbban. A kiürülés zavara rendesen kisebb-nagyobbfokú lassubbodásban áll, melynek oka a legtöbb esetben a flexura duodeno-jejunalisra ható, akárcsak csekély nyomás, amely mellett viscero-visceralis reflex feltételezésére rendszerint nincsen szükség. A proximalis patkóbélszakasz kitágulását pankreas annulare egy esetében *Lüdin* figyelte meg. Ha görcsös állapotoktól és anatómiai elváltozásoktól eltekintünk, a gyomortartalomnak a duodenumba jutását a Mehring-reflex, tehát általában a sósavtermelés mértéke és menete szabályozza. Ebből folyóan — egyéb szempontok figyelembevételével — a bulbustelődés üteméből a sósavtermelés csökkent, vagy fokozódott voltára vonhatunk következtetést. Rendes körülmények között a bulbusba jutott sugárfogóanyag a patkóbél további szakaszán kisebb összefüggő részletekben másodpercek alatt jut a flexura duodenojejunalison át a vékonybelekbe. A gyors ürülés miatt, ép-élettani körülmények között a duodenum lefutásának követése bizonyos figyelmet igényel, annyival inkább, mivel a patkóból felhágó részletét rendesen a gyomor canalis egestoriusa fedi. Egyrészt az említett körülmény, másrészt a duodenum bulbusától distalisan fekvő bélszakasznak az esetek többségében kétségkívül

alárendelt jelentősége magyarázza talán, hogy a duodenum e szakaszának vizsgálata nem ritkán mostoha elbánásban részesül. A sugárfogó anyagnak további útja a vékonybeleken keresztül nehezen követhető, de jelen tárgyunk szempontjából különös jelentősége úgy sincsen. A duodenumtelődés elhúzódása a pankreas különböző betegségeiben oly jelentékeny mértékű lehet, hogy másodpercekről percekig sőt negyedórákig is elhuzódik. Enyhébb esetekben esetleg csak az tünik fel, hogy a patkóbél nem szakaszosan, hanem végig és tartósan telődött. Rendesen azonban ugyanakkor ürülése is legalább kisebb mértékben elhuzódó. Egyesek antiperistaltikát figyeltek meg, mely a flexura duodeno-jejunalistól indul ki. A pars descendens atóniája a környezet gyulladásos elváltozására hivhatja fel a figyelmet.

A duodenitist kisérő *nyálkahártyaelváltozás* egyéb tünetek egybevetésével olykor szintén a hasnyálmirigy kóros elváltozásra utal, minthogy úgy látszik gyakrabban kisérője a pankreas, mint egyéb szervek kóros folyamatainak *(Lohmann)*, azonban általában a pankreas megbetegedése mellett ritkán találunk kisérő gyomorhurutot, amelyet éppen azért csak nagy óvatossággal lehetne értékesíteni. *Sandra* a gyomor antrumának harántul-redőzödöttségét figyelte meg.

Egyéb szervek közül a harántvastagbél *lefelé helyezettsége* és erős *meteorismusa* tünik gyakran szembe.

Magasabb *rekeszállás*, renyhe kitérés, mérsékelt folyadékgyülem, a tüdő basisán *légtelenség (Berg)* kisérheti a hasnyálmirigy betegségeit; utóbbi tünetek, melyek a rekesz alatti kóros folyamatokat gyakran kisérhetik, csak per exclusionem értékesíthetők.

A pankreas *közvetett vizsgálatát Engel* és *Lysholm* ajánlotta először 1934-ben. Ők a szokásos dorsoventrális felvételt hasfekvésben készült oldalirányú felvétellel egészitették ki oly módon, hogy előbb a gyomrot effervescens sóoldat itatásával meteoristicussá és így kontrasztdussá tették, a pankreasnak a gyomor és a gerincoszlop közzé vetített árnyékához képest. Szerintük a retroventicularis tér szélessége egy csigolya átmérőjének felel meg s a gyomor-gerincoszlop távolságnak kiszélesedése az elmondottak alapján innen kiinduló, térszükítő folyamatot jelent. Miután pedig itt egyéb képletek, mint aneurysma, peritonealis daganat, májdaganat csak rítkán jönnek számításba, szerzők szerint az ilyen módon készült felvételek jónéhány esetben bizonyitották a hasnyálmirigy kóros állapotát. Azt, hogy az ilyen megnagyobbodás jóindulatú terimenagyobbadás, vagy rosszindulatú daganat, elsősorban egyéb klinikai tünetek egybevetésével kell eldöntenünk.

A röntgendiagnosztika értékelése szempontjából a klinika anyagából a következő eseteket ismertetem:

1. eset. M. J., 36 é. szíjgyártó 1939. II. 1.—III. 11.-ig feküdt klinikánkon. Betegsége állítása szerint 1 hónapja kezdődött erős gyomorgörccsel, hascsikarással és hasmenéssel. Hányingere volt és hányt. Orvosa appendicitis gyanujával a sebészeti klinikára küldte, ahonnan 5 napi észlelés után (miután panaszai nem látszottak appendicitises eredetünek), javultan távozott. Odahaza újabb görcsös hasi fájdalma támadt, mely a jobb lapocka tájára sugárzott ki, majd hányt, lázas lett, megsárgult és ugyanekkor széklete világosszinüvé, vizelete sötétbarnává vált. Rohamszerű görcsös fájdalma még 4 izben ismétlődött. A nagyon elesett, sárgaságos beteg hasa a felvételkor feszes, nehezen betapintható, az epigastrium és a jobb hypochondrium táján izomvédekezés és nyomásérzékenység állapítható meg. Felvételkor hőmérséklete 38.6° C fvs. -szám 25.000, a serum bilirubintartalma 5.7 mgr%, vvs.-süllyedés 1/81, 2/122, 24/131. A vizeletben a fehérje opaleskál, vizeletdiastase 128 (W. E.).

Röntgenvizsgálat. A has előzetes üres átvilágításakor a vastagbelek, főleg a léphajlat erős meteorismusa tünik fel. A kontrasztvizsgálat alkalmával a magasratolt gyomornak csupán ökölnyi része telődik, egyébként ép konturral, míg az antrumos rész erősen, egyenletesen szükült és rajta peristaltika nem figyelhető meg (1. a. sz. ábra). A bulbus telődését teljes bizonyossággal kimutatni nem sikerült, a patkóbél további lefutása és az első jejunumkacsok telődése azonban rendes és a patkóbél nyálkahártyarajzolata sem mutat kórosat. A patkóbél által körülvett tér nagyobbnak látszik („nagy C"). Egyébként a gyomor és patkóbél ürülése eltérést nem mutat a 24 órára terjedő vizsgálat alkalmával. A leletből arra lehet következtetni, hogy a gyomrot valamely megnagyobbodott képlet felfelé, a duodenum hajlatát pedig széttolja, mely minden valószinüség szerint a megnagyobbodott hasnyálmirigy.

A betegnek a klinikai észlelés tartama alatt többször volt hidegrázása 39° C fölé emelkedő lázzal, intermittáló lázmenettel. Ugyanekkor görcsös epigastrialis fájdalom, epehányás. Megfelelő étrendi és gyógyszeres kezelés mellett 2 hét mulva hidegrázása elmaradt, fájdalmai fokozatosan megszüntek, általános állapotának javulása mellett fvs. -száma 11.400-ra, a vizelet distasetartalma 16 egységre csökkent, javult állapotban hagyta el a klinikát. A 6 hét mulva végzett ellenőrző röntgenvizsgálat mindenben szabályos viszonyokat mutatott. (l. *b)* ábra.)

2. eset. F. J. 55 éves napszámos klinikánkon feküdt 1939. I. 25.—II. 3.-ig. 4 hónapja betegeskedik. Kezdetben gyomorrontás, utána hasmenés, nyálkás székürítések. Kezelésre hasmenése megszünt, étkezéstől függetlennek látszó gyomorpanaszai azonban fokozódtak. 1 hete megsárgult, azóta vizelete barna, széklete szürkés, agyagszerű. A beteg feltünően gyengén táplált, lázas, erősen sárgaságos, nyelve bevont. Hasában a köldöktől jobbra mintegy gyermekökölnyi, egyenetlen felszinű, nyomásra érzékeny képlet tapintható, mely a légzőmozgásokat alig követi és a máj szélétől elkülönithető. Utóbbi 2 har. ujjal haladja meg a bordaivet, tapintata ugyancsak tömött. A laboratoriumi vizsgálatok mérsékelt leukocytosist (11.700), a serum erősen emelkedett bilirubintartalmát (12.9 mgr%), a sötétbarna vizeletben pos. bilirubinpróbát mutattak. Az acholiás székletben a vérpróba positiv. Serumdiastase 32, vizeletdiastase 128.

Röntgenvizsgálat. A gyomor-bél röntgenvizsgálata alkalmával kóros eltérés csupán a duodenumon volt megállapítható, mely erősen, mintegy ½ órára elhuzódó és állandó duodenumtelődésben (2. a., b., c. ábra) és megvastagodott nyálkahártyarajzolatban állott. Emellett a gyomor ürülése is mérsékelten elhuzódó. A lelet tehát így hangzott: „bár a duodenum lefutása rendellenességet nem mutat, a pépnek hosszas és a felvételeken is kimutatható időzése a duodenumban minden bizonynyal kóros jelenség és a legnagyobb valószinüséggel a hasnyálmirigy betegsége mellett szól."

A beteg állapota a septikuson intermittáló lázmenet mellett fokozatosan romlott, sárgasága, leukocytosisa fokozódott és 1 héttel felvétele után meghalt.

Kivonat a *boncjegyzőkönyvből:* „A patkóbél nyálkahártyáján kb. pengő nagyságú, szabálytalan szélű és alvadékkal kitöltött hiány van . . . A hasnyálmirigy fejében kb. borsónyi, elég tömött, szabálytalanszélű daganattömeg van. A hasnyálmirigyben kevés genny található. . . Diagnosis: Tumor capitis pancreatis. Pancreatitis purulenta. Inde ulcus duodeni. Hepatitis biliaris. Pleuritis chr. fibrosa ligamentosa. Degeneratio parenchymatosa myocardii et hepatis. Oedaema et emphysaema pulmonum."

3. eset. V. Gy. 30 éves kőmüves ismételten feküdt klinikánkon. 1. izben 1928 tavaszán influenzával, 2. izben 1937 őszén 14 évi kiújuló gyomorpanaszokkal gastritis acida kórjelzéssel 3. izben 1939. II. 23.—III. 8.-ig állott megfigyelésünk alatt. A korábban rendelt étrendi és gyógyszeres utasításokat nem tartotta, régebbi panaszai kiújultak. 4 nappal felvétele előtt étvágytalan, gyomra táján nyomást érez,

hányingere, savanyú felböfögése van és sárgás gyomortartalmat hány. Panaszai azóta fokozódtak. Fizikális vizsgálata alkalmával az epigastrium és a köldök körüli tájék élénken nyomásérzékeny, mindkét vesetájék, de főleg a baloldali ütögetésre fájdalmas. Felvételkor a fvs.-szám szabályos, a vizelet üledéke látóterenkint 4—5 vvs.-et tartalmaz. Másnap mérsékelt leukocytosis (11.800) fejlődik ki, a beteg ismételten hány, erősbödő, görcsös hasi fájdalmakról panaszkodik. A vizeletdiastase értéke 128 W. E. Étkezését cukros teára korlátozva panaszai napok alatt fokozatosan megszünnek, a vizelet kóros alakelemei eltünnek; diastasetartalma továbbra is emelkedett.

Röntgenvizsgálat. A sagittális sugárirányban compressióval készült célzott felvételek a duodenum bulbusának közepén pepticus fekély képét mutatják, (3. a.) a fekélyfészek felé haladó nyálkahártyarendőzettel, mely az oldalirányú átvilágítás alkalmával a hatsó falon ülőnek bizonyult. (3. b.)

A beteg zsirszegény, egyébként fekélybetegségének megfelelő utasításokkal, gyógyultan távozott. Két izben 4 hetes időközökben történt ellenőrzéskor panaszmentes, röntgenlelete negativ.

Közölt eseteink tehát jól mutatják a röntgenvizsgálat jelentőségét a hasnyálmirigybetegség kórjelzésében.

Első esetünkben, melyben klinikailag is kétségtelenül pancreatitis volt megállapítható, a gyomor és a vastagbél közvetett tünetei uralkodtak a képen, míg a duodenum említésreméltó eltérést nem mutatott. A feltünően magasratolt és az antrumos rész beszükülése következtében kisebb gyomor, melyen peristaltika nem volt észlelhető, daganat gyanuját kelthette, mely azonban a felvételen a szabályos és jól áttekinthető nyálkahártyarajzolat és az éles körvonalak alapján biztonsággal kizárható volt. Esetünkben a gyomron tapasztalt szokatlan és nagyfokú eltéréseket az teszi rendkivül tanulságossá, hogy — amint azt az ellenőrző vizsgálat igazolta, — a daganat gyanuját keltő elváltozások a kórkép lefolyását követve, teljesen visszafejlődtek. Hasonló leírást az irodalomban csak *Püschel Benhamou* és *Montpellier* közöltek, anélkül azonban, hogy az ő esetükben a folyamat változása követhető lett volna. Ezenkivül a szerzők csaknem kivétel nélkül a transversumnak lefelétolását írják le a pankreas betegségében, ezzel szemben esetünkben a harántvastagbél magasra tolt helyzetben volt. Errevonatkozólag nyilván helytálló *Assmann* magyarázata, aki a pankreasmegbetegedések alkalmával a környezetben létrejövő elváltozások nagy változatosságának okát általában abban keresi, hogy a szomszédos szervek másodlagos elváltozása nemcsak az alapbajtól, hanem a szomszédos szervek alaki tulajdonságaitól — esetünkben a gyomor alakjától és tónusától, valamint helyzetétől is messzemenőleg függ.

Második esetünk az előbb említettől eltérően röntgenológiailag tünetszegény volt, itt csak a patkóbél stasisa hivta fel a figyelmet a hasnyálmirigy bajára. A durván lobos nyálkahártya-rajzolat mellett a patkóbélnek pankreatitisből eredő nyálkahártya-fekélyét a vizsgálat nem mutatta.

Harmadik betegünket gyomortüneteivel évekig megfigyeltük; tüneteinek pankreatitises eredete a klisikai-laboratoriumi vizsgálatok egybehangzó eredménye alapján bizonyítottnak volt tekinthető. Ez alkalommal ugyan a röntgenvizsgálat semmivel sem járult hozzá magának a pancreatitis kórjelzésének felállításához, segítségével azonban sikerült az előidéző alapbajnak, a patkóbélfekélynek kimutatása, mely a hátsó falon ült és a hasnyálmirigybe furódva vezetett a hasnyálmirigy gyulladásos tüneteinek fejlődéséhez.

Az Erzsébet Tudományegyetem sebészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: Neuber Ernő ny. r. tanár.)

A golyvaműtét utáni mellékpajzsmirigyártalom kórtana és klinikája

Irta: *Posgay István dr.*, egyet. tanársegéd.

A mellékpazsmirigyek felfedezése óta számos tudományos munka jelent meg és lát napvilágot ma is, melyek hivatva vannak működését tisztázni. A megfigyelt hiány-tünetek szolgáltak útmutatásul annak felfedezésére, hogy az epitheltestecskék, mint önálló belsőelválasztású szervek működnek. Megállapították, hogy a mirigy csökkent működése a tetania keletkezésében fontos szerepet játszik. Az azonban nincs teljesen felderítve, hogy ártalmas hatását milyen módon fejtik ki; jóllehet ismerjük heveny tüneteit, sőt az utóbbi időben hyperfunctiós állapotát is.

A régebbi időben a tetania keletkezését kórbonctani, főleg azonban anatomiai kutatásokkal igyekeztek megmagyarázni. Ma már ezekbe a kutatásokba az újabb irodalmi adatok szerint belekapcsolódik a kórélettan és biochemia is, melyek már a műtéti tapasztalatokra támaszkodva igyekeznek a tetania előidézte anyagcserezavart tisztázni.

A tetaniában két fontos tünetcsoportot különböztetünk meg. Az egyik csoportba tartoznak az izomzatban jelentkező görcsök és a fokozott idegingerlékenység, a másikba pedig az ásványi anyagcserezavarok, főleg a calciummal kapcsolatban. Az idegingerlékenységből és a tetaniás izomgörcsökből régóta arra következtetnek, hogy a mellékpajzsmirigynek talán méregtelenítő feladata van egy izgató, illetve görcsokozó méreggel szemben. Azt gondolták, hogy ez a méreg a guanidin. *Fühner* igyekezett ezt kisérletekkel bebizonyítani, de nem sokkal később a szerzők egész sora — javított kisérleti eljárásokkal dolgozva — kétségbevonta *Fühner* állításait. Ezek szerint egyedül a guanidin-mérgezés nem lehet okozója a mellékpajzsmirigy hypofunctiójától származó tetaniának. *Ascher* véleménye szerint azzal, hogy rendes körülmények között a mirigynek méregtelenítő szerepe van és az epitheltestek sérülésekor vagy egyéb betegségekor valamilyen méreganyag okozza a tetaniás tüneteket, a kérdés még nincs elintézve.. *Preis*nek az a véleménye, hogy a kifejlődött tetaniában valoszínűleg szerepet visznek bizonyos fehérjeanyagcserebomlástermékek, illetve az ezekből másodlagosan keletkező mérgező fehérjevegyületek. *Kühl* a tetaniát a szervezet dimethylguanidin mérgezésének tartja, ami a fehérje utolsó bomlásterméke.

A betegséggel kapcsolatos Ca-anyagcserezavarok világosan állnak előttünk. Már évtizedek óta megfigyelték, hogy a tetaniás betegek vérében és izomzatában kevesebb a Ca-tartalom. Ugyanakkor megállapítást nyert az is, hogy Ca érbeadásakor a betegség tünetei megszünnek. *Kolb* bizonyította be, hogy a szervezet Ca-szintjének süllyedésekor az idegingerlékenység fokozódik. Igy azután világossá vált, hogy a tetaniának biztos és kimagasló tünete a szervezet Ca-anyagcserezavara és ez épp oly kifejezett a tetaniás emberen, mint a kisérleti állaton.

A sebészek már régóta megfigyelték és leírták, hogy a nyakon, főleg a pajzsmirigyen végzett műtétekkel kapcsolatosan tetaniás görcsök jelentkeznek. E tapasztalatok alapján jogos volt az a feltevés, hogy ennek oka csakis a mellékpajzsmirigyek sérülése, vagy a műtéttel kapcsolatos egyéb behatás lehet.

Később észleltek tetaniákat, melyek ugyan a műtétekhez csatlakoztak, de az epitheltestek megsértése még sem volt feltehető; *Orth* duodenalis fekélykiírtással, *Enderlen* hallux valgus műtéttel, *Melchior* pedig sérvműtéttel kapcsolatosan. Tehát tudjuk már azt, hogy az epitheltestek működésének hiánytünetei az epitheltest közvetlen megsértése nélkül is előfordulhatnak. *Melchior* szerint még egyéb külső tényezőknek is szerepelnie kell a tetania kifejlődésében. *Mattauschek* és *Grossman* közleményei bizonyítják, hogy vidékenként minden megmagyarázható ok nélkül, hirtelen tömegesen jelentkezhet a tetania és ezáltal endemiás, illetőleg epidemiás jelleget is ölthet. Ezt ők spontan tetaniának nevezték. Adatok szólnak amellett, hogy az egyéni hajlamon kívül a rossz táplálkozás (világháború) is növeli a tetaniák számát. Ezenkívül szerepet játszhatnak más körülmények is, mint pl. az évszak *Mattauschek* 90 esete közül a legtöbb tetania az év első négy hónapjában jelentkezett.

Míg nem ismerték az epitheltestek anatomiáját és e réven vérellátását, gyakrabban fordultak elő műtét utáni tetaniák. Mindezek tudatában a fejlődő műtéti technika ellenére, sajnos még ma is elkerülhetetlen, hogy az esetek néhány százalékában postoperativ tetania ne támadjon. Ennek magyarázata igen egyszerű, ha a *Hintsche* munkájában közölt ábrákra gondolunk. Itt nagyon jól megfigyelhető a mellékpajzsmirigyek változatos elhelyezése, tehát sérülésük még akkor is könnyen lehetséges, ha a műtét reájuk különös figyelemmel van. Nem feltétlenül szükséges a mellékpajzsmirigy teljes elpusztítása a pajzsmirigy resectiójával kapcsolatosan, hanem sokszor elegendő, hogy az erek lekötése folytán egyik epitheltest vérellátása szenvedjen zavart. Genyedés, esetleg bevérzés szintén ártalmasan befolyásolhatják az epitheltestek működését.

Sok szó esik arról, hogy a mellékpajzsmirigy működése mennyiben csökken az arteria thyreoideák lekötésével kapcsolatban. *Halsted, Evan, Kummer* és *Mandler* azt állítják, hogy az epitheltestek tönkremehetnek már akkor is, ha a pajzsmirigy alsó ütőereit, vagy annak ágait közel a tokhoz kötjük le. Viszont *Metz, Petenkoffer, De Quervain* és mások, kik mind a négy arteriát lekötik, az epitheltestek sérülését nem észlelték és helyes műtéti technika mellett nem is tartják valószínűnek.

Klinikánkon 700 golyvaműtétet végeztünk és az esetek 95%-ában mind a négy ütőeret lekötöttük Összesen *négyszer* észleltünk tetaniát. Ezek közül 2 közvetlenül a műtét után jelentkezett. A 3. beteg a műtét után 8 évvel kapott tetaniát, mégpedig szülés után. A 4.-en a golyva resectióját nem is végeztük el, mert az illető már tetaniás állapotban került a klinikára.

Sokat foglalkoztak a tetaniás készséggel és ennek kifejlődésével. Főleg a golyvás betegek idegingerlékenységét és a vér Ca-szintjét figyelték meg műtét előtt, hogy azokon, akiken e téren a rendestől eltérő eredményeket kaptak és abból tetaniás készségre következtethettek, a műtétet ne végezzék el, hogy így a műtét utáni tetania elkerülhető legyen.

1923-ban *Melchior* és *Nothmann* az ideg ingerlékenységét figyelték meg műtét előtt és után. Azt tapasztalták, hogy a golyvával össze nem függő műtétek alkalmával 35%-ban, a golyvaműtétek alkalmával pedig 85%-ban fokozódott az idegingerlékenység. 1924-ben *Steichele* és *Schlosser* 100 folyvaműtéttel kapcsolatban nézték az idegingerlékenységet és a vér Ca-tartalmát. Vizsgálataik eredményeképen — kivéve, ahol tetania jelentkezett — egyszer sem találták annak fokozódását, sem a vér Ca-szintjének süllyedését. Ennek következtében megállapításuk az volt, hogy sem a műtét előtt, sem pedig utána lappangó tetaniát, vagy erre hajlamot nem találtak. *Steichele* és *Schlosser* kisérletei után *Melchior* és *Nothmann* ismételt vizsgálatokat végeztek 24 golyvaműtéttel kapcsolatosan. Minden esetükben kétoldali resectiót végeztek a négy arteria lekötésével. Eredményeik megegyeznek előző vizsgálataikkal; most is 81%-ban találtak fokozott idegingerlékenységet. A vér Ca-ot most sem vizsgálták. *Danheisernek* — a műtét utáni manifest tetaniát nem tekintve — 42 vizsgált esetéből csak egyben lehetett az elektromos ingerlékenység fokozódását és a vér Ca-szintjének csökkenését kimutatni.

Felmerült az a gondolat is, hogy maga a narkosis ingadozásokat idéz elő a vér Ca-szintjében. Ebből a szempontból a kérdést *Löwenstein* tette részletes vizsgálat tárgyává. Megállapította, hogy általános narkosisban a vér Ca-szintje középértékben 0.54 mg%-os csökkenést mutat, bár az értékek mindig szabályos határok között mozognak. A helyi érzéstelenítés a vér Ca-szintjét nem változtatja meg. Meg kell még emlékeznünk *Mandl* eredményeiről. Ó két csoportba osztotta a betegeket; az egyikbe azok tartoznak akiken nyaki műtéteket végeztek és feltehető volt, hogy zavar következik be az epitheltestek működésében. A másik csoportba pedig azokat a betegeket osztották, akiken az epitheltestektől távol történt a műtéti beavatkozás. Amíg a pajzsmirigygyel össze nem függő műtétek során a betegeknek mintegy 15%-a mutatott hypocalcinaemiát, addig a strumaműtéten átesett betegeken mindenkor a vér Ca-szintjének csökkenése volt kimutatható. A csökkenés számszerű nagyságát *Mandl* nem közli.

Klinikánkon nagyszámban végeztünk golyvaműtéteket. Pécs városnak és Baranya-vármegyének nagyrésze golyvavidék. Az itt észlelhető golyvák egy része a tünetmentes golyvák csoportjához tartozik, egy másik, kisebb része a gyenge hyperfunctio jeleit mutatja. Műtétre kerülő nagy számuk következtében a tetaniakészség kérdésének vizsgálata számunkra nemcsak elméleti fontosságú, hanem gyakorlati jelentőséggel is bír. Éppen ezért műtéti anyagunkon vizsgáltuk azt, hogy eseteinkben — az általunk alkalmazott műtéti technika mellett — kell e számolni tetaniás készség kifejlődésével. E kérdés vizsgálata egyben alkalmat ad arra, hogy az irodalomban szembenálló nézetek tisztázásához a magunk tapasztalataival is hozzájáruljunk.

Ezért betegeinken rendszeresen vizsgáltuk műtét előtt és után az ideg elektromos ingerlékenységét és a vér Ca-szintjét. Az elektromos idegingerlékenységet a szokásos módon a facialis és ulnaris idegek területén vizsgáltuk és megállapítottuk az idegingerlékenység milliampere küszöbértékét. A vér Ca-tartalmát *de Waard* módszere szerint határoztuk meg. A vért reggel éhgyomorra vetük. Összesen 59 golyvaműtéten átesett betegünkön végeztük el e vizsgálatokat. Eredményükről az I. táblázat számol be.

A táblázatból kitünik, hogy a vér Ca-szintjében a műtét következtében lényeges változás nem mutatkozik. Az esetek nagy többségében az ingadozás a hiba-határokan belül marad. 1 mg%-ot elérő, vagy meghaladó értéket csak 8 esetben figyelhettünk meg, (37—44. sorsz.), ezek közül 4 esetben Basedow-golyváról, a többiben pedig nehéz műtéti esetről (nagy csomós, szegyalatti s rosszindulatú golyvák) volt szó. Az elektromos ingerlékenység minden esetben változatlan maradt. Az I. táblázatban felsorolt műtétek során mind a 4 arteriát lekötöttük és mindkétoldali golyvalebeny nagyrészét resecáltuk. A műtétek túlnyomórészt helyi érzéstelenítés-

ben történtek, az általános narkosisban végzett műtétek éppen azok,, melyek során a Ca-szint nem változik. Ez a megfigyelés *Löwenstein* vizsgálatait megerősíti.

Végeztünk olyan műtéteket is, amelyek során nem 4, hanem csak 2 és 3 arteriát kötöttünk le. Ezek eredményeit a II. táblázat adja.

1. táblázat.

Sorszám	Kor	Nem	A vér Ca szintje mg % műtét előtt	A vér Ca szintje mg % műtét után	Érzéstelenítés novoc.	Érzéstelenítés aether	Megjegyzés
			Négy arteria lekötés:				
1.	38	♂	10.4	10.0	+	—	—
2.	29	♀	9.5	10.0	+	—	—
3.	43	♀	10.7	10.9	+	—	—
4.	44	♀	10.9	10.3	+	—	Based.
5.	35	♀	10.2	10.5	+	—	—
6.	50	♀	10.9	10.5	+	—	—
7.	45	♀	10.9	10.5	+	—	—
8.	23	♀	10.4	10.3	+	—	—
9.	35	♀	11.8	11.5	+	—	Based.
10.	50	♀	10.3	10.0	+	—	„
11.	47	♀	10.0	9.5	+	—	—
12.	38	♀	10.6	10.0	+	—	—
13.	28	♀	10.5	10.2	+	—	Based.
14.	19	♀	12.2	11.0	+	—	—
15.	37	♀	10.9	11.3	+	—	—
16.	47	♂	10.9	10.4	+	—	Based
17.	28	♀	10.5	9.4	—	+	—
18.	36	♀	11.0	11.1	—	+	—
19.	39	♂	10.8	10.1	+	—	—
20.	31	♀	10.5	10.2	+	—	—
21.	48	♀	10.5	10.6	+	—	—
22.	42	♂	9.6	10.0	+	—	—
23.	34	♀	10.2	9.9	+	—	—
24.	40	♀	10.9	9.8	+	—	—
25.	44	♂	9.8	9.2	—	+	Based.
26.	19	♀	10.9	10.8	+	—	—
27.	63	♀	10.2	10.0	+	—	—
28.	31	♀	11.5	11.0	+	—	—
29.	52	♂	10.8	10.5	+	—	—
30.	47	♀	10.6	10.2	+	—	—
31.	43	♀	10.2	9.7	+	—	Based.
32.	43	♂	11.6	11.0	+	—	„
33.	48	♂	10.9	10.0	+	—	„
34.	45	♀	10.9	9.2	+	—	—
35.	38	♂	10.5	10.7	—	+	—
36.	40	♀	10.4	9.9	—	+	—
37.	31	♀	11.5	10.6	+	—	Based.
38.	30	♀	11.5	10.5	+	—	„
39.	54	♂	11.2	10.0	+	—	—
40.	36	♀	11.2	10.0	+	—	—
41.	27	♀	14.2	13.8	+	—	—
42.	41	♀	12.1	10.6	+	—	Based
43.	34	♀	13.1	10.0	+	—	„
44.	18	♂	12.1	10.0	+	—	—

2. táblázat.

Sorszám	Kor	Nem	A vér Ca szintje mg % műtét előtt	A vér Ca szintje mg % műtét után	Érzéstelenítés novoc.	Érzéstelenítés aether	Megjegyzés
			Három arteria lekötés:				
1.	49	♀	10.2	10.0	+	—	—
2.	28	♂	10.6	10.4	+	—	—
3.	51	♀	10.3	10.0	+	—	—
4.	49	♀	10.2	10.2	+	—	—
5.	30	♂	10.9	10.9	+	—	—
6.	52	♀	10.5	10.0	+	—	—
7.	55	♀	10.8	10.6	+	—	—
8.	24	♀	11.4	10.0	+	—	—
			Két arteria lekötés:				
1.	37	♀	10.9	10.6	+	—	—
2.	23	♀	10.2	10.5	+	—	—
3.	18	♀	10.2	10.0	+	—	—
4.	21	♀	11.6	11.0	+	—	—
5.	60	♀	11.8	11.6	+	—	Based.
6.	35	♀	9.6	9.6	+	—	—
7.	46	♂	10.1	10.0	+	—	—

E táblázatból az tünik ki, hogy négynél kevesebb verőér lekötése mellett a vér Ca-szint még abban a csekély mértékben sem változik meg, mint aminőt négy arteria lekötése nyomán olykor megfigyelhettünk. Az elektromos idegingerlékenységben itt sem találtunk változást.

A már ismertetett irodalmi adatokból az tűnik ki, hogy a pajzsmirigyműtétek utáni mellékpajzsmirigyelváltozások tekintetében két álláspont áll egymással szemben. *Melchior, Nothmann, Mandl* és más szerzők azt állítják, hogy a pajzmirigyen végzett műtét — szemben az egyebütt végzett műtéti beavatkozással — postoperativ tetaniás készséget fejleszt ki, amely az elektromos idegingerlékenység fokozódásában és a Ca-szint csökkenésében fejeződik ki. Ezzel szemben *Löwenstein* és *Danheiser* kiterjedt vizsgálataik alapján minden mellékpajzsmirigy laesiót kizárnak és tagadják a lappangó tetania kifejlődését. A mi vizsgálataink is arra mutatnak, hogy lappangó tetania kifejlődéséről nem lehet szó: az elektromos idegingerlékenység változását egyetlen esetben sem tudtuk megállapítani — kivéve a nyilvánvaló tetaniát — és így igazat kell adnunk *Löwensteinnek* abban is, hogy az idegingerlékenység netáni fokozódását sokkal inkább tulajdoníthatnók a műtét utáni elkerülhetetlenül kifejlődött toxikus állapotnak, mint a mellékpajzsmirigy sérülésének. A Ca-szintben vizsgálataink szerint jelentkezhetnek és jelentkeztek is a csökkenés irányában mutatkozó változások, amelyek ugyan a hibaforrásokon kívül esnek, de nem érik el a szabályos határ alá süllyedést. Ezek az általunk is megállapított csökkenések részben megerősítik *Melchior, Mandl,* stb. adatait, de ezekből nem következtethetjük azt, hogy ez az időnként megfigyelhető Ca-szintcsökkenés a mellékpajzsmirigy működési elégtelenségének jele. Ez csak akkor volna elfogadható, ha együttjárna az elektromos ingerlékenység fokozódásával és ha legalább egy-egy esetben a tetania klinikai jelei is kibontakoznának. Éppen ezért a Ca-szintben olykor megfigyelt ingadozásokat a szervezet belsősecretiós milieujének arra a hirtelenül beálló zavarára vezethetjük vissza, amely a strumektomia, vagy esetleg más műtét következtében keletkezik.

Nagyjelentőségű a tetania kifejlődése szempontjából a megelőzés. Ezen elsősorban az értendő, hogy műtétkor mindig gondoljunk az epitheltestek elhelyezkedésére és ügyeljünk vérellátásának zavartalanságára. *Urban,* aki több, mint 3500 golyvaműtétet végzett, műtéteit mindig helybeli érzéstelenítésben végzi s vigyáz arra, hogy az érzéstelenítő folyadék ne kerüljön az epitheltestek közelébe, mert ettől anaemia keletkezik, ami ártalmára lehetne a testnek. *Urban* az összes erek tokon belüli lekötését ajánlja. Természetesen a golyva resectiójakor a tok legnagyobb részét meghagyja és az isthmusból csak annyit távolít el, amennyivel szabaddá teszi a légcsövet. Igen fontosnak tartja a megelőzés szempontjából a betegeknek műtét előtti gyógyszeres és főleg étrendi előkészítését. Azokat a betegeket akiken a vizsgálatok tetaniás készséget mutatnak, ágybafekteti, calcium lacticumot kapnak chininum hydrobromicummal és digalent. Étrendjük: tej, tejes- és növényi ételek. Elgondolásában az vezette, hogy a növényevő állatok (házinyul) tetaniát nem kapnak. Bár egyesek a zöldfőzelék fogyasztása ellen elméleti ellenvetéseket tettek, a gyakorlati tapasztalat mégis azt mutatja, hogy a zöldnövényi táplálék a tetaniás folyamat megelőzése szempontjából előnyös.

Amilyen ellentétek mutatkoznak a szerzők felfogásában a műtétutáni tetania kórszármazását illetőleg, éppen annyira eltérők a tetania gyógyítására vonatkozó

vélemények is. Míg a régebbi időben a kezelés csak tüneti volt, ma már egész sora áll rendelkezésünkre azon gyógyszereknek, amelyek nemcsak a tüneteket szüntetik meg, hanem a tetaniás anyagcserezavart is befolyásolják. Tekintve, hogy a tetaniát az epitheltestek teljes, vagy részleges pusztulásával hozták összefüggésbe, a legkínálkozóbb gondolat volt annakidején az epitheltestek átültetése. Ez azonban mindannyiunktól ismert okok miatt nem vált be. Mai tapasztalataink szerint az átültetés mind szűkebb keretek közé szorul, egyrészt a körülményes végrehajtás miatt, másrészt mert a bélbe és a keringésbe bevitt készítmények ugyanúgy hatnak, sőt gyorsabban és tartósabban, mint a transplantatumok. Ugyanúgy csődöt mondtak és elhagyták a pajzsmirigykivonatokat.

A gyógyászat haladásában nagyjelentőségű a különböző parathyreoidea-készítmények alkalmazása, amelyeknek adagolásával mind a heveny, mind az idült tetaniában kielégítő eredményt lehetett elérni.

Colip 1925-ben a *parathormon* nevű mellékpajzsmirigykészítményt ajánlotta, mellyel többeknek sikerült a mellékpajzsmirigyhiány tüneteit megszüntetni. *Rieder* szerint az állandó használattal bizonyos idő múlva még a gyógyszeradag fokozatos növelésével sem érhető el a vér calcium-tartalmának emelkedése. Klinikánkon a hazai gyártmányú *parathyreoidea* Richter-készítményt használtuk

Christ és *Demol* állatkisérletei alapján meg kell még emlékeznünk a besugárzott *ergosterinről*, mellyel nemcsak egészséges, hanem a mellékpajzsmirigyétől megfosztott állatokban is sikerült emelni a vér Ca-szintjét. Ezeken az állatokon a tetania kitörését is sikerült megakadályozni. Saját tapasztalatunk errevonatkozólag nincsen. Az irodalomban közölt adatok szerint egyesek eredményt értek el, többen viszont azt a véleményt nyilvánítják, hogy csupán ergosterinnel a kezelés nem célravezető. Maga *Christ* is a calciummal combinált kezelést ajánlja, már csak azért is, mert az ergosterin hatása csak néhány nap múlva jelentkezik.

*Stern vigantol*lal ért el jó eredményt. *Elmer* és *Scheps* vigantol adagolására toxikus tüneteket észleltek.

Eiselsberg i. v. befecskendezésre *aphenil* nevű mészkészítményt ajánlott. Egyik golyvás betegünkön —, aki már műtét előtt tetaniás tünetekkel jelentkezett — alkalmaztuk jó eredménnyel.

A calciumnak éren át történő befecskendezésével azonnali eredményt tudunk elérni, sajnos azonban hatása csak addig tart, míg a Ca a vérben kering. Heveny esetekben ez a gyógyszer az egyetlen, mellyel hatásosan befolyásolhatjuk a betegséget és bizonyos esetekben azonnali hatásánál fogva életmentő is lehet. Hátránya, — mint már említettük — rövid ideig tartó hatása mellett még az, hogy hosszú időn át a vivőérbe nem adható a thrombosis veszélye miatt; szájon át pedig igen nagy adagokat kell adni, ami idővel gyomor és béltünetekre vezet. Klinikánkon mellékpajzsmirigykészítménnyel együtt heveny esetekben alkalmaztuk. Heveny tetaniában a mésztartalmú készítmények, mint görcsoldó gyógyszerek most sem nélkülözhetők, mert az egyéb gyógyszerek hatásukat rendszerint csak néhány nap múlva fejtik ki.

Porges és *Adelsberg* acidosis előidézésére ammoniumsulfatot ajánlott, hogy ezzel mintegy mozgósítsa a csontrendszer mésztartalmát. Ennek alkalmazásától a kellemetlen melléktünetek — kínzó izomfájdalmak, vesetünetek — miatt elállottak.

Holz 1932-ben az általa felfedezett új gyógyszert ajánlotta a tetania kezelésére, amelyet *A. T. 10-nek* nevezett. Több közleményben állatkisérletekkel, valamint egészséges és beteg emberek kezelésével bizonyítja ennek a gyógyszernek hatásosságát a tetaniás anyagcserezavarra. A kezelés eredménye a helyes adagolástól függ. Kicsiny adagok a betegség tüneteit nem szüntetik meg, nagy adagok pedig mérgezőleg hatnak, melynek jelei étvágytalanság, rosszullét, hányás, vesetünetek.

Míg a különböző parathyreoideakészítmények meglehetős gyorsan emelik a vér Ca-szintjét, addig az *A. T. 10.* lassan hat, de viszont hatása tovább tart. Ezért a heveny tetaniában i. v. calciummal vezessük be a kezelést egyidejüleg adva szájon át az *A. T. 10*-et.

Rieder és Wendt figyelmeztetnek, hogy a betegek különböző módon reagálnak a gyógyszerre, ezért az esetleges mérgezés és cumulativ hatás miatt óvatosan kell megkezdeni a kezelést. Ugyanazon a betegen is változik az *A. T. 10.* szükséges adagja, pl.: pihentetéskor kisebb adagra van szükség. A túladagolás veszélye biztosan csak a vér Ca-tartalmának többszöri ellenőrzésével kerülhető el. Az adagolásban irányadó a beteg közérzete és a vérsavó Ca-tartalma, melyet lehetőleg 9—11 mg között kell tartani. Ha a vér Ca-szintje elérte a 9—11 mg-ot, akkor a napi adag csökkenthető annyi cseppszámra, amennyivel a rendes Ca-tükör egyensúlyban tartható.

Holtz 1936-ban kérdést intézett azokhoz az intézetekhez, ahol az *A. T. 10*-et alkalmazták. A válaszok egyöntetűen a gyógyszer kíváló hatása mellett szólnak. A gyógyszer a legsúlyosabb heveny és idült esetekben sem mondott csődöt és minden esetben sikerült a tetaniás betegeket tünetmentessé tenni. A vérserum mésztartalma szabályosra emelkedett, az idegek elektromos ingerlékenysége pedig megcsökkent.

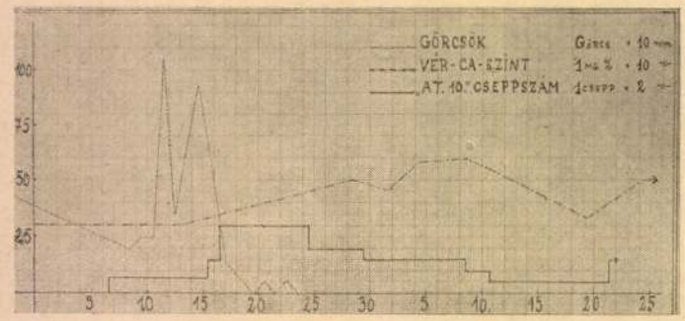
E biztató eredmények után klinikánkon is megpróbáltuk az *A. T. 10.*-et két tetaniás betegünkön. Az egyik betegünk tetaniája nem hozható összefüggésbe a golyvaműtéttel, mert 10 év után jelentkezett, közvetnül szülés után. — A második betegen a golyvaműtét után jelentek meg a tetaniás tünetek és 9 év óta kezelték különféle gyógyszerekkel, melyek azonban gyógyulást nem hoztak. Az alábbiakban közüljük e két betegünk rövid kórrajzát:

H. J. 27 éves nőn 1927-ben végeztünk golyvaműtétet. A műtét alkalmával mindkét felső és az egyik alsó pajzsmirigyeret kötöttük le. Gyógyulása zavartalan volt. Évekig jól érezte magát; négyszer szült. Utolsó szülése után, 1937 novemberében, tehát a műtét után 10 évre kezefejében és lábirkájában néhány percig tartó igen fájdalmas görcsöt érzett, melyek megismétlődve mindinkább fokozódtak, majd légzési nehézség és fuladás jelentkezett. 1938 áprilisában kereste fel klinikánkat. Vizsgálataink eredményeképen a vér Ca-szintje 6.1 mg-t mutatott és fokozott idegingerlékenységet találtunk elektromos árammal; az elektrokardiogramm szabályos volt. Az átvilágítás a szívet balra mérsékelten megnagyobbodottnak mutatta.

Néhány napi megfigyelés után, mikor már magunk is észleltünk a betegen tetaniás görcsöket, megkezdtük az *A. T. 10* kezelést. Nem ismerve a gyógyszer hatását, csak az irodalomból, óvatosan kezdjük meg a kezelést és 5 napon át csak 5 csepp gyógyszert kap a beteg. Ez azonban görcseit nem csökkentette és így kényszerültünk a napi adagot 15 cseppre emelni, majd 30 cseppre fokozni. Ennek eredményeképen 16 nap múlva a beteg görcsei megszüntek. A közben megejtett vizsgálatok szerint a vér Ca-szintje előbb 5.7 mg%-ra süllyedt, majd a panaszok teljes megszüntével 7.6 mg%-ra emelkedett. Ettől kezdve betegünk panaszmentes, közérzete jó, görcsei teljesen megszüntek. Ekkor az A. T. 10 napi adagját 20 cseppre csökkentettük. A panaszmentesség 7. napján a vércalciumszint 10.1, majd a csökkentett napi (20 csepp) adag ellenére 14 mg% fölé emelkedett. A gyógyszer napi agadját erre még tovább csökkentettük és napi 15 csepp előírásával hazabocsátottuk, azzal az utasítással, hogy néhány nap után már csak 10 cseppet szedjen és 10 nap múlva ellenőrző vizsgálatra jelentkezzék. Odahaza betegünk sokat dolgozott, napszámba járt, minden munkáját könnyen végezte, görcse egyeszer sem volt. Az ellenőrző vizsgálat a vércalcium-szintet erősen csökkentnek (6.10 mg%) mu-

tatta. Ennek magyarázatát abban látjuk, hogy óvatosságból a gyógyszer napi adagját túl kicsire szabtuk meg és nem vettük figyelembe, hogy a beteg otthon dolgozni fog és így több gyógyszerre lesz szüksége. A csökkent vércalcium-szint ellenére betegünk jól érzi magát, panaszmentes. Ebből azt a tanulságot vonhatjuk le, hogy az A. T. 10 adagolásakor vigyáznunk és számítanunk kell a gyógyszer cumulativ hatására és emiatt hosszabb ideig tartó kisérletezésre van szükség, hogy a vér Ca-szintjét állandóan egyensúlyba tarthassuk.

Az alábbi ábra szemléltetően mutatja a fenti betegen alkalmazott *A. T. 10* kezelés során adagolt gyógyszer cseppszámát és hatását.



Másik betegünkön, R. J.-né 57 éves nőn 1932-ben végeztünk golyvaműtétet mind a 4 arteria lekötésével. Műtét után karjában és lábában typusos tetaniás görcsök támadtak. Parathyreoidea-kivonatot és calcium lacticumot kapott, mire görcsei fokozatosan csökkentek. Néhány nap múlva azonban ismét jelentkeztek a görcsök oly mértékben, hogy csak i. v. adott Ca-mal tudtuk néhány órára tünetmentessé tenni és válságos óráin átsegíteni.

1938. márciusában felhívásunkra jelentkezett és elmondotta, hogy görcsei klinikánkról távozta óta váltakozó erősséggel állandóan tartanak, annak ellenére, hogy az általunk és az időközben mások által rendelt parathyreoidea, calcium és egyéb orvosságokat rendszeresen szedte. Igen hamar fárad. Egyfolytában csak néhány lépést tud tenni. Házi munkáját sem képes elvégezni, szívdobogása, izzadása, remegése van. Gyakran fullad. Betegsége oly idegessé tette, hogy gyakran foglalkozott az öngyilkosság gondolatával.

Vizsgálataink szerint a vér calciumszintje 6.2 mg% és fokozott idegingerlékenységet találtunk elektromos árammal. Egyéb vizsgálatok eltérést nem mutattak.

Most már ismerve a gyógyszer hatását, a kezelést napi 40 cseppel vezettük be és 10 napi klinikai tartózkodása alatt fokozatosan csökkentettük 35—30—20 cseppig. A harmadik napon szép javulást láttunk, betegünk közérzete jó, görcsei gyérültek és a 7. napon teljesen megszüntek.

A vér calciumszintje a gyógyszer adagolására az első napokban szabályszerűen csökkent (5.8 mg%.), a 6. napon azonban már 11 mg%-ra emelkedett. Hazabocsátásakor napi 20 cseppet rendeltünk a betegnek, most már számítva arra, hogy otthon dolgozni fog és így nagyobb mennyiségű gyógyszerre lesz szüksége. Ennek megfelelően az ellenőrző vizsgálaton a vér Ca-szintje 8.9 mg%-ra csökkent, majd az újabb ellenőrzéskor 9.3 mg% volt. A beteget rendszeresen ellenőrizzük és úgy látszik, hogy 15—20 csepp között változik az a gyógyszeradag, mellyel tetaniás anyagcserezavara hatásosan befolyásolható.

A fentiekből megállapíthatjuk, hogy mindkét betegünkön az *A. T. 10*-zel jó eredményeket értünk el és nemcsak a heveny, hanem az idült tetaniás anyagcserezaravart is eredményesen befolyásolja ez a gyógyszer. Második betegünk, ki évek óta állt gyógyszeres kezelés alatt és bevallása szerint a műtét óta egyszer sem érezte magát oly jól, mint jelen kezelés után. Napról-napra látható volt a betegen, hogy közérzete és kedélyállapota javul.

Az kétségtelen, hogy a parathyreoidea-kivonatok hatására is észlelhető javulás, azonban a betegek teljesen panaszmentesek sohasem lesznek: kezükben, lábukban mindig éreznek bizonyos bizsergő érzést, mely a görcsök esetleges kifejlődése miatt állandó rettegésben tartja őket.

A parathyreoidea- és calmium-készítményekkel másik két betegünket kezeltük, de egyiken sem tapasztaltuk azt a feltünő javulást, amit ettől a gyógyszertől láttunk. Nagy előnye tehát ennek a gyógyszernek, hogy a betegek munkaképesek lesznek s hosszú időn át szedhető anélkül, hogy a szervezet megszokná. Előnye még az is, hogy szájon át adagolható nem kell injectiózáshoz folyamodni és a kezelés néhány napi intézeti tartózkodás után ambulanter folytatható. Hátránya talán az, hogy meglehetősen szokáig tart és nagy tapasztalatot igényel a vér calciumszintjének szabályozása.

Végleges eredményekről csak hosszú kezelés után lehetne beszámolni, mégis azt kell mondanunk, hogy az irodalmi adatok és két esetünk eddigi tanulságai alapján a fenti gyógykezelési módot előnyben kell részesítenünk más gyógyító eljárásokkal szemben, ha azt a körülmények megengedik.

A Szeged városi közkórház sebészeti osztályának közleménye. (Osztályvezető főorvos: Hedry Miklós.)

A fistula gastrocolica és gastrojejunocolica sebészi gyógyítása.

Irta: *Détár Mihály dr.* közkórházi alorvos, műtősebész.

A fistula gastrocolica, illetőleg gastrojejunocolica igen súlyos késői szövődménye a vastagbélmögötti gyomorbélösszeköttetéseknek. A sipoly minden valószinüség szerint úgy jön létre, hogy az anastomosisnak megfelelően (fistula gastrocolica), vagy a jejunumon közvetlenül az anastomosis alatt (fistula gastrojejunocolica) fekély keletkezik, mely azután áttör a vastagbélbe. Ugyanis a vastagbélmögötti gyomorbélösszeköttetéseknél igen közel kerül a colon a szájadzáshoz, a fekély összekapaszkodik a vastagbéllel majd pedig betör a colonba és kóros összeköttetést hoz létre a colon és a gyomor, illetőleg a colon, a jejunum és a gyomor között.

A gyomor-vékonybél-vastagbélsipoly egyik legállandóbb tünete a gyógyszeres és étrendi kezeléssel igen nehezen befolyásolható hasmenés. A hasmenés oka, hogy a vékonybél által felszivódásra elő nem készített gyomortartalom a sipolyon át közvetlenül a harántvastagbélbe jut és ott rendellenesen bomlik. Ezen bomlástermékek, valamint a rendszerint hyperacid gyomor magas savtartalma a colon gyulladását idézik elő. Másrészt pedig a sipolyos összeköttetésen a colon tartalma a gyomorba és a vékonybél felső részletébe jut, ami által megváltozik a vékonybél egész bacteriumflórája. A bél bacteriumainak igen fontos szerepük van a béltartalom kémhatásának fenntartásában. Az emésztőnedvek normalis munkája a béltartalom kémhatásának csak bizonyos fokú eltolódását engedi meg. Ha a béltartalom kémhatása nagyobb mértékben eltolódott az emésztőnedvek munkája megnehezül és a tápanyagok normalis bomlása helyébe bakteriumos bomlások lépnek. Ezen baktériumos bomlások anyagcseretermékei a vékonybelet is gyulladásba hozzák. A vékonybél gyulladásának előidézésében a táplálék bakteriumos bomlásának kóros anyagcseretermékein kivül igen nagy szerepe van azon körülménynek is, hogy a sipolyon keresztül a vastagbél bakteriumflórája a vékonybélbe jutva ott pathogen bakteriumok módjára viselkedik. A vékonybélgyulladás következménye, hogy a gyulladt vékonybélkacsok peristaltikája meggyorsul. A tápláléknak az a részlete is felszivódásra alkalmatlan állapotban kerül a vastagbélbe, mely a sipolyt elkerülve a vékonybél passálása után jutott a vastagbélbe. A vastagbélnek a sipoly feletti részlete is gyulladásba jön, másrészt a vastagbélnek a sipolyalatti részletében a gyulladás méginkább fokozódik. A gyulladt colon meggyorsult peristaltikája mellett pedig

a felszivódásra előkészített béltartalom is gyorsan kiürül. Ez a hasmenés, mely végeredményben a szervezet teljes leromlását eredményezi, mindaddig nem szünhetik meg, sőt egyre inkább fokozódik, amig a kóros összeköttetés a gyomor és a vastagbél között fennáll. Ha azonban az irodalom gastrocolica, illetőleg gastrojejunocolica eseteit áttekintjük, azt látjuk hogy a fistula gastrojejunocolicások hasmenése javulhat, sőt hosszabb rövidebb időre meg is gyógyulhat. E jelenség magyarázatát abban találhatjuk, hogy a sipoly gyulladás, megtöretés, vagy szelepes záródás folytán időlegesen átjárhatatlanná válik.

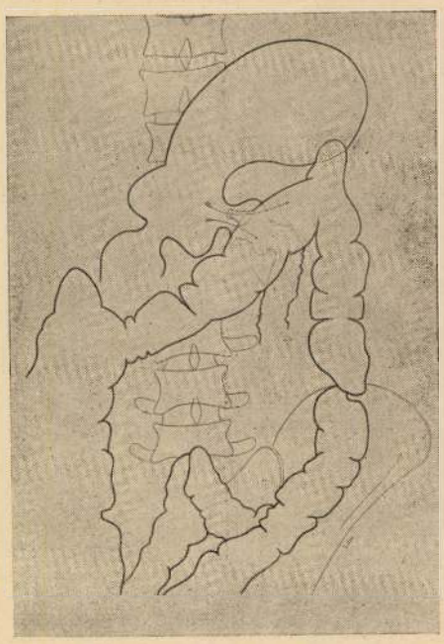
A kórkép ugyanilyen állandó tünete a beteg gyors és nagyfokú lesoványodása, inanatiója. A lesoványodás csak részben irható annak rovására, hogy a táplálék a sipolyon át a gyomorból közvetlenül a harántvastagbélbe kerül és gyorsan kiürül, fő oka az egész gyomor-béltractus súlyos gyulladása. A hasmenés révén a szervezet vizet, emésztőnedveket és sókat olyan mértékben ürít ki a bélsárral, hogy annak pótlására a felvett táplálék semmi körülmények között sem lehet elégséges. A nagyfokú vizveszteség következtében a bőr és a nyálkahártyák szárazakká válnak, az anyagcsere zavar révén a bőr zsirtartalma is csökken, a hám rugalmasságát veszti, könnyen sebezhetővé válik, berepedezik, a bőr a bőralatti kötőszövet táplálkozási zavara folytán is veszít rugalmasságából. A mindig észlelhető sápadtság részben a kialakuló másodlagos vérszegénység következménye, részben pedig a bőralatti kötőszövetben fellépő vizenyő rovására írható. A vizenyő egyrészt a leromlott szervezet egyszerű keringési elégtelenségének jele másrészt inkább a súlyos anyagcserezavar rovására írható, mely az éhezési vizenyővel azonos.

A széklet higanfolyó, büzös, szürkés, gyakran habos, nem ritkán emésztetlen ételmaradékok észlelhetők benne. Laboratoriumi szempontból eléggé jellengzetes a diastase érték csökkenése. A széklet büzösségét magyarázza, hogy a táptálék feldolgozása már a legmagasabb vékonybélkacsokban is teljesen zavart, a sipoly alatt lévő bélszakaszban pedig a teljesen egésztetlen táplálék bomlására bő alkalom adódik, bár ezt a vastagbél súlyos gyulladása és ezzel kapcsolatosan gyors kiürülése részben megakadályozza. A széklet habosságát úgyancsak a rendellenes bomlások (rothadás), szürkés szinét pedig az emésztetlen zsirszemcsék okozzák.

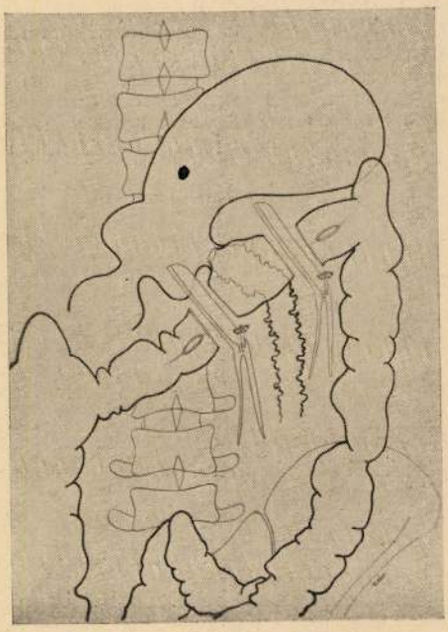
A több szerző által hangsúlyozott hypoglykaemia valószínűleg éhezési jelenség. Minthogy azonban a gyomor-béltractus súlyos gyulladásos megbetegedésével állunk szemben, szerepe lehet annak kiválasztásában a máj és pankreas működési zavarának is.

Kórjelző tünete a büzös felböfögés és széklethányás. A sipolyon át ugyanis nemcsak gyomortartalom jut a colonba, hanem megfordítva a colon tartalma is visszafolyhat is a gyomorba. A colontartalmat azután a beteg gyomortartalommal keverve kihányja. A fistula gastrojejunocolicanál tehát valódi bélsárhányással állunk szemben ellentétben az ileusos vékonybéltartalom hányásával. A bélsárhányás nem állandó tünete a fistula gastrojejunocolicanak, hiánya nem szól a sipoly fennállása ellen, mert lehetséges, hogy a sipoly csak lefelé bocsájtja át a gyomortartalmat, ellenkező irányban szelepesen bár. A bélsárhányás nem rítkán már csak akkor lép fel, amidőn a beteg már a végső állapotba jutott.

Mindezek a klinikai tünetek — kivéve a bélsárhányást — nem bizonyítják absolut módon a sipoly jelenlétét, hanem csak felhívják a figyelmet a betegség gyanujára. A sipoly jelenléte csak röntgen vizsgálatokkal bizonyítható. Rítkábban előfordul, hogy a contrastanyag per os vizsgálatnál minden késlekedés nélkül átmegy a colon transversum distalis felébe. Máskor azonban különleges vizsgálatok szükségesek, hogy a gyomorból a contrastpépnek a colonba jutását észlelhessük (oldalfektetés, massage). Ha mindezek az eljárások eredménytelenek maradnának, meg kell kisérelnünk a beöntéses vizsgálatot, mert lehetséges, hogy a vizsgálat idején, a gyomor, vékonybél és vastagbél adott állapota és telődése mellett a sipoly csak fordított irányban a colonból a gyomor felé átjárható.



1. Első esetünk röntgen schemája. A sipoly vázlatosan feltüntetve. A képen látható nyilak a gyomortartalom útját jelzik.

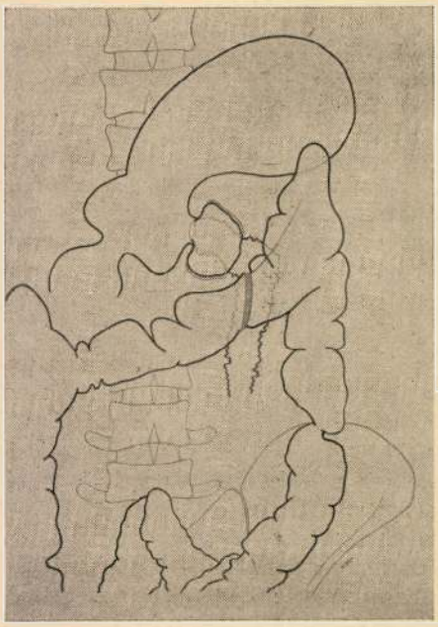


2. műtét resectiós phasisa.

Műtéti megoldás szempontjából célszerűnek látszanék a sipoly egyszerű kiirtása. Ez azonban nem vihető keresztül egyrészt azért, mert az anastomosissal összekapaszkodott colon nem választható le a hasüneg fertőzése nélkül, másrészt, ha még sikerülne is a leválasztás, a colon és a jejunum, illetőleg gyomor nyilását az anastomosis körüli heges szövetben megbizhatóan zárni nem lehet.

A gyomor-vékonybél-vastagbélsipoly gyökeres sebészi megoldása a sipolyos colonrészletnek, valamint a

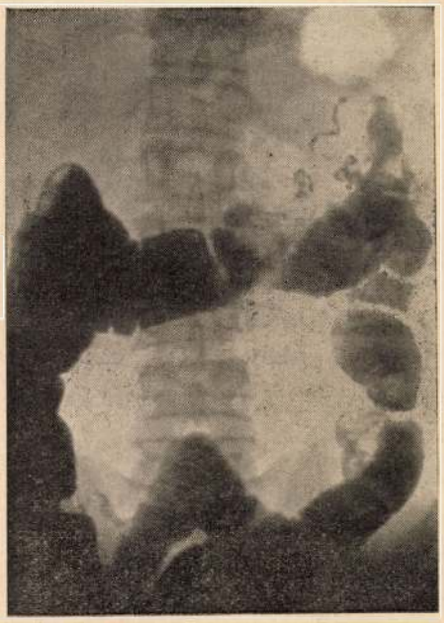
gyomor és a jejunum megfelelő részletének egy tömegben való resectiója. Minthogy azonban a resectio után új gyomor-bélösszeköttetést kell létesítenünk és a duodenum distalis csonkját is be kell iktatnunk a bélrendszerbe, nem is beszélve a magától érthetően szükséges vastagbél összeköttetésről, könnyen belátható, hogy a gyökeres sebészi megoldás igen nagy beavatkozás.



3. A műtét utánni állapot (röntgen felvételek után schematizálva).

4. Első esetünk röntgenfelvétele a műtét után a gyomor per os contrastanyaggal töltve.

A közelmultban 2 teljesen lesoványodott és legyengült beteget kaptunk műtétre akiknél a fenti együléses resectiós eljárás már nem jöhetett szóba. Ha a gyökeres sebészi megoldáshoz ragaszkodunk, mindkét betegünket elveszettnek kellett tekintenünk. Azon meggondolásból kiindulva, hogy a gyomor-vékonybél-vastagbélsipolynál minden baj főforrása az, hogy a gyomor tartalma közvetlenül a harántvastagbél distalis felébe jut és viszont harántvastagbéltartalom jut a gyomorba, ha ezt a kóros összeköttetést valamiképen meg tudjuk szüntetni, megszüntettük a gyomor-bélrendszer gyulladásának okát, a beteg táplálkozása lehetővé válik és egy későbbi időpontban elvégezhető lesz a radicalis sebészi beavatkozás, a műtétet a következőképen végeztük el: Műtétünk kiindulópontja a carcinomás gyomor-vastagbél sipolyoknál palliativ műtétként ajánlott colonresectiós eljárás volt. Az anastomosissal összekapcsolódott colonrészletet resecáltuk olymódon, hogy Petz f. géppel a colon transversumot a sipolytól közvetlenül oralisan és aboralisan lezártuk és átmetszettük. A lezárt colonrészlet a mesocolonnal, valamint a sipollyal (tehát a gyomorral és jejunummal is) összeköttetésben maradt. A colon folytonosságából ilymódon kiiktatott és a sipollyal összeköttetésben maradt colonrészletek 2 végén a resectiós metszésvonalunkat pontosan peritonizáltuk ügyelvén arra, hogy ez az eljárás a colonrészletek kiírtása által létrehozott tasakot minél inkább beszükítse. Majd a colon oralis és aboralis csonkját peritonizáltuk és a 2 coloncsonk között oldal anastomosistet létesítettünk. Eljárásunknál bélvarrógépet használva a műtétet teljesen asepticusan sikerült keresztülvinnünk, erre pedig fistula gastrojejunocolicanál 2 okból is igen nagy szükség van. A colon súlyos gyulladásos állapota a colontartalmat még fokozottabban fertőzővé teszi, mint egyéb colonműtéteknél, másrészt pedig a tartalom hig s ha nem ügyelünk a tartalom könnyen átszivárog az izoláló kendőkön. A colon súlyos gyulladásos állapota indított bennünket arra is, hogy a colonanastomosisnál a side to side eljárást választottuk, mert bár az end to end anastomosis gyorsabban keresztülvihető és physiológiásabb, de side to side anastomasisnál a fertőzés könnyebben elkerülhető és a side to side anastomosis varratai a gyulladt bélfalon jobban tartanak. Mivel a colon transversum legtöbb esetben elég hosszú és szabad, az oldal anastomosis könnyen elvégezhető.

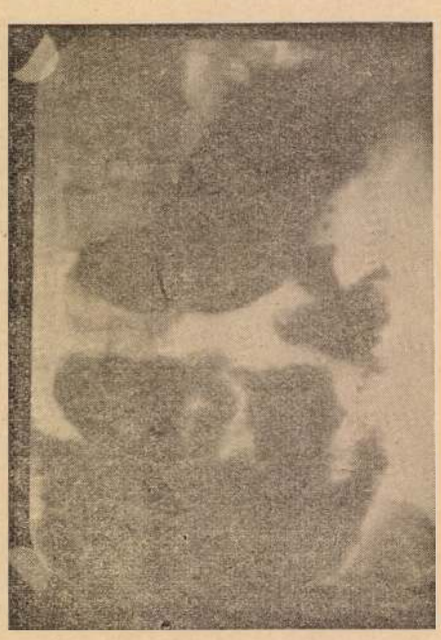


5. Első esetünk irrogoskopiás röntgen felvétele a műtét után.

A műtét eredménye mindkét esetünkben várakozáson felüli volt. Első betegünk hasmenése 3 nap mulva megszünt (a beteg úgy a műtét előtt, mint a műtét után 3x15 csepp opium tincturát szedett, mely a műtét előtt diarrhoeaját alig befolyásolta). A hasmenés megszünése és vele karöltve a gyomor-bélrendszer gyulladásának gyógyulása lehetővé tette a beteg táplálását. A súlygyarapodás oly rohamos volt, hogy 2 hónap alatt 20 kgr-t is meghaladta. A műtét óta a beteg teljesen panaszmentes (3 hónapig katonai szolgálatot teljesített), gyomorpanaszai sincsenek. A vakonzárt colonrészlet betegünknél kb. 6 hónap nulva végzett controllvizsgálatnál

a gyomor felől nem telődött. A colontasaknak megfelelően 4 napig fillérnyinél kisebb tapadó folt volt észlelhető, mely a 4. napon eltünt. Fel kell tennünk, hogy a vakonzárt colonrészletbe a gyomor felől gyomortartalom kerül, mely a bélrészlet gyulladását, majd hegesedését idézi elő és mintegy spontán zárja a sipolyon és gyomron visszamaradó vakonzárt colontasakot.

6. Második esetünk irrigoskopiás röntgen felvétele a műtét előtt. A képen jól látható, hogy a contrastanyag a colon transversum distalis feléből a gyomorba jutott. A gyomorból a pép az anastomosison keresztül a felső vékonybélkacsokat is kitöltötte.



7. Második esetünk gyomor röntgen felvétele a műtét után per os töltéssel.

A gyógyulás menete második esetünkben nem volt olyan zavartalan, mint az elsőben. Bár a diarrhoea itt is a harmadik napon megszünt, de betegünk az 5. napon gyomor-bélvérzést kapott, melyet csak a 12. napon tudtunk véglegesen megállitani. Később azonban a gyógyulás itt is zavartalanná vált, betegünk testsúlya 18 kgr-mal emelkedett 2 hónap alatt. Gyomorpanaszai teljesen kimaradtak. A 2 hónap mulva elvégzett controll röntgenvizsgálat a vakonzárt colonrészletet az elsőnél jóval nagyobbnak mutatta(kb. kisalmányi), itt azonban már a második napon sem volt észlelhető tapadó folt.

Mindkét esetünkben a gyomor, a duodenum, valamint az anastomosis környékén olyan súlyos összenövések voltak, hogy a gyökeres sebészi megoldás már ezek miatt sem lett volna keresztülvihető.

Annak, hogy mindkét betegünk tünetmentessé vált a sipolyos gyomor-vékonybélrészlet resectiója nélkül, magyarázatául azt kell felvennünk, hogy az a nagy anyagcseremegrázkodtatás, amely a fistula gastrojejunocolica következménye, az ulcusos hajlam javulásához, illetőleg megszünéséhez vezetett.

Amennyiben a fentebb leírt műtét, — amelynek 2 esetünket véve alapul — semmivel sem nagyobb a halálozása, mint egyéb egyszerű colonresectiós műtéteknek, nem vezetne a beteg teljes gyógyulásához, illetőleg panaszmentessé válásához, elvégezhető a sipolyos gyomor-vékonybélrészlet resectiója, mint a műtét második szakasza. Ekkor azonban a beteg már jó erőbeli állapotban, a siker teljes reményében operálható.

Kóroktani szempontból az ú. n. anastomosis-fekélyek és magas jejunumfekélyek játszanak szerepet. A sipoly létrejövetelének alapfeltétele a colonmögötti gyomor-bélösszeköttetés. Mivel az anastomosis-fekélyek és jejunumfekélyek még a gyomor pyloricus részének resectiója után sem rítkán fordulnak elő(5—15%), nem is beszélve gyakoriságükról az egyszerű colonmögötti gastroenteroantstomosisnál (15—30%), valószinü, hogy a fistula gastrocolica, illetőleg fistula gastrojejunocolica jóval gyakrabban fordul elő, mint azt diagnostizálják. Kimutatását minden esetben meg kell kisérelnünk, ha a betegnek gyógyszeres és étrendi előírásokkal nehezen befolyásolható diarrhoeája van és colanmögötti gyomor-bélösszeköttetés műtéte ment előre.

Jelen műtéti eljárásukkal a fistula gastrojejunocolica műtétének mortalitása 3—5%-ra száll le (az együléses gyökeres sebészi megoldás mortalitása 70—80% körül mazgott. Ha a colon sipolyos részletének kiiktatása után a beteg nem válna panaszmentessé és a gyomor sipolyos részletének resectiójára kényszerülnénk, a 2 műtét együttes mortalitása sem lehet nagyobb 6—10%-nál.

A székesfővárosi Szent Rókus központi közkórház fülosztályának közleménye. (Főorvos: Götze Árpád.)

Adatok a füleredetű agytályog röntgendiagnostikájához.

Irta: *Király Dezső dr.*, alorvos.

Az agy localisatiós kórhatározása az utóbbi évtizedekben lényeges haladást mutat. Az enkephalographia és a ventriculographia az agydaganatok és tömlők kórismézésében és localizálásában ma már nélkülözhetetlen. A koponyaürbe, illetve a liquorürbe juttatott levegő jó contrastot ad a röntgenképen. *Dandy* óta többen megkisérelték az agytályogok kórismézését is a fenti módon. *Meurman* ventriculographiás eljárásával ugyanúgy localizálja az otogen agytályogot, mint a koponyaür egyéb térszűkítő folyamatait. Beavatkozását veszélytelennek tartja s a rejtett agytályogok korai felismerésére ajánlja. Kisagyi tályogok esetén azonban ez a módszer alig használható. *Benedek* és iskolája foglalkozott nálunk az agydaganatok arteriographiás vizsgálatával. Sok előnye mellett ezt a módszert nehéz technikája s főként csak a nagyagyvelő területén értékesíthető eredményei miatt az otogen agytályogok kórismézésében ma még nem alkalmazzák. *Zeller* ge-

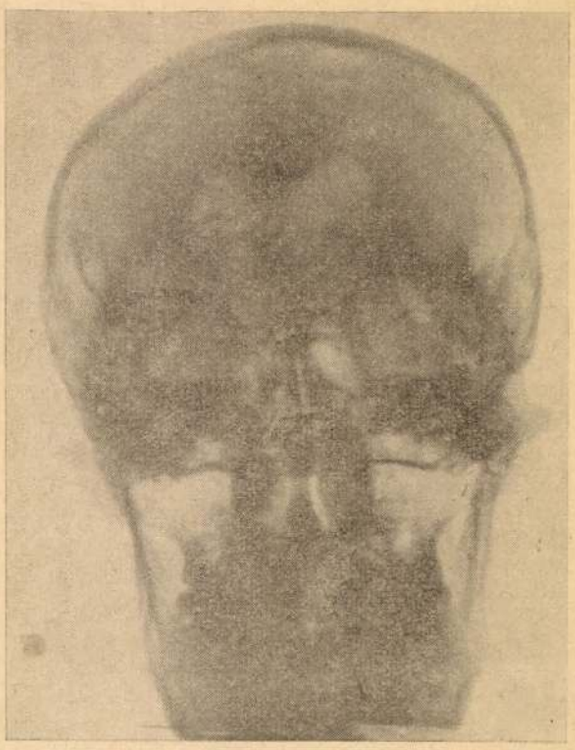
nyes meningitisek esetén levegő helyett narcylengázzal tölti fel az agygyomrocsokat, illetve a subarachnoidealis cysterna rendszert. A gáz ilyenkor nemcsak gyógycélokat szolgál, hanem egyben a röntgendiagnostikában is felhasználható *Nylen* homloküregi koponyatörés kapcsán keletkezett extracerebralis pneumatokele esetéről számol be. *Schloffer* és *Voss* koponyaalapi törés mellett észleltek olyan beteget, kinek dobüregéből levegő jutott agyába s az összes liquorüregeket kitöltötte. *Duken* és *E. Wollf* lövés okozta sérülés után készült röntgenfelvételen pneumatokelet, illetve pneumokephalust kórisméztek, eseteikben a homloküregen keresztül jutott be a levegő az agykamrába. A baleseti és hadisebészetben előforduló traumák esetén, mint láttuk, magától is bejuthat levegő a liquorürbe. Egyesek lipiodolt, mások levegőt juttatnak a kiürült agytályog ürébe, az ilyen röntgenfelvételek csupán demonstrativ értékűek. Újabban *Killian* „Pneumatopathien" címen értékes könyvet írt a gázképzők okozta betegségekről.

A fülsebészetnek a jövőben foglalkoznia kell a füleredetű anaerob agytályogokban, vagy subduralis tályogokban fejlődött gáz kimutatásával is, úgyszintén kutatnunk kell a tályog üréből kikerült gáznak az útját, — valamint annak a koponyaürön belüli elhelyezkedéséből is meg kell próbálnunk következtetéseket levonni. Ily meggondolásból kiindulva határoztuk el magunkat arra, hogy tályogra gyanús betegeinket röntgennel rendszeresen ellenőrizzük.

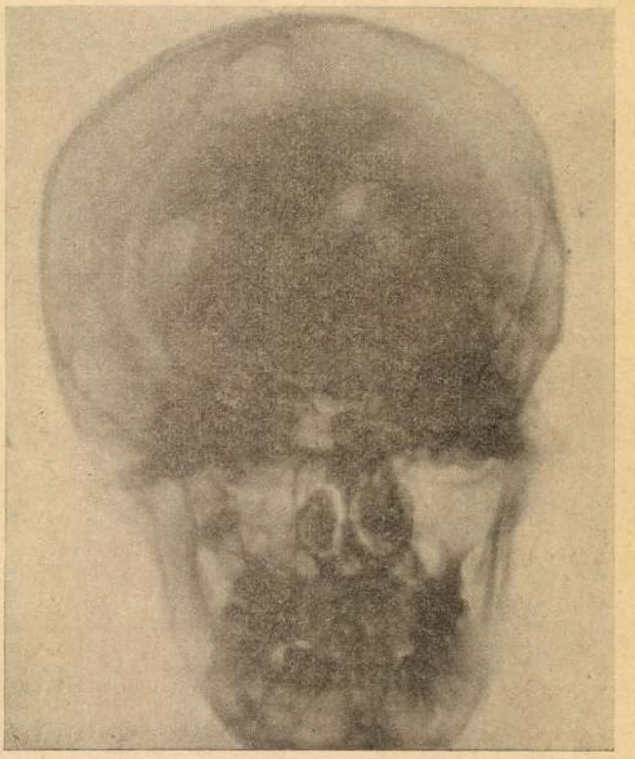
A füleredetű agytályogok kórjóslata rendkívül rossz. Ennek oka egyrészt a bacteriumflora különleges szerepe és biológiai tulajdonságai, másrészt az a körülmény, hogy az ilyen betegek későn kerülnek műtétre. *Krepuska* statistikája szerint az agytályogok 87%-a idült középfülgenyedés kapcsán jön létre, az összes agytályogok közül pedig 8% az anaerob, ezek gyógyhajlama nagyon rossz. Az anaerob bakteriumok mint ártatlan saprophiták a szájüregben gyakran előfordulnak és a garatból a fülkürtön át kerülhetnek a dobüregbe; szerepük az agytályog keletkezését illetőleg még nem tisztázott. *Neumann* szerint az idült középfülgenyedések kapcsán azért gyakoribbak a rossz prognosisu anaerob agytályogok, mert az oxygenben szegény cholesteatomás táptalaj kedvez a kénhydrogengázt termelő bakteriumoknak. *J. Piquet* szerint az anaerob bakteruimokkal szemben csökkent a szervezet védekezése és az agyszövet reactiós ellenállása, — az eltokolódás hiányzik s a tályog falát csak fibrines hártya alkotja.

Szerintünk az anaerob gázos agytályogok prognósisa azért olyan rossz, mert ily esetekben hiányzik a védő lobgát (pyogen membran), a saprophiták elfolyósítják az agy állományát (colliquatiós nekrosis), a fokozódó nyomás alatt álló és folyton képződő gáz pedig apró repedéseket okoz a tályog falán és így gyakran jöhetnek létre tályog-kiöblösödések, vagy pedig multiplex tályogok. Leggyakoribb szövődmény ilyenkor a tályog áttörése valamelyik agygyomrocsba, amit megelőz a tályogürben képződött gáz átdiffundálása. Ezért láttuk szükségesnek a sorozatos röntgenfelvételek készítését nemcsak a fellobbant bűzös cholesteatomás középfülgenyedés miatt megoperált betegeinken, hanem azokat az eseteinket is megröntgeneztetjük időnként, amelyekben a már feltárt anaerob gázos tályog mellett másik tályog után is kutatunk. Egyik betegünkön e célból végzett sorozatos röntgenvizsgálatok alkalmával oly leletre akadtunk, amelyet irodalmi ritkaságánál, de főleg tanulságos voltánál fogva érdemesnek tartunk közölni.

V. P. 22 éves munkást 1940 június 3-án éjjel mentők szállítják be osztályunkra. Hozzátartozói szerint 6 év óta folyik a jobb füle, egy hete fülfolyása fokozott s kinzó fejfájása támadt. Két napja nagy láz, hányás és szédülés jelentkezett. Felvételekor öntudata zavart, láza 38.6°, érverése 68. A jobboldali hallójáratban bűzös genyes váladékot, a dobüregben pedig polypokat találtunk. Kalóriás vizsgálattal élénk vestibularis reactiót kaptunk. Tarkója merev, Kernig-tünet, fénykerülés és dermographismus. Lumbalis punctiókor fokozott nyomással zavaros liquor ürült; benn a sejtszám 6.400, (főleg leukocyták), bakterium nincs. *Gyökeres műtétet végzünk.* A processus mastoideus csontállománya sklerotisált, az antrumból nagy nyomással bűzös geny ürült, az aditusban és epitympanonban szétesett



1. ábra



2. ábra.

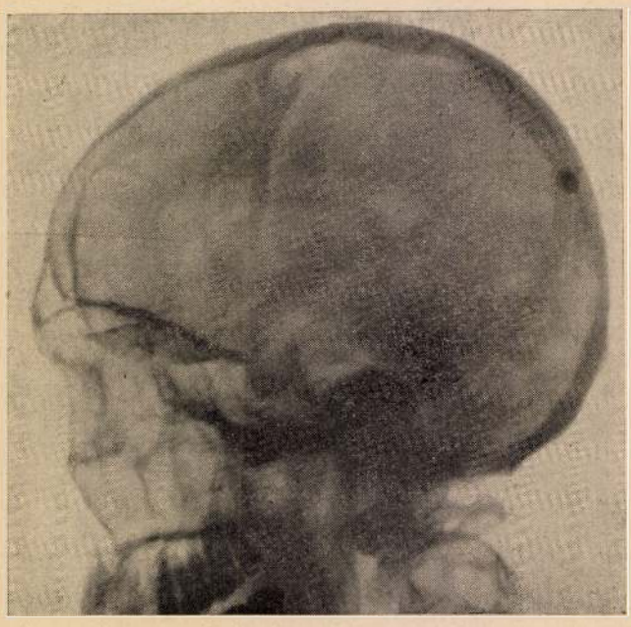
genyes cholesteatomát találtunk. Az antrum körüli csont felpuhult. A hátsó és középső koponyagödör duráját nagy területen szabaddá tesszük, a sinusfal és a Trautmann-háromszög dúrája épnek létszik. A tegmen antri dúrája lobos, Agypunctiókkal genyet nem kapunk. A fülgenyben vegyes bakteriumflóra és streptococcusok. Gyógyszerül sulfamidot és urotropint adunk.

VI. 4. Láza csökkent, sensoriuma tisztult. Liquorban a sejtszám 4.200. Hypotoniás infusiót adunk Zeller szerint.

VI. 8. A meningitis tünetei enyhültek, a liquor feltisztult, a sejtszám 56. Lacunaris tonsillitise van. Jobb szemhéjain herpes zooster támadt.

VI. 10—14. Hőemelkedéses, jól érzi magát, sokat eszik, üldögél.

VI. 15. Fejfájásról panaszkodik, hányt. Láza 39°, érverése 100. Jobb pupillája szűkebb, mint a bal, de mindkettő jól reagál. Zavaros liquorában a sejtszám 6.200. *Műtét:* Felületes altatásban eltávolítjuk a pyramis basisán az angulus superiort, a csont itt puha, törékeny. A tegmen dura a sinus petrosus superior mentén lobos, sarjasan felrakódott. E helyen a halántéklebenyt megpungálva 3 cm mélységből 5 ccm híg, piszkosszürke genyet kapunk. A dura incisiója után 4 mm vastag üvegszádlót helyeztünk a tályogüregbe, miközben kávéskanálnyi bűzös geny ürül *gázbúborékok* kíséretében. Az agytályog kiszívott genyében igen vegyes bakteriumflóra mellett pseudodiphtheria bacillusokat is találtak. *(Zih)* Gyógyszerül revivalt és resorcivent adunk.



3. ábra.

VI. 16. Láztalan. Pupillái szűkek, egyenlőek. Lumbalpunctiókor a zavaros liquor nagy nyomással ürült. 40 ccm-t bocsájtunk le; sejtszáma 16.000. Szádlócserekor a diónyi tályogűrből *bűzös gáz* és híg geny ürült.

VI. 17—19-ig. Hőemelkedése van, közérzete jó, sejtszám a liquorban 2.700.

VI. 20. A jobb pupilla ismét szűkebb, mint a bal. Koponyaröntgenfelvételen az agygyomrocsok tágultak, légtartók. Liquora feltisztult, sejtszáma 200. *Vérkép:* vvs. 4.850.000, fvs. 12.600. Hgb. 88%.

VI. 22. Türhetetlen fejfájás jelentkezett, hőmérséklete 39.4°, érverése 80. A tályogüregből bőven geny ürül, gáz nem távozik. Ideglelet: ép szemfenekek, furcsa alaklátás, látási hallucinátiók *(Kovács)*.

VI. 23—28-ig. Hőemelkedéses, érverése 90, nem eszik. Fejfájásról panaszkodik, az agypunctiók negativok, a tályogürben genyvisszatartás nincs.

VII. 2. Sensoriuma zavart, láz a 38°, érverése 80, többször hányt, aluszékony. A koponya röntgenfelvétele: a légtartó agygyomrocsok feltűnően kitágultak, a jobboldali agykamra a középvonalon tul balra tolt, a jobboldali alsó szarv felfelé helyezett, mindenütt intermeningeális léggyülem *(Sigora)*. Lumbalpunctiókor sűrű genyes liquor ürül, tele bakteriummal; sejtszám 52.000.

VII. 3. Állapota rendkivül súlyos, szívgyengeség tünetei.

VII. 4. *Exitus.*

Fenti kórtörténet több szempontból érdemel figyelmet. A beteg igen súlyos állapotban került hozzánk. A diffus genyes meningitis, amely a tályog initiális szakának felelt meg, a műtét után négy nap alatt visszafejlődött. A meningitis első kiújulása a tályog manifestálódásakor jelentkezett s a tályognyitás után öt nap mulva ismét tiszta lett a liquor. A második rosszabbodás pedig a tályog terminalis szakában, a végzetes pyokephalus internus bekövetkezését jelentette. A jobb pupilla szűkülete, amelyet az agyi sympathicus időleges paresise okozhatott, mindig előre jelezte a lappangó és súlyosbbodó agyi folyamatot, a látási hallutinatiók pedig a halántéklebeny hátsó részében helyetfoglaló kiterjedt organikus elváltozás mellett szóltak.

Említésre méltó még a bakteriologiai lelet is. *Albanus*-nak sikerült egyik betege garatváladékában és a perisinosus tályog genyéből a pseudodiphtheria bacillust kimutatnia. Esetünkben az agytályog genyét többízben vizsgáltuk s benne a szokásos primaer genykeltőkön kívül igen *vegyes bakteriumflórát* találtunk, köztük fusiformis és *diptheroid* bacillusokat is, amelyek azonban állatkisérletekben mint apathogen (atoxikogen) saprophyták szerepeltek s szőlőcukros táptalajon mindig bűzös gázképzőnek bizonyultak. *Kétségtelen tehát, hogy az agytályogban képződött gáz töltötte fel az agykamra rendszert (spontán pneumokephalus internus).* A liquor lebocsátásakor nem juthatott be levegő, mert a punctiókat rendszeresen az ülő betegen végeztük s a nyomás mindig erősen positiv volt. Kérdés tehát, hogy mikor és hogyan került be a gáz a liquorürbe s hogy ventriculus punctióval el lehetett volna-e onnan távolítanunk. Feltevésünk szerint az agytályog ürében képződött gáz a tályog fala és az alsó szarv közötti vékony agyrétegen nyomásánál fogva átdiffundált; nincs kizárva az sem, hogy a szádlócső behelyezésekor az agytályogból kiürülő gáz egyrésze a subarachnoideális ürbe jutott is innen közvetett úton a Magendie-féle nyíláson át került be az agykamra rendszerébe. Nem valószínű ugyanis az, hogy az első meningitis alkalmával gázképző bacillusok jutottak oda s a gáz ott helyben képződött. A gáz eltávolítását az agygyomrocsokból meg sem kíséreltük, mivel utánpótlását megakadályozni úgy sem állt módunkban.

Ha a tályognyítás után 5 nappal készült röntgenfelvételt (1. ábra) megtekintjük, azt látjuk, hogy a ventriculusok feltűnően tágak. Ezt úgy magyarázzuk, hogy az előzetesen lezajlott meningitis kapcsán kifejlődött hydrokephalus internus tette lehetővé az agygyomrocsok nagyfokú telődését. Ha a halál előtt 2 nappal készült röntgenfelvételeket (2. és 3 ábra) gondosan átvizsgáljuk, vagy szabályos ventriculogrammal összehasonlítjuk, kitünik, hogy az egész agykamrarendszer szokatlanul tág, mindkét ventriculus erősen balra helyezett, a jobboldali felfelé és előrefelé dislocált, úgyszintén a jobb alsó szarv is. *Az egész subarachnoidealis térben, de különösen a baloldali sulcus centralis anteriornak megfelelő részen és főleg a fölött látunk nagy mennyiségű gázgyűlemet (spontán pneumokephalus externus).* A baloldali agyfélteke körül kisebb a gázárnyék. Ennek oka az itt uralkodó nagyobb nyomás, amely a lobos agyhártyák egymáshoz tapadását vagy összenövését eredményezte. A boncoláskor kiderült, hogy a liquorüreg ritkán előforduló nagy légtartalma az utóbbi napokban közvetlen úton jött létre: ugyanis az agytályog betört az alsó szarvba s az agy felmetszésekor az agygyomrocsból az anaerob bakteriumflora termelte jellemző szagú, *bűzös gáz* tört elő a genyes liquor mellett. Kórszövettani vizsgálattal, a tályog és az agygyomrocs falából készített metszeteken, a röntgenfelvételekre épített elgondolásunk igazolódott.

Látjuk tehát, hogy a röntgendiagnostika nagy segítségünkre lehet a lappangó aerogen agytályogok felismerésében, hangsúlyoznunk kell ezek szerint a tályoggyanus betegeken sorozatos röntgenfelvételek készítésének szükséges voltát. Ezzel az eljárással nemcsak a tályogüregben képződött gáz mutatható ki, hanem a lappangó anaerob agytályogok kórismézését és localizálását tökéletesítve, az idejekorán végzett műtéttel az anaerob agytályog igen rossz prognosisát is megjavítjuk.

A Ferenc József Tudományegyetem bőr- és nemibeteg klinikájának közleménye. (Igazgató: Melczer Miklós ny. r. tanár.)

Fertőzéses eredetű-e a pikkelysömör?*

Irta: *Venkei Tibor dr.*

Előadásomban röviden szeretném vázolni az orvosi tudomány küzdelmének azt az epizódját, melyet az egyik legelterjedtebb bőrbetegség, a pikkelysömör, ellen vívott, hogy annak kóroktanát tisztázhassa. Az utolsó félszázad tudományos harca során lassankint sikerült megvilágítani a betegség kialakulását, s a kialakulással járó számos tényezőt, azonban a baj kóroktanát illetőleg napjainkig a legellentétesebb vélemények állanak egymással szemben. Ebből a kóroktani egyvelegből lassan kristályosodott ki az a mindinkább erősbödő nézet, mely szerint *a baj nagy valószinüséggel fertőzéses eredetű, de csak oly egyéneken jelentkezik, akik bizonyos szerzett, vagy vele született sajátsággal rendelkeznek.*

Ezek az előfeltételek, melyek feltétlenül szükségesek a baj létrejöttéhez, lehetnek *örökléses* tényezők, *idegrendszeri, anyagcsere,* vagy *belső zavarok* és *idült fertőzések,* sőt sokan a pikkelysömört allergiás betegségnek tartják.

A pikkelysömör fertőzéses eredetét számos klinikai észlelés támogatja. A baj kiütéseinek alakulása, terjedése, sőt gyógyulás tekintetében nagyon hasonlit az egyéb jól ismert idült fertőző betegségekhez. Igy a széli terjedést, majd központi gyógyulást vagy a táptalaj kimerülésével, vagy a helyi védettség beálltával lehet magyarázni *(Unna).* Ugyancsak a helyi védettség kialakulását jelentheti a kiütések csokorszerű corymbiform elrendeződése *(Kugelmann),* valamint az a tapasztalat, hogy kiújuláskor a gyógyult területeken nem jelentkezik elváltozás *(Coricciati).* A fertőzéses elméletet támogatja még az az észlelet, hogy általános kezeléskor a baj Herxheimer-tünethez hasonlóan fellángolhat.

A mult században s századunk elején egyesek a pikkelysömört a két leginkább elterjedt idült fertőző betegségnek, a syphilisnek vagy a gümőkórnak, rovására írták.

A *syphilis szerepére* vonatkozó vizsgálatok nem váltották be a hozzájuk fűzött reményeket. Egyes észleletek *(Semon)* szerint pikkelysömörösek vérsavójában a syphilis kimutatására szolgáló próbák igenlegesek lehetnek anélkül, hogy a syphilis fennforgására kellő alap mutatkozna. *Schamberg—Rohner—Ringer—Raiziss* vizsgálatai szerint 48 pikkelysömörös vérsavója közül 18.7% syphilises antigennel igenleges eredményt adott. Viszont ugyanezen kutatók pikkelysömörösek pikkelykivonatával syphilises betegek vérsavójában egy esetben sem tudtak kimutatni fajlagos complement kötést. *Okel, Juster, Contenot* a pikkelysömörös betegek 77.5%-ában veleszületett syphilist említettek. A syphilises eredetről szóló feltevéseket támogatta még a baj kezelésében használható, mondhatnánk jól bevált szerek: arsen, bismuth, higanykészítmények szerepe is. Ezek ellenére az újabb viszgálatok alkalmával elvégzett sorozatos Wassermann-próbák nemleges volta és az a biztosan megállapított tény, hogy e betegek jórésze a már kiütésekben is megnyilvánuló bajuk megnyilvánulása után fertőződött syphilisszel, kétségtelenül bizonyítja, hogy a syphilisnek semmi szerepe sincs a pikkelysömör keletkezésében.

Csaknem hasonló kutatási eredményekkel találkozunk a másik sokat vitatott kóroktani tényező, a *gümőkór, szerepét* illetőleg. *Poncet* 1891-ben hangoztatta már, hogy a pikkelysömör gümőkóros eredetű. Ezt a feltevést számos vizsgálat megerősíteni látszott. Igy *Sabouraud* szerint a pikkelysömörös izületi gyulladás klinikai képe teljesen megegyezik a gümőkóros izületi gyulladásával. Egyesek pikkelysömörösek vérsavójában complementkötő gümőkór-ellenes testeket tudtak kimutatni. A felsorolt és még számos gümőkóros eredetet támogató véleménnyel szemben áll többek nézete, mely szerint a pikkelysömör és a gümőkór között semmiféle kóroktani összefüggés nem mutatható ki.

A pikkelysömörös betegek vérképéből is azt következtethettük, hogy a baj fertőzéses eredetű, mert pl. *Stricker— Asnis* 27 vizsgált eset közül 54%-ban 35%-ig is terjedő lymphocytosist talált.

Sokkal nagyobb jelentőségüek azok a vizsgálatok, melyek a dermotrop *szürhető csirában* vélték megtalálni a kiváltó okot. A pikkelysömörben észlelt klinikai tünetek egyikét, a Köbner-féle jelenséget párhuzamba állították a tehénhimlőben tapasztaltakkal. Ugyanis tehénhimlő virusának érbe fecskendezése, ha a bőrt egyuttal izgatjuk, a különben lappangó virus a dermotropizmus folytán a bőrön a behatás helyén jellegzetes elváltozást vált ki. *Lipschütz* szerint pikkelysömörben a Köbner-tünet az előbb mondott jelenséggel azonos s így a baj ezen az alapon is fertőző virusbetegségnek tekinthető.

A *szövettani vizsgálatok* alkalmával *Lipsschütz* chromophan, főleg lugos festődésű magzárlatokat talált, melyeknek kialakulását és kezelés közbeni eltünését *Venkei (Vlasics)* ismertette. *Kyrle* a kórokozó hatására létrejöttnek tartott nucleolusduzzadást és plasmábalökődést észlelt.

A szerzők jó része a pikkelysömör fertőző voltát a vélt *kórokozó kitenyésztésével* vagy *kimutatásával* igyekezett megoldani. Ezek téves voltát legjobban bizonyítja az, hogy jó részük ellentmond egymásnak. A pikkelysömörös gócokból a legkülönbözőbb kórokozókat mutatták ki, így penicilium glaucumot, epidermophytont, lepocolla repens-t, monilá-t, schizosaccharomyces-t, különböző spirochaeta fajtákat, streptococcust, különböző fajlagos bakteriumot, főleg genykeltőket, bacillus abortus Bang-hoz hasonló coccobacillust, strongyloplasmát, variola-vacciniához hasonló elemi testeket szerepeltettek kórokozó gyanánt. A pikkelysömörös szervezet túlérzékenységét észlelték gyakran az epidermophyton, olykor a mikrosporon, de legkülönbözőbb csirafélék iránt is annak ellenére, hogy a csirákat a pikkelyekben kimutatni nem volt mindig lehetséges; ennek alapján a bajt egyesek mykid-nek tekintik.

Az *emberről-emberre való átvitel lehetősége,* mely legjobban bizonyította volna a baj fertőzéses voltát, már régóta vita tárgya. A rokonok között előforduló halmozódás, valamint a házaspárok között leírt pikkelysömört a szabálytalan dominans fajtájú örökléses volta miatt nem tekintették átvihetőség melletti bizonyítéknak.

A sikeresnek tetsző átoltások közül meg kell említeni *Destot* kisérletét: pikkelysömörös gyermekekből kimetszett gócdarabkát saját karjára ojtott. Kb. 3 nap

---

*) Magántanári próbaelőadás.

mulva, az ojtás helyétől távolabb a könyöktájon pikkelysömörre jellegzetes göböcskék keletkeztek, amit a lyoni Orvosegyesület tagjai is fajlagos elváltozásnak vallottak. Érdekességük miatt meg kell említenem *Serkowski* és *Wisniewski* kisérleteit: pikkelysömörös betegek pikkelyeit élettani konyhasóoldattal eldörzsölték és Berkefeld-szűrőn átszűrve collodiumszűrőn dúsitottuk. Az így nyert pikkelykivonatot pikkelysömörös betegek ép bőrébe dörzsölték be. Ellenőrzésre ugyanezt az anyagot használták, csakhogy ezt előzőleg felhevítve hatástalanították. Valamennyi ojtási helyen nemfajlagos gyulladás keletkezett, ami 4 nap alatt lejátszódott. A felhevített hatástalan kivonattal történt ojtási helyeken a későbbi megfigyelés során sem sikerült elváltozást kimutatni, a hatékony anyaggal történt beojtási helyen ellenben 10—14 nap mulva jellegzetes pikkelysömörös elváltozás alakult ki. *Serkowski* és *Wisniewski* szerint kisérletük kétségtelenül bebizonyította azt, hogy a pikkelysömör szürhető csíra előidézte fertőző betegség. Hasonló vizsgálatot közölt *Lennhof*. 20 esete közül azonban csak 3 esetben kapott sikeres eredményt; pikkelysömörös betegek bőrén két kis bőrtasakot készített és egyikbe ép bőrpikkelyt, a másikba sömörös pikkelyét helyezte. Az egészséges pikkely helyén sohasem keletkezett sömör, ellenben a pikkelysömörös pikkelyek helyén 3 esetben kb. 28 nap mulva jellegzetes gócok alakultak ki. *Hoffmann* szerint *Lennhof* eredményei nem magyarázhatók egyszerű fertőzéssel, mert lehetséges, hogy a sömörös pikkelyek vegyi anyagainak hatására jött létre a jellegzetes elváltozás. A fertőzéses elméletet tovább vitte *Desaux—Pretet* sorozatos kisérlete. A szerzők sömörös pikkelyből fehérjementes glycerinvizes Berkefeld szürletet készítettek. A szürletet intracutan módon pikkelysömörös betegek bőrébe ojtották. Tapasztalatuk szerint a szúrási csatorna körül kezdetben gyulladás, majd 11 nap mulva jellegzetes sömör keletkezett. Kisérleteik ellenőrzésekor egészséges hámpikkely kivonásával hasonló módon beojtott helyeken sömörös göbök nem alakultak ki. Ezek alapján feltették, hogy a bajt megfelelő ú. n. parakeratotikus dispositióval rendelkező egyénekben szürhető csiraféleség váltja ki.

Talán még nagyobb érdeklődést keltettek azok a vizsgálatok, melyek a pikkelysömör *állatokon előfordulását* vagy állatokra, különösen a laboratoriumi *állatokra átvitelét* célozták. Először *Lassar* a mult század végén mutatott be két pikkelysömörös góc kivonatával bedörzsölt bőrű házi nyúlat, melynek bőrén pikkelysömörhöz hasonló elváltozások alakultak ki. Később *De Matei*-nak is sikerült állítólag a sömörös elváltozásból tenyésztett micrococcus bedörzsölésre kisérleti állatokon eczema vagy sömörszerű elváltozást létre hozni. A későbbi kutatóknak már nem sikerült a bajt kisérleti állatokra átojtani és a figyelem inkább a pikkelysömörnek az állatvilágbeli előfordulása felé terelődött. Igy az emberszabású majmok közül orangutangon, csimpánzon, gorillán, körmös majomfajtákon észleltek pikkelysömörhöz hasonló kiütéseket. Még határozottabban állítja pikkelysömör előfordulását az állatvilágban *Bory*, akinek 9 esetben sikerült cocker, épaugneul, grönland és pincsi kutyafajták bőrés Auspitz tünetet is mutató jellegzetes pikkelysömörös elváltozást találnia.

Az utóbbi évek vizsgálói *Lindenberg* munkássága emelendő ki. Ez a kutató a Braziliában honos járványos pemphigus foliacus vizsgálata kapcsán kezdett el foglalkozni a pikkelysömör kóroktanával. A kétféle betegség pemphigus foliaceus és a pikkelysömör szöveti képe között hasonlatosságot talált. Kisérleti állatokra ojtásait a *Noguchi* ajánlotta módon végezte: a vélt virust tartalmazó anyagot az állat heréjébe, vagy hasüregébe ojtotta s ugyanakkor a bőrre ingerhatást gyakorolt. Szerinte az ingerelt bőrterületeken jellegzetes elváltozások jöttek létre, melyekben továbbojtással maga a kórokozó jelenléte is kimutatható. *Lindenberg* állatojtásait pikkelysömörös betegekből vérrel, majd később csupán vérsavóval végezte olyanténképen, hogy a vérsavót 1—3 napig állani hagyta. Ez idő alatt nézete szerint a virus felszaporodott. A felszaporodott virust tartalmazó savóból házi nyúl heréjébe 1—2 ccm-t, tengeri malac heréjébe pedig ½— 1 ccm-nyi mennyiséget fecskendezett be. Bőringerként a házi nyulak bőrét natrium sulfidpéppel, a tengeri malac szőrét pedig lenyírással távolította el. Szerinte ojtásai 60%-ban megfogamzottak olymódon, hogy 1 hét- 2 hónap mulva a szőrtelenített területeken szövettanilag jellegzetesnek talált kiütések keletkeztek. Ez a sömör 1—2 heti létel után fehér folt hátrahagyásával gyógyult. A baj szerinte tengeri malacon enyhébben zajlik le, mint embereken. Visszaesést rítkán tapasztalt. *Lindenberg* szerint az átojtások sikeres volta, illetőleg az ezt bizonyító jellegzetes szöveti szerkezet amelett tanuskodik, hogy a *pikkelysömör virusbetegség*, melynek kórokozója a vérben kering. *Lindenberg* kisérleteit megerősítette *Higoumenakis*, ellenben egy másik kutató *(Versari)* szerint beojtott tengerimalacai bőrén emberi pikkelysömörhöz hasonló kórkép egyizben sem alakult ki, s a szöveti vizsgálat sem mutatott sömörre jellegzetes elváltozásokat.

Noha a pikkelysömör kóroktana még korántsem tisztázott, főleg a fentebb felsorolt adatok alapján igen sokan azt hiszik, hogy létrejöttében legnagyobb valószínüséggel valamely eddig még be nem bizonyított fertőzés szerepel.

TARTALOM:

Enzt Béla: A constitutio pathologiai jelentősége. (309—317 oldal.)

Ádám Lajos: A magasan ülő végbélrákokról. (317—322. oldal.)

Sebestyén Gyula: A tüdő rosszindulatú daganatainak sebészi kezelése (322—326. oldal.)

Megay László: A pankreas betegségeinek diagnostikája. (327—329. oldal.)

Posgay István: A golyvaműtét utáni mellékpajzsmirigyártalom kórtana és klinikája. (329—333. oldal.)

Détár Mihály: A fistula gastrocolica és gastrojejunocolica sebészi gyógyítása. (333—336. oldal.)

Király Dezső: Adatok a füleredetű agytályog röntgendiagnostikájához. (336—339. oldal.)

Venkei Tibor: Fertőzéses eredetű-e a pikkelysömör? (339—340. oldal.)

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

FELELŐS KIADÓ: **VÁMOSSY ZOLTÁN.**

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