85. évfolyam. 18. szám. Budapest, 1941. május 3.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26., IV. em.
Telefon: 345-113.
Ingyenes lifthasználat.
(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.* Handels u: Kredit-B. 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 dínár, 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 dínár, 400 lei, 2 dollár.

SIEMENS

röntgengépek az egész világon a legelterjedtebbek és kiváló minőségük elismert.

Röntgengépek a legkisebb kivitel-től a legnagyobb teljesítményig: 1,000.000 Voltig.

Kívánatra készséggel szolgálunk szaktanáccsal és felvilágosítással diagnosztikai és therapiás röntgengépekről és szerkezetekről, valamint egyéb villamos orvosi készülékekről (mint pld. elektrokardiográf, adócsöves rövidhullámú kezelőkészülékek, hanaui kvarclámpa, stb.)

SIEMENS

MAGYAR SIEMENS REINIGER MŰVEK R.-T.
BUDAPEST, VI., Nagymező-u. 4.
Telefon: *224-860 Sürgönycím: Sireva

Aranyeres bántalmaknál
Posterisan
kúp és kenőcs
VAJNA JÓZSEF-GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUMA BUDAPEST, IV., VÁCI-UTCA 34.

85. évfolyam. 18. szám. Budapest, 1941. május 3.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC, V. BERDE KÁROLY, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR, BALÓ JÓZSEF,
VÁMOSSY ZOLTÁN, MÉHES GYULA, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE, VIDAKOVITS KAMILLÓ.
FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN. SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ.

TARTALOM:

Mező Béla: Az idült izületi megbetegedések kezelésének új módja. (241—244. oldal.)
Brenner József: Világrahozott teljes pitvarkamrai blokk. (244—245. oldal.)
Grosz Tibor: Az izületi porc szerkezetének befolyásolása. (245—246. oldal.)
Dósa András: A neosanamid hatása a patkány kísérleti blastomykosisára és aktinomykosisára. (246—247. oldal.)
Melléklet. Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (33—36. oldal.)
Irodalmi szemle. (247—248. oldal.)
Könyvismertetés. (249. oldal.)
Egyesületi jegyzőkönyv. (249—250. oldal.)
Lapszemle. (251. oldal.)
Vegyes hírek. (251. oldal.)
Hetirend. (251. oldal.)

Az idült izületi megbetegedések kezelésének új módja.*

Írta: *Mező Béla dr.* egy. m. tanár.

Gyógyszerkincsünk nagy fogyatékossága, hogy amíg a parasympathicust izgató és bénító gyógyszerekkel (acetylcholin-atropin) jól el vagyunk látva, a sympathicus idegrendszert megbízhatóan csak izgatni tudjuk (adrenalin), de a bénítására szolgáló gyógyszerek (ergotamin, gynergen) hatása nem kielégítő. Mivel az átvágott symp. idegek területén az erek kitágulnak, az ereket szűkítő symp. izgalom megszüntetésére megkísérelték az erek körüli symp. hálózat átvágását (periarterialis sympathectomia) és a symp. ganglionok kiirtását (ganglionectomia). Kiderült azonban, hogy ezek a műtétek csak 55—60%-ban adnak elfogadható eredményt *(Leriche)*. Ennek a rossz eredménynek az a magyarázata, hogy a műtét csak a symp. idegpályák egy részét szakítja meg; hogy a megmaradó symp. pályák túltengenek *(Kiss)*; hogy a zsigerekben lévő ganglionok önálló működést fejtenek ki; s hogy a symp. pályák regenerálódnak.

Ez a körülmény indított arra, hogy a veszélyes és amellett tökéletlen symp. műtétek helyében más, egyszerűbb és jobb eljárást keressek. Ezen igyekezetem eredménye *az adrenalinmentes ismételt symp. duc érzéstelenítés*, a cyclikus anaesthesia, amelyről az Orvosi Hetilap 1940. 2. számában már beszámoltam. Ezzel az eljárással először zsugorodott hólyagokat kezeltem. A jó eredmények alapján később a végtagok idegeredetű táplálkozási zavarainak a gyógykezelésével is megpróbálkoztam. A jó eredmény indított arra, hogy az eljárást a szokásos belorvosi kezelésre nem gyógyuló gyomorfekély gyógyítására is alkalmazzam. Az e téren elért kitűnő eredményeimről az O. H. 1940. 8. számában számoltam be s az eljárást azóta is mintegy 30 esetben sikerrel végeztem. Legújabban időszakos érzéstelenítéssel (i. é.) a szokásos kezelésre nem javuló idegzsábák és idült izületi folyamatok gyógykezelését kíséreltem meg. Az idült izületi megbetegedéseket e kezelésére a zsugorodott hólyagokon tett észleléseim serkentettek. Feltűnt, hogy az olyan esetekben, amikor a hólyaggyulladás semmi módon sem volt befolyásolható, erre a gyógyulás megindult. Különösen a hólyagkőhöz társuló gyulladások javulása volt annyira szembeötlő, hogy az a gondolat érlelődött meg bennem, hogy a gyógyulást a gyulladásos hólyagban keletkező kóros reflex akadályozza meg. Valószínűnek tartottam, hogy idült izületi gyulladások esetén is olyan kóros reflex szerepel, ami a gyulladásos izületből kiindulva az izületben s annak környékén arteriola görcsöt vált ki s így a hiányos vérellátás következtében a gyógyulás előfeltételei hiányzanak.

Az idült izületi folyamatok egy része fertőzésen alapuló gyulladásos (arthritises), más része pedig elfajulásos (arthrosisos) eredetű. Az *arthrosisokra* jellemző a lassú láztalan kezdet s hogy a megbetegedés rendszerint a nagyízületekben (csipő, térd) kezdődik s a kis izületek később betegszenek meg. A megbetegedés az izületi porcfelszín sajátos elfajulásos elváltozásával, felrostozódásával veszi kezdetét, amelyhez csakhamar szövetburjánzás is csatlakozik, ami végül is az izület nagyfokú elváltozásához (arthrosis deformans) vezet. Ezzel ellentétben az *izületi gyulladás* fertőzéses eredetű lázas megbetegedés. Székhelye az izületi tok és annak a környéke és az izületi porc és csontfelszín csak később betegszik meg. Súlyosabb esetekben az izületi felszín annyira elváltozhat, hogy az arthrosis deformanshoz hasonló lesz (arthritis deformans). A gyulladásos izületi elváltozásokra a lázas kezdet mellett jellemző az, hogy a megbetegedés rendszerint a kis izületekben indul meg és a nagy izületek rendszerint csak később betegszenek meg.

Nemcsak az idült gyulladásos (arthritises), de az elfajulásos izületi megbetegedések (arthrosisok) gyógykezelését is megkíséreltem, de csak olyan súlyos folyamatokban, melyekben a szokásos gyógymódok minden lehetőségét kimerítették, de eredménytelenül. Eddig minden esetemben feltűnő gyors javulás következett be. Ezért szükségesnek tartom, hogy észleléseimről beszámoljak,

* A Bp. Kir. Orvosegyesületben 1941 jan. 10-én tartott előadás.

Az i. é. végzéséhez a bonctani viszonyok ismerete és megfelelő sebészi jártasság szükséges. Azokat a symp. dúcokat kell érzéstelenïteni, amelyek a megbetegedett izületet beidegzik. A felső végtag izületeinek megbetegedése esetén a plexus brachialishoz társuló symp. dúcok keresendők fel, az alsó végtagok izületi megbetegedése esetén a plexus lumbalis és a plexus ischiadikus symp. összeköttetései szakítandók meg. Az érzéstelenítéshez eleinte 2‰-es pantocaint alkalmaztam, újabban azonban csak 1‰-es pantocaint használok. A 2‰-es oldat megbízhatóbban érzéstelenít ugyan, de az 1‰-es oldat érzéstelenítő hatása is kielégítő. Ajánlatosabb az 1‰-es oldat alkalmazása, mert a 2‰-es oldat néha mérgezési tüneteket okoz. Az érzéstelenítés kivitelét illetően utalok az O. H. Orvostudományi Közlemények 1940. 5. számában megjelent »Uj eljárás a hasi, a medencei zsigerek, a felső, az alsó végtag érzéstelenítésre« című munkámra. A felső végtag érzéstelenítésére *nyaki paratransversalis módszeremet*, az alsó végtag érzéstelenítésére *laterovertebralis* és *ischio-sacralis módszeremet* alkalmaztam. Aki kellő előtanulmány és jártasság nélkül érzéstelenít, az oldatot a pleura ürbe, a nagy erekbe vagy a gerincsatornába is adhatja és súlyos, életveszélyes kellemetlenségek okozója lehet. Kellő gyakorlat mellett azonban ezek az eshetőségek biztosan elkerülhetők. Hogy az eljárás avatott kézben mennyire veszélytelen, mutatja az, hogy az é.-t osztályomon már több ezer esetben minden kellemetlenség nélkül alkalmaztuk. A felső végtag érzéstelenítésére 40—60 ccm, az alsó végtag érzéstelenítéséhez általában 60—80 ccm érzéstelenítő oldatra van szükség. Az 1‰-es pantocain ilyen mennyiségben nem mérgező.

Kezelt eseteimből néhányat ismertetek.

1. *K. J.* 28 éves főhadnagy térdizületi gyulladása 1937 október 2-án láz kíséretében ismeretlen okból lépett fel. Két hónapig gipszkötésben feküdt, izületét többször csapolták és a szokásos gyógyszerekkel kezelték. További egy hónapi fürdő után rendbe jött. Betegsége 1939. XII. 5-én kiújult s háromheti kezelés után kis érzékenység visszamaradásával meggyógyult. Harmadízben 1940. IV. 5-én betegedett meg. Térdizülete hatalmasan megduzzadt s nagyon fájdalmas volt. Másfélhónapi kórházi fekvés után 6 hétig a Császárfürdőben kurázott. Számos belső szert szedett, tej- és yatrencasein-befecskendezéseket kapott, szurcsapolták, röntgensugározták, de a térdizület fájdalmassága és duzzanata nem volt befolyásolható. Röntgenfelvételen az izületi rés kissé tágabbnak látszott. Ilyen állapotban 1940. V. 20-án kezdtem meg a jobboldali plexus lumbalis és plexus ischiadicushoz tartozó symp. ganglionok 4—5 naponkénti rendszeres i. é.-t. A symp. ganglionokat 1‰-*es adrenalinmentes pantocainnal* érzéstelenítettem. A fájdalom és duzzanat mindjárt az első érzéstelenítés után csökkent, a harmadik után majdnem teljesen megszünt. Öt érzéstelenítés után, háromheti kezelésre a térdizület teljesen leapadt, fájdalmatlan lett. A beteg a kezelés befejezése után félévvel egészséges, a testi megerőltetéseket jól birja.

2. *Sz. J.* 23 éves nő a Szent László kórház I. számú belosztályára vétetett fel. 1940. IX. 5-én magas láz kíséretében sokizületi csúzban betegedett meg. Az osztályon 5 héten át a szokásos gyógykezelésben részesült, eredmény nélkül, izülete nyugalomban is fájt. A bal váll mozgása a kezelés megkezdésekor, X. 30-án, passive előre és hátra 30—30°, oldalra 20° volt. Másnap nyugalomban már nem fájt a válla, abductio 60°. I. 3-án második érzéstelenítés, X. 5-én a mozgások teljesen szabadok, de a vízszintes fölé emeléskor még kis fájdalma van. XI. 15-én 5 injectio után a vállizület mozgása teljesen szabad és fájdalmatlan.

3. *I. J.* 14 éves tanuló 1939 júniusában kerékpárról leesett, térdét megütötte. Térde hetekig duzzadt volt és fájt. 1939 szeptemberben panaszai kiújultak, járni nem tudott, több héten át feküdt. 1940 tavaszán ismét voltak fájdalmai és sokáig feküdt, szeptemberben baja 38°-ig menő láz kíséretében kiújult, amikor belosztályra vétetett fel. Térde megduzzadt, járni nem tudott. Hőemelkedése fokozatosan múlt el. Röntgenfelvételen az izületi rés kissé tágabb. Salycilkészítményeket, fájdalomcsillapítókat, 2 histamint, 3 bismuth + kálium jodátum iontophoresist, 10 saját vér injectiót, 2 sulfebrin injectiót, 18 tophosanilt kapott minden eredmény nélkül. Nagy fájdalmai voltak, térdét hajlítani nem tudta. 1940. XI. 5-én az i. é. megkezdésekor a bal térd körfogata 40 cm., a jobbé 39 cm. 1940. XII. 3-ig 10 érzéstelenítést kapott. A 4-ik kezelés után térdét 45°-ig, 9-ik kezelés után 90°-ig *fájdalmatlanul tudja* hajlítani, járkál, a térdizület térfogata mindkét oldalon 39 cm.

4. *B. B.* 35 éves férfi négy év óta veszi észre, hogy bal csipőizülete állandóan fáj. Azóta gyógykezeltette magát, állapota azonban folytonosan romlott. 1940 augusztus röntgenfelvétel a bal csipőizületi rés megkeskenyedését, a combfejecs conturjainak elmosódását és az izületi üreg peremén, a combfejen és nyakon durva csontfelrakódásokat mutatott, az izületi üreg körül kifejezett tömörülés volt (Arthosis deformans). A bal comb hajlítása 90°-ig, nyujtása kb. 25°-ig sikerült. Rotálás 1°, abductió 0. Járásnál igen kifejezett fájdalmai vannak. 1940 VIII. 6-tól VIII. 26-ig 6 injectiót kap. A második kezelés után a fájdalmasság lényegesen csökkent, a 6-ik után teljesen megszűnt. IX. 6-án a bal csipőizület hajlítása 90°-ig, nyujtása a vízszintesig megy, rotálás 20°, abductio 20°. Fájdalmai megszüntek, az az érzése, hogy a csipőizületének mozgása felszabadult. Hat hónappal a kezelés után állapota tovább is változatlanul jó. Fájdalmai csak erőltetett mozgásnál vannak. Az 1940 dec. 30-án a régebbi felvétellel szemben a combfejecs conturjai teljesen élesek.

5. *Cs. J.* 58 éves férfi bal csipőizülete 1936-ban fájdalmas lett, láza nem volt. A fájdalmak lassanként fokozódtak, annyira, hogy több héten át feküdt. Belső szereket szedett, injectiókat kapott, fürdőkurát tartott, diathermiázták, röntgenezték, de baja állandóan romlott. 1936-i röntgenfelvételén a combfej még sima, csak az ízvápán mutatkoznak egyenetlenségek. 1939-ben a combfejecs már lelapult, az izületi rés helyenként megszűkült, másutt kiszélesedett s úgy az ízvápán, mint a combfejecsen csontfelrakódás és tömörülés mutatkozott. 1940-ben ezek az elváltozások még kifejezettebbek. A kezelés megkezdésekor 1940 októberben a bal alsó végtag rotatiója 3—4 fok, a bal comb abductiós állásból kb. 20°-ig közelíthető, a csipőizület hajlítása behajlított térd mellett is csak 70°-ig sikerült. Hét érzéstelenítés után, 4 hét mulva, a rotatio 90°, az abductio tökéletes, a láb az ellenoldal fölé átemelhető s a csipőizület hajlítása kinyujtott alsó végtag mellett fájdalom nélkül sikerült. A kezelés óta 2 hónap telt el s lényegesen könnyebben érzi magát, fájdalmai majdnem teljesen megszűntek.

6. *F. J.-né* 61 éves. 1939 májusban lázas sokizületi gyulladás. Térde, csuklója, kézfeje megdagadt s igen fájdalmas. 1940 január óta csaknem állandóan fekszik. Augusztus óta izületi fájdalmai rosszabbodtak. Mindkét térdizület erősen duzzadt, 170°-ra hajlított helyzetben rögzített. Október 4-én a baltérd körfogata 42, jobbé 43 cm. Mindkét térd igen fájdalmas. A baltérd kissé mozgatható, a jobb nem. Röntgenfelvételen az izületi rés sok helyen a rendesnél szűkebb, a csontok mészszegények, a baltérdizület kissé subluxálódott. Az eminentia intercondiloidea baloldalt egyenetlen (arthritis deformans). Október 21-én i. é. kezdete. Mivel a pantocaint rosszul türte, az ugyanozon oldali pl. lumbalist és pl. inschiadicust más-más napon érzéstelenítettem. Egyoldalon összesen 6 injectiót kapott. A második héten járni tudott, a harmadik héten segítség nélkül kelt fel az ágyból, XII. 21-én a térdizületek fájdalmassága megszűnt, mindkét térdizület körfogata 41 cm volt.

Az elért eredmények kétségtelenül igazolják, hogy *az idült izületi folyamatok gyógyulására a symp. idegrendszernek befolyása van.* Az i. é. révén az arthropathiák eddig homályos kóroktanába betekintést nyerünk. Nem lehet kétség afelől, hogy az arthropathia oka fokozott symp. működésen alapuló trophikus zavar. Ezen az alapon könnyen megérthetjük az arthropathia legszembeötlőbb alakjának a fiatal korban jelentkező osteo-arthrosis dissecans keletkezését is. *L. G. Rowentree és A. W. Adson*

(J. of. A., med. ass. 1929. 93. sz.) gondoltak először arra, hogy az izületi gyulladások és a symp. idegrendszer közt összefüggés lehet. Ők a nem gyógyuló izületi gyulladásokat a symp. dúcok és a symp. összekötő ágak kiirtásával gyógyították és jó eredményeket értek el.

H. Meyer bécsi intézetéből került ki az az érdekes megfigyelés, hogy cocainozással lényegesen csökkenteni, sőt megakadályozni lehet a mustárolaj által okozott panophthalmitist, valószínűleg azért, mert a cocain megszünteti azt az axonreflexet, amely az érző idegek izgalmát átvezeti az edénytágítókra. Ehhez hasonló észlelésről számolt be *W. Meyer* berlini sebész, aki a súlyos izom és izületi gyulladások gyógytartamát a felére tudta leszállítani, ha érzéstelenítő szerekkel a reflexpályákat megszakította.

A vegetativ idegrendszer az izületi gyulladások keletkezésére is befolyással lehet. *Belák Sándor és munkatársai* munkásságából tudjuk, hogy a szervezet nem fajlagos védőanyagainak (az alexineknek, plakinoknak, leukineknek, obsoninoknak) a termelése a vegetativ idegrendszerrel szoros összefüggésben van. A symp. idegrendszer ephedrinnel, vagy villanyárammal történő izgatására pl. a szervezetbe jutó fertőző csirokkal szemben azonnal sorompóba lépő *nem fajlagos védőanyagok* mennyisége hatalmasan megnövekedik (1 óra alatt 30%-kal), míg a parasymp. izgatására ezen anyagok mennyisége csökken. Ezzel ellentétben *a fajlagos védőanyagok* (antitoxinok, aglutininek, praecipitinek, haemolysinek) termelését a symp. izgalom csökkenti, a parasymp. izgalom pedig növeli. Ezek szerint tehát a nem fajlagos védőberendezések a symp., a fajlagos védekező berendezések pedig a parasymp. tonus kilengésével állanak összefüggésben *(Belák)*. Ha tehát a szervezet nem fajlagos védekező berendezése kielégítő, a szervezet a fertőzéssel megbirkózhat, úgyhogy megbetegedés nem jön létre. Ha azonban ez a védekező beredezés nem kielégítő, akkor a szervezet megbetegszik és pedig a baktérium életereje és a szervezet pillanatnyi védekező készsége közti erőviszony szerint a fertőzés idült vagy heveny lesz, s adott esetben heveny, vagy idült izületi gyulladás keletkezhet.

Bergmann a vegetativ idegrendszer teljes egészének váltakozó ingerlékenységét tartja kórosnak, s a vegetativ stigmatizáltságon belül az egész egyénre kiterjedő sympathicotoniás és parasympathicotoniás állapotot tételez fel. *Belák* ezzel ellentétben (»Klimawirkungen auf die vegetatiwe Einstellung« című munkájában) azt mondja, hogy a sympathicotoniás, illetve parasympathicotoniás állapot a szervezetnek egyes működéseire is vonatkozhat és akkor, amikor a vegetativ idegrendszer egyik tagjának bizonyos működési területén tonus változás van, akkor más testrészeken ezzel ellentétes tonusváltozás jön létre. Ha pl. valamely testrész kis artériáin sympathicotoniás (adrenergiás) érszűkülés jelentkezik, a test más részén kiegyenlítő parasympathicotoniás (cholinergiás) értágulás létesül. Ezek szerint egy szervezeten belül egy időben parasympathicotoniás, illetve sympathicotoniás jelenségeket is észlelhetünk.

A »trophikus zavarok keletkezése és gyógyítása« című munkámban (B. O. U. 1940.) rámutattam arra, hogy az idegekre gyakorolt nyomás, az idegekre terjedő gyulladás, a symp. ganglionok gyulladása és valamely gyulladásos területről kiinduló tartós reflexinger is okozhat sympathicotoniát. Ezek a kóros, illetve tartós ingerek helyüknek megfelelően sokféle megbetegedést s így izületi elváltozást is okozhatnak. Észleleteim megerősítik Belák megállapításait. Hangsúlyoztam, hogy sokszor a gyulladásos góctól távol eső symp. ganglionok nyirokutak útján történt megbetegedése a kóros symp. izgalom megindítója. Ezt a feltevésemet alátámasztja *Fischer és Kaiserling* (D. Z. f. Chir. 1940) észlelete is, akik érzékennyé tett allergiás állatok gerincoszlop előtti symp. dúcaiban gyulladást tudtak előidézni, úgyhogy a medence kötőszövetébe serumot fecskendeztek.

Amikor az i. é.-t a hólyaggyulladások, a végtagok trophikus zavarai és a gyomorfekély kezelésével kapcsolatban ismertettem, akadtak, akik az i. é. hatásában kételkedtek. Azt mondták, hogy a hólyaggyulladás kellő kezelés mellett eddig is meggyógyult; hogy a végtagok trophikus zavarai már egyszerű fektetéssel is jól befolyásolhatók; hogy a gyomorfekélyek kellő diéta és nyugalom mellett különös kezelés nélkül is meggyógyulnak. A kétkedők figyelmét bizonyára elkerülte az, hogy *i. é.-vel csak olyan súlyos megbetegedéseket kezeltem, amelyek a szokásos gyógyító eljárásokkal nem voltak befolyásolhatók.* Az izületi gyulladások i. é.-s gyógyeredményének ismertetésekor sokkal könnyebb helyzetben vagyok. Itt szabad szemmel látható, hogy az olyan esetek, amelyek a kezelés minden eshetőségét felhasználva sem javultak, *gyógyszeres alátámasztás nélkül csupán i. é.-re* rohamosan meggyógyulnak. Az izületi gyulladások kezelésekor az i. é. hatását bonyolult vizsgálatok nélkül mindenki könnyen ellenőrizheti. Az izületi duzzanatok megkisebbednek, a végtagok mozgási korlátozottsága és fájdalmassága megszűnik. Az izületi mozgások szabaddá válása a legelfogultabb észlelőt is meggyőzheti arról, hogy i. é.-vel súlyos elváltozások is milyen mélyrehatóan befolyásolhatók.

Az adrenalinmentes i. é. hatása több részből tevődik össze. Az érzéstelenítést 3—6 naponként az eset súlyossága szerint meg kell ismételni. Nagyon súlyos esetben 7—8, sőt több érzéstelenítésre is szükség lehet. Ha ezeket az eseteket veszem számításom alapjául, mivel az adrenalinmentes érzéstelenítés 1—1 óránál tovább nem tart, a 4—5 heti kezelésre összesen 7—8 órai érzéstelenítés esik, ami a tartós gyógyulást nem magyarázza meg. *Legfontosabbnak, amint az már H. Meyer is felvette, a gyulladásos területről kiinduló kóros reflexek megszüntetését tartom,* amely a kis ütőerek görcsének kikapcsolása révén az izület jó vérellátását biztosítja. Az ilymódon keletkező bő ütőeres véráramlás megjavítja a gyulladásos terület táplálkozását, de azonkívül bőségesen szállít oda védőanyagokat is, amelyek az izületben megbújt, eltokolódott kórokozó csirák elpusztítását lehetővé teszik. A symp. vezetés kiiktatása után keletkező bővérűség a nagy és kis ütőerek kitágulásának a következménye, tehát *aktiv bővérűség,* s ezért sokkal értékesebb, mint a Bier-eljárással előidézett pangásos hyperaemia. Az arteriolák tágulása következtében a bőrhőmérsék lényegesen emelkedik, ezért a helyi hőmérsék emelkedése a jól alkalmazott symp. érzéstelenítés fokmérője. Az első érzéstelenítések után gyakran 39°-ot is meghaladó lázat is észleltem, ami az izületi üregekben és a szövetekben felhalmozódott toxicus anyagoknak a vérbe jutásával magyarázható meg (autovaccinálás).

Az eredmény kialakulásában a bővérűségen kívül kétségtelenül egyéb tényezők is szerepelnek,

Szóba jöhetne az, hogy a helyi sympathicotonia megszűnése *a védőanyagok termelését is fokozza* és a gyulladások azért javulnak. Erre vonatkozóan csak az ilyen irányú pontos vizsgálatok lehetnek döntők. A gyógyulásban a kórosan fokozott sympathikus tonus csökkentésének is nagy szerepe van. A sympathikus tonus tartós csökkenése mellett szólnak a hyperthireosisokkal kapcsolatban tett észleleteim. Tudva azt, hogy a hyperthireosisnak a symp. idegrendszer fokozott működése az oka, megkíséreltem a hyperthireosis i. é.-s kezelését is, hogy lássam, hogy az i. é. symp. tonuscsökkentő, vagy bővérűség előidéző hatásának van-e nagyobb jelentősége? Eseteim kis száma messzemenő következtetésekre még nem jogosít fel, annyit azonban már most is megállapíthatok, hogy a hyperthireosis sorozatos nyaki symp. érzéstelenítéssel kedvezően befolyásolható. Meglehetős magas +30+45-s alapanyagcsere értékeket i. é.-vel 4—5 héten belül az ép élettani szintre sikerült csökkentenem, ami csak úgy képzelhető el, hogy a sympatikustonus csökkenésének tartósabb és erőteljesebb a hatása, mint az i. é.-re kétségtelenül beálló hyperaemiáé. Ha fordított lett volna a helyzet, akkor a hyperthireosisnak i. é.-re nem csökkennie, de fokozódnia kellene.

Eddig a szokásos gyógykezelésre nem javuló 15 súlyos sokizületi csúzt, 3 sokizületi gyulladásból eredő arthritis deformanst, két arthrosis deformanst és 1 kankós térdizületi gyulladást kezeltem i. é.-vel. A kezelt esetek száma nem nagy. Hogy róluk mégis beszámolok, azt azért teszem, mert *ezek olyan válogatott esetek voltak, amelyek eddigi gyógykezelésünk összes lehetőségét kimerítették és a kezelés ellenére nem hogy nem javulak, de legnagyobb részt állandóan rosszabbodtak.* Betegeim az i. é. tartama alatt egyéb kezelésben nem részesültek és i. é.-re kivétel nélkül mind megjavultak, illetve meggyógyultak. A csak a synoviát érintő idült izületi gyulladások 2—3 hét alatt nyom nélkül eltűntek. Kifejezett csontelváltozás esetén már nagy eredménynek kell tekintenünk azt is, hogy az izületi mozgások felszabadultak, kiterjedtebbek lettek, s hogy az izületek fájdalmassága teljesen vagy részben megszűnt. Valószínűnek tartom, hogy az i. é. hatását az izületi megbetegedések kezelésére használatos egyéb gyógymódok egyidejű alkalmazása támogatni fogja. Nincsen kizárva annak a lehetősége sem, hogy arthrosis deformans esetén a trophicus zavart előidéző kóros helyi symp. tonus megszűnése következtében az elváltozott izületfelszíneken is javulás fog mutatkozni. Erre nézve felvilágosítást csak a hosszabbb észlelés fog adni. A legrégebben kezelt arthritises és arthrosisos betegeim már 6 hónap óta jól vannak és így tartós gyógyulásukra van remény.

Összefoglalás: A szokásos gyógyszeres, fürdő- és sugaras kezelésre nem javuló idült izületi gyulladások időszakos érzéstelenítéssel gyógyíthatók. Hasonlóképp javulnak időszakos érzéstelenítésre az arthrosisok is, amelyek tulajdonkép izületi trophoneurosisok. A gyógyulást elsősorban az izületből kiinduló arteriola görcsöt okozó kóros reflex megszüntetése és az ennek következtében kifejlődő ütőeres bővérűség hozza létre, de az eredményt a helyi sympathicustonus időszakos érzéstelenítésre bekövetkező csökkenése elősegíti és tartóssá teszi. A javulás a kezelés megkezdése után sokszor már néhány napra, meglepő gyorsan jelentkezik. A fájdalmasság megszűnik, az izületi duzzanat eltűnik és az izület mozgása szabaddá lesz.

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

Világrahozott teljes pitvarkamrai blokk.

Írta: *Brenner József dr.* közkórházi alorvos.

Közelmultban kórházunkban egy 4 hónapos csecsemőn teljes pitvarkamrai blokkot észleltünk. Az esetet, tekintettel ritkaságára, a következőkben ismertetjük:

N. István négyhónapos. Felvétel 1940 X. 4. Anyja terhessége teljesen normalis, szülése rendes, 2700 gr. születési súllyal. Gümőkór, bujakór nem szerepelnek. Csak szopik. Dongalába miatt hozzák a kórházba. Két hete nagyon köhög, közben erősen elkékül. Eddig beteg nem volt.

Gyengén fejlett és táplált fiúcsecsemő, testsúlya 4100 gr. Bőre kékes árnyalatú, ajkai kékek. Kétoldali pes equinovarus, mely könnyen normalis helyzetbe hozható. Kutacs 2×2 ujjbegynyi. Vérbő, duzzadt torokképletek. *Szíve minden irányban megnagyobbodott, igen halk elmosódott szívhangok. Erős bradycardia.* Rythmusos, alacsony, könnyen elnyomható érlökés, *percenkint 35.* A tüdő felett elszórtan durva zörejek. A máj másfél újjnyi, a lép tapintható. Nyugtalan. Síráskor, köhögéskor elkékül. Mozdulatszegény. Szemmozgásai incoordináltak, mindkét pupilla területén szürkés homály. (Cataracta congenita oculi utriusque.) Vizelete negativ. Hőmérséklete 36.4.

X. 6. A Pirquet és a Wassermann negativ. Láztalan. Széklete rendes, jól szopik, súlyban áll.

X. 6. Rtg-felvétel: Minden irányban, de bal felé jobban megnagyobbodott szív. Az aorta rendes. Átvilágításakor csak a bal kamrán látszanak igen gyenge összehúzódások. Vérkép: Hgb: 90%. Vvs: 6.860.000. Fvs: 9.200. St: 8%. Se: 42%. Mo: 11%. Ly: 39%. *EKG: Általában minden negyedik pitvarösszehúzódásra következik egy kamraösszehúzódás. A pitvar frequentia 120—130, kamrafrequentia 30.* P-hullámok minden elvezetésben positivak, magasak, rythmusosan következnek egymás után. A rythmusos pitvar és a rythmusos kamraösszehúzódások között nem lehet időbeli összefüggést találni. $Q_2 > Q_3 > Q_1$, $R_3 > R_2 > R_1$ Az előlengés az első elvezetésben fordított irányú. T egy elvezetésben sem mutatható ki. *Kórisme: Teljes atrioventricularis blokk* (4:1) Délután etetés közben hirtelen elkékül, szilvakék, eszméletét veszti, teljesen atoniás, végtagjai hidegek, időnkint mély légvételek, szívhangjai nem hallhatóak, érverése nem tapintható tág, fénymerev pupillák, széklet ürül. Élesztő-fürdő, szívtájékdörzsölés, mesterséges légzés, coffein injectio után az asphyxiás állapot oldódik, az érlökések száma ismét percenkint 35.

X. 9. Hőmérséklete 37.5, széklete híg, vizes, súlyban áll. Vizsgálat közben ismét *Adams-Stokes roham.* Utána 35-ös érlökés.

X. 10. Láztalan, súlya lassan megindul. Szívhangjai halkak, elmosódottak, zörej most sem hallható. Pulsusa arythmiás.

X. 12. Asphyxiás állapot nem ismétlődik. Köhögés közben többször elkékül. Az érlökés változatlanul rythmusos, száma percenkint 35 körül. Súlya gyarapszik. Láztalan. Anyja sajnálatunkra saját felelősségére hazaviszi.

Betegünknek világrahozott teljes atrioventricularis blokkja van, melyet az elektrocardiogramm szépen mutatott. A teljes automatiával dolgozó kamrák függetlenek a pitvarok rendes sinus rythmusban dolgozó ütemétől. A normalis 120-as frequentiájú pitvarok és a 30-as idioventricularis rythmusú kamraműködés között időbeli összefüggést nem lehet találni. Tehát a pitvar és kamra között az ingervezető rendszer meg van szakadva. A pitvarműködés egyebekben rendes. Az első elvezetésben az előlengés lefelé irányított volta és mindhárom elvezetésben hiányzó T-hullámok a kamrafalban lévő ingervezetési zavart jelez. Itt tehát a specifikus izomnyaláb egy részét szintén magábafoglaló kamrasövény-defectust kell feltennünk.

A sövény-defectust kérdésessé tehetné a zörejek teljes hiánya, ami viszont igen kiterjedt sövényhiány esetén előfordulhat. *(Feer.)* A kamrák systolés ereje különben is olyan gyenge volt, hogy a szívhangokat csak nehezen hallottuk, az érlökés is ennek megfelelően alig tapintható, kishullámú.

A vezetési zavar szerzett voltát kizárhatjuk. A csecsemő ezideig fertőző betegségen nem esett át. Az anya és a csecsemő Wassermannja negativ, így a köteg lueses bántalmazottsága nem jöhet szóba. A szív minden iránybeli nagyfokú kitágulása, nagyfokú szederjesség, a polyglobulia 90% Hgb., 6,860.000 vörösvérsejt és a többi fejlődési rendellenesség (pes equinovarus, cataracta congenita fejlődési rendellenesség) elsősorban septumdefectus mellett szól. Az irodalomban eddig feldolgozásra került boncolt esetek mindegyikében sövényhibát találtak. *Yater*-nak metszetsorozatban vizsgált esetében a pitvarok és kamrák között semilyen izomösszeköttetést nem talált, a His-köteg nem volt összeköttetésben az atrioventricularis csomóval. *Stejfá*-nak világrahozott szívbajokon végzett Ekg-vizsgálatai szerint is a His-köteg vagy a Tawara-szár laesióját mutató elektrocardiogramm kamrasövényhiba jele.

Röntgenen megpróbáltuk ellenőrizni a pitvar-kamrai dissociatiót, hogy a jobb pitvar (jobb II. ív) négyszer gyakrabban húzódik-e össze, mint a bal kamra. (Bal IV. ív.) A jobb alsó íven semminemű contractiót nem láttunk, csak a bal kamra felső részén voltak apró, féregszerű, lassú összehúzódások.

Betegünkön kétszer észleltünk Adams—Stokes-rohamot, mely a kamraműködés teljes megszűnésével járt együtt. Eszméletvesztés, Cheyne—Stokes-légzés, szederjes bőrszín, hideg végtagok, szívhangok egyáltalában nem hallhatók, érverés nem tapintható. A roham után, melyet erős bőringerekkel szüntettünk meg, a kamrák újból saját automatiájukkal működnek. Betegünk, ki rendesen teljes mozdulatlanságban feküdt, mindkét esetben fokozott izommunka közben kapta rohamát: egyszer félrenyelés okozta erős köhögés, máskor szemészeti vizsgálat közben. Sajnos, nem állott módunkban a rohamok alatt Ekg-felvételt csinálni.

Az irodalmi adatok szerint az esetek $^1/_8$-ban vannak Adams—Stokes-rohamok. Hirtelen halált ritkán észleltek, rendesen más betegség vagy fejlődési rendellenesség veszélyezteti az életet. *(Cambell.)*

67 körül van az eddig ismertetett világrahozott szívblokkesetek száma. Érdekes, hogy a veleszületett szívbajok esetén a septum-hiba igen gyakori (30%) előfordulása ellenére is csak ritkán találkozunk a specifikus ingervezető rendszer bántalmával. Az esetek 79%-ában a blokk teljes volt, 14%-ában részleges, 7%-ában pedig alternáló. *Blackford* leírt egy esetet, mikor már a terhesség alatt feltűnt a magzati szívhangok számának elmaradása az anya érlökéseinek száma mögött. Előfordul, hogy a blokk kórjelzését csak kisgyermek korban állapítják meg és ez ilyenkor kétségessé teheti a világrahozott eredetet és valószínűvé tehet egy fertőzés okozta His-kötegbántalmat. A pontos kóreló zmény és minden körülmény figyelembevétele a helyes útra terel bennünket.

Csak megemlítjük még, hogy a madarászutcai gyermekkórházból *Flesch Ármin* 1936-ban írt le egy influenza kapcsán szerzett teljes szívblokkot másféléves gyermeken. A gyermek azóta is észlelés alatt áll, szépen fejlődik és a lefolyás is a blokk szerzett volta mellett szól.

Összefoglalás: Észleltünk egy 4 hónapos csecsemőt pes equinovarussal s cataracta congenitával. Erősen szederjes volt és polyglobuliát, minden irányban erősen megnagyobbodott szívtompulatot is találtunk, halk szívhangokkal, igen nagyfokú bradycardiával. Az Ekg teljes atrioventricularis blokkot mutatott. Két ízben észleltünk Adams—Stokes-rohamot is. Bár a zörej hiányzott, kamrasövényhiányra gondoltunk, mely mellett a szíven esetleg más fejlődési rendellenesség is fennforoghatott.

A Charité Poliklinika sebészeti osztályának közleménye.
(Főorvos: Tóthfalussy Imre egyet. m. tanár.)

Az izületi porc szerkezetének befolyásolása.

Irta: *Grosz Tibor dr.*

Az izületi biologia ma még igen kevéssé feldolgozott fejezete az orvostudománynak. Csak lépésről-lépésre történik az egyes alapvető kérdések tisztázása. Ezek felderítésének eszköze a klinikai megfigyelés, a műtéti leletek és boncolási praeparátumok mellett az állatkísérlet.

Bár az állati izületekkel végzett kísérletek értéke az emberre vonatkoztatva nagyon gondos kritikát igényel (az anatomiai felépítés és a mozgások intensitásának eltérése, főként azonban az ember egyenes testtartásával kapcsolatos más statikai viszonyok folytán, stb.) kísérleteimben célom annak megállapítása volt, hogy ép izületekhez tartozó ép izomzat tartós károsítása különböző idő multán, milyen hatással van az izületet képező csontok porcborítékára.

A functio és izületi porc közötti összefüggést eddig Fick szerint abban a tételben ismertük, hogy az izületi porc szerkezete csak úgy marad meg, ha az izület berendezésének megfelelően működik. Ilyenkor a közép- és nagyizületek porcborítékának sejtszerkezetén Benninghoff szerint négy réteg különböztethető meg. A felszínes lapossejtű tangentialis réteg, a szabálytalan kereksejtű átmeneti zóna, a sugárzóna, hol a sejtek tengelye merőleges a felszínre és végül az elmeszesedési réteg. Ez a sejtelrendeződés következménye annak a specialis mechanikai adottságnak, amely a fibrillumok és a hyalin-kötőanyag viszonyából ered.

Ezt a rendszert vizsgálták már egyesek tehermentesítés (Henke, Heuter és Böhm), mások continualis és intermittáló erők hatásával kapcsolatban (Jores). Az én vizsgálataim kiindulási pontját is ez képezte megváltozott functio szempontjából.

A kísérletet féléves ikernyulakon végeztem. A térdizületet tettem vizsgálat tárgyává, megváltoztatva a térdfeszítő izomzat működését szögek behelyezésével. Azért választottam fiatal nyulakat, hogy az esetleges senilis porckopásos elváltozások zavaró hatását elkerüljem. A térdizületet pedig azért tartottam alkalmasnak, mivel egyike a leginkább igénybevett nagyizületeknek, technikai szempontból jól hozzáférhető s az emberen statikus eredetű arthritis deformans főként ezen az izületen észlelhető.

Narkosisban feltártam a m. quadricepset és rostjai közé helyeztem 2—3 fejes rézszöget (a szög feje a rögzítést megkönnyíti). Réteges sebzárás után a kötést varratszedésig meghagytam. Az állatok a műtétet követő napon már szaladgáltak, az operált végtagot térdizületben mereven tartva. A megfigyelés első napjaiban mutatkozó kisfokú fixáltság később teljesen megszűnt. Négyhetenként röntgenfelvétellel ellenőriztem a szögek helyzetét.

Az állatokat egy, három és hat hónap multán boncoltam. Szövettani vizsgálat tárgyává tettem úgy az ép oldali, mint a műtéti oldalon lévő m. quadricepset, a femur distalis, a tibia proximalis epiphysisét. A hatodik hónap végén vizsgált állat caput femorisát is feldolgoztam.

Nem voltam tekintettel a dynamikus hatás következtében fellépő esetleges csontalaki elváltozásra, mivel az izületek in toto kerültek szövettani feldolgozásra. Ilyen célzatú kísérleteket Weidenreich és Eichel végeztek. A vizsgálat nem terjedt ki az izületet képező egyéb szövetelemre sem.

Az első hó végén szövettani vizsgálatra került m. quadriceps keresztmetszetén (1. haematoxylin-eosin, 2. Van Gieson festés) a behelyezett szög helyén vérfestéket, a közvetlen közelben kötőszövetes eltolódást mutat. Az izomzat oedemás, fasciculusainak csökkent összeállását, fellazultságát találtam.

Az izületi porc az ép oldalaival körülbelül analog helyeken összehasonlítva (4—5 mélységben lehetőleg széria-metszetek készültek) valamivel vékonyabb volt. Általánosságban sejtszegényebbnek mutatkozott. A sejtek normális megfestődésűek, rajtuk qualitativ elváltozás nincsen. A sejtelrendeződés azonban nem mutatja a Benninghoff-rendszernek megfelelő szabályosságot. Ez a rendszerzavar főként a lapos és fascicularis rétegekre localizálódik. Az első rétegben a sejttengelyek párhuzamossága megbomlott s az átmeneti réteg sem egységes.

A harmadik hónapban az izomzatban az eltokolódáson kívül a festődésben is változás volt észlelhető: helyenként világosabb, néhol pedig sötétebbre festődött. A környező izomrostok duzzadtak, egyneműek, harántcsíkolatuk elveszett. Ezeken a helyeken az izomzat a Zenker-elfajulás jellegét mutatja.

Az izületi porcon a másik oldalihoz képest vastagságbeli eltérés nem látható. A sejteken qualitativ és quantitativ eltérés nem észlelhető. A sejtek elrendeződésében teljes szabályosság állapítható meg.

A hatodik hó végén a m. quadricepsen a szög helyén az izomzat fasciculusainak eltávolodása, kötőszövetes szaporulat figyelhető meg. Itt a rostok harántcsíkolata hiányzik. Az izomzat teljességében hypertrophysált.

Az izületi porc — mint a harmadik hónap végén — teljesen normalis képet mutat szövettanilag. A femur proxymalis epiphysisén szöveti eltérés nincs.

A kísérlet folyamán a m. quadricepsen mesterségesen előidézett fokozatos elfajulás figyelhető meg. Az elváltozás kezdetben csak a laedált területre, később a környező területre is kiterjedt. Más helyen hypertrophysált.

Az izületi porcon feltűnő az a hirtelen bekövetkező, lapos és fascicularis rétegekre localizált sejtszerkezeti elváltozás az első hónap után, mely a fokozódó izomelfajulást tovább nem követi, sőt structuralis reparatio áll be.

A porcelváltozás okát a megváltozott functionalis körülményeknek tulajdonítom. Részben inactivitás, részben következményes keringési zavarként fogható fel, ami a hyalin-anyag csökenésében s így a porc vékonyodásában nyilvánul. A hyalin-kötőanyag quantitativ megváltozásával tartom kapcsolatosnak a fibrillumok elhúzódását, amiből következik a sejttengely eltérése s a porcszerkezet szabálytalansága.

A kísérletben feltűnő, hogy a functio megváltozása milyen hamar — úgyszólván shockszerűen — zavarja meg az izületi porc sejtfölépítettségének szabályosságát, a Benninghoff-systemát; a functio reparatiójával viszont helyreáll a porc szerkezeti egyensúlya. Ez a tény bizonyítéka lehet a porc sejtrendszer functionalis jellegű felépítettségének is.

A Ferenc József Tudományegyetem bőr- és nemibeteg klinikájának közleménye. (Igazgató: Melczer Miklós ny. r. tanár.)

A neosanamid hatása a patkány kísérleti blastomykosisára és aktinomykosisára.

Irta: *Dósa András dr.*

Amíg sulfamidokat számos bacteriumos eredetű betegségben kiváló eredménnyel alkalmazták, addig gombás betegségekben érthetetlen módon mellőzték. Eleddig mindössze csak 3 aktinomykosis esetben adták (Miller és Fell, Walker, MacCharles). Kívánatos volna ezért a szerrel ilyen irányban nagyobb mértékben foglalkozni, mert ha beválna, akkor az eddig még nagy részben halállal végződő mély aktinomykosis és blastomykosis különféle alakjaiban szenvedő betegeket is megmenthetnők. Minthogy a mély gombás betegségek nálunk ritkábban fordulnak elő, nem kínálkozik egyszerre nagyobb számú eset a szer kipróbálására. Kívánatosnak tartottam ezért kísérleti állatban előidézett mély gombás folyamatok ellen kipróbálni a szert, annál is inkább, mert tudomásunk szerint hasonló vizsgálat ezideig még egyáltalán nem történt.

Tekintve, hogy a sulfamidokat nagyobbára szájon át adják, kísérleteimben is a szer bevitelének ezt a módját választottam.

Kísérletemet blastomykosis purulenta profunda (Busse-Buschke), blastomykosis verrucosa (Gilchrist) és aktinomykosis pedis eseteinkből kitenyésztett s állatbetegítő képességükre már vizsgált sarjazó és nocardia bovis gombákkal végeztem. Előzetes kísérleteimben úgy találtam, hogy e gombák patkányt nagyobb százalékban betegítettek meg, mint tengerimalacot, ezért kísérleteimhez patkányt használtam. A szagtalan sulfamiddal kevert táplálékot a patkányok vonakodás nélkül fogyasztották el.

Az említett gombafélék rázatával részint hasüregbe, részint érbe ojtott állatokat 4 csoportba osztottam. Közülök 3 csoport a kankó ellen is jól bevált Egger-féle porított neosanamidot kapta. A kevert étrenden tartott állatok 12 napon át csökkenő adagban a következő módon kapták a sulfamidot [p- (p-acetylaminobenzolsulfon) iminobenzolsulfonamid]: az első három napon át naponta 0.0277 gr, a második napon át naponta 0.0166 gr, a harmadik 3 napon át naponta 0.011 gr, a negyedik 3 napon át naponta 0.0055 gr. Az adagolás olyan arányban történt, mintha 60 kg-os felnőtt ember az első három napon át napi 5 gr-t, a második 3 napon át napi 3 gr-t, a harmadik 3 napon át napi 2 gr-t és a negyedik 3 napon át napi 1 gr-t kapott volna. Patkányaim átlagos testsúlya 300 gr volt.

Az első csoportbeli állatoknak a gombaojtás pillanatától kezdve a vázolt módon 12 napon át adtam a sulfamidot. Ezek csaknem mind átvészelték a fertőzést. Csupán 5%-uk hullott el s ezek szerveiben sem tudtam szabad szemmel fertőzést megállapítani. Néhány állat szervének kaparékában és szöveti metszetében nagyítóval azonban elvétve egy kevés gombát találtam.

A második csoport állatainak ugyancsak közvetlenül az ojtás után már adtam a sulfamidot a fentjelzett módon, azonban csak ½ mennyiségben. *Ez az adag nem mutatkozott elegendőnek, mert az állatok 40%-a elhullott;* belső szerveikben a gombát könnyen sikerült kimutatni.

A harmadik csoportbeliek sulfamidkezelését később kezdtem el, amikor az állatokon már a megbetegedés tünetei mutatkoztak. A sarjazógombával ojtottaknak a kezelését kb. a 8. napon, a sugárgombával ojtottakét később, kb. a 16. napon kezdtem meg. E beteg állatok sulfamid hatására csakhamar javulásnak indultak, étvágyuk visszatért, élénkebbé váltak; 20% pusztult el közülük.

A negyedik csoportba tartozó ellenőrzésre szolgáló állatok nem kaptak sulfamidot. Ezek néhány kivételével mind elhullottak; a sarjazógombával ojtottak általában a 10—12. napon, a sugárgombával ojtottak pedig a 21—25. napon pusztultak el. Szerveikben már puszta szemmel feltűnt a gombás fertőzés okozta elváltozás. A nocardiával ojtottak hashártyája a szokottnál jóval vastagabb volt, rajta, valamint a megnagyobbodott bélfodri nyirokcsomókban, lépben, májban kölesnyi, sárgásszínű, szemcsés gócok keletkeztek, melyek metszetben Gram-Weigert szerint jól festődő, helyenként összegubancolódó vékony fonalakat tartalmazó, tőkeszerű képződményeknek bizonyultak. Ezekből a gomba tenyésztése is sikerült. A sarjazógombával ojtott állatok belső szervei közül legnagyobb mértékben a vese volt megtámadva. A gombostűfejnyi, lencsényi körülírt sárgás elváltozásokban gombát csaknem színtenyészetben találtam. Metszetben helyenként óriás sejtek voltak láthatók s a gombafonalat is termelve, sok helyen úgyszólván átszőtte a vese szövetét.

Kísérleteim szerint sarjazó- és sugárgombával ojtott patkányban a szájon át adott kellő mennyiségű sulfamid megakadályozza a blastomykosis, illetőleg az aktinomykosis kifejlődését. A beteg állat kellő mennyiségű szájon át adott sulfamidra meggyógyul. Állatkísérleteim alapján fel kell tételeznem, hogy a sulfamidkezelés az ember mély gombás eredetű betegségei ellen is be fog válni.

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

Soós Aladár: Étrendi előírások 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 portóköltséget is felszámítjuk.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

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

Hasmenés következtében fellépő avitaminosisok. *W. B. Bean—T. D. Spies.* (Amer. J. med. Assoc. 1940. 115.) 100 pellagra és beriberi esetet vizsgáltak, melyek chronikus hasmenés kapcsán léptek fel. Ilyen hasmenéseknél nagy a vitaminveszteség és csökkent a vitaminok felszívódó képessége. Ha a hasmenést vitaminpótlás nélkül kezelik, az avitaminosisos syndromák rendszerint kifejlődnek. Avitaminosisoknál, melyek hasmenések következtében jelentkeztek, vitaminok parenteralis adagolása képezi a fő kezelési módot, de a kezelés a diaetát nem teszi feleslegessé. A vitamintherapia a következő volt: nikotinsav napi 500—1000 mgr, tiaminhydrochlorid 10—15 mgr és riboflavin 2—10 mgr. Ez az adagolás a legtöbb esetben meggátolja avitaminosis tünetek kifejlődését. (B. 9.) *Riedl Olivér dr.*

Methionin és cystein szerepe májsérülésben. *Ross és Whipple.* (Amer. J. med. Sci. 200. 6.) Huzamos ideig fehérjeszegény étrenden tartott kutyák érzékenyebbek chloroformra. Már 15—20 perces altatás is halálos. Ha azonban methionint, vagy cysteint adtak, a kutyák jól tűrték a chloroformot. Más — tehát nem kéntartalmú — aminosav nem volt hatásos. Ha altatás előtt egy nappal sok húst etettek az állattal, életben maradt. A szerzők feltételezik, hogy a fent említett két aminosav hiánya miatt keletkezik a májsérülés. (G. 13.)

Juvancz Iréneusz dr.

Az amyotropiás lateral sklerosis kezelése E-vitaminnal. *Wechsler.* (Amer. J. med. Sci. 200. 6.) A szerző 20 amytropiás lateral sklerosisban szenvedő betegnek adott E-vitaminban dús ételeket és tocopherolt. Sok E-vitamint tartalmaznak a zöldfőzelékek, gabonafélék, gyümölcs, tojássárgája, kövér marhahús. Tocopherolból 30—50 mg-t adott naponta. Tapasztalatuk szerint minél fiatalabb volt a beteg és minél újabb keletű volt betegsége, annál hatásosabb volt a gyógymód. Ha nem tapasztaltak már a kezelés elején javulást, később sem volt. A szerző felfogása szerint nem egységes eredetű kórforma ez a betegség és E-vitamin kezelés is csak egyes alakjaiban hatásos. (G. 11.)

Juvancz Iréneusz dr.

Kísérleti B-vitaminhiány. *Elsom, Lewy, Heublein.* (Amer. J. med. Sci. 200. 6.) A szerzők egy hatvanéves egészséges nőt 10 hétig olyan étrenden tartottak, mely thiamint csak a szükséglet harmad mennyiségében, a többi B-tényezőt is csak kis mennyiségben tartalmazta. 10 hét mulva thiamint adtak, majd újabb 3 hét mulva riboflavint is, végül újabb 3 hét elteltével a vitaminkészítmények helyett élesztőt. Az első 10 hét alatt (vitaminmegvonás) a következő tüneteket észlelték: fáradékonyság, étvágytalanság, szívdobogás, nehézlégzés, székrekedés, puffadás, fokozott elektromos ingerelhetősége az idegeknek, kisfokú érzészavar, feledékenység, depressio, oedema, hyperchrom anaemia. A gyomor, vér, agyi tünetek és az oedema csak élesztőre múlottak el, a többi tünet már thiaminra is elmúlott, vagy lényegesen javult. A riboflavin változást nem okozott. (G. 12.) *Juvancz Iréneusz dr.*

Pneumococcus pneumonia kezelése sulfathiazollal. *Volini, Levitt, O'Neil.* (Amer. J. med. Sci. 200. 6.) 169 pneumococcus okozta tüdőgyulladásban szenvedő beteget kezeltek belsőleg sulfathiazollal. Az első adag 4 g volt, utána 4 óránként 1 g-t adtak, amíg a beteg 48 óra hosszat láztalan nem maradt. Vérben a sulfathiazol concentratio változékony, melyet a gyors felszívódása és kiürülése magyaráz. Az acetylizáció kisebb fokú, mint a sulfapyridin esetében. Kellemetlen mellékhatásait vizsgálva a vese és vérképző szervek részéről nem találtak eltérést; előfordul erythema multiformeszerű kiütés és conjunctivitis, ugyszintén hányinger és hányás is. Összehasonlítva eredményeiket 164 sulfapyridinnel és serummal kezelt betegen nyert tapasztalataikkal, úgy találták, hogy a sulfathiazol legalább is annyira hatásos, mint a sulfapyridin, kellemetlen mellékhatása pedig kevesebb, mint a sulfapyridinnek. (G. 14.)

Juvancz Iréneusz dr.

TÁBORI EGÉSZSÉGÜGY ÉS HADISEBÉSZET

Rovatvezető: *Lippay-Almássy Artúr.*

Fertőzött koponya-agylövések kezelése tartalékkórházban. *Schulze—Betzendahl.* (D. deutsche Militärarzt. 1940. 12.) A lodzi tartalékkórház vezető sebésze és idegorvosa 20 koponya-agysérültön tett tapasztalatairól számol be. A világháborús elvek helyessége a lengyel háborúban is beigazolódott: koponya-agysérültet mielőbb messze hátra kell szállítatni, olyan sebészi helyre, ahol a szaksebészt munkájában képzett röntgenologus és idegorvos is támogatja. A német csapatok győzedelmes gyors előrenyomulása lehetővé tette azt, hogy a szerzők tartalékkórházát (legalább az első időben) közelébe lehetett hozni az arcvonalhoz; mégis egyetlen sebesültüknek sem sikerült a 24 órai határidő letelte előtt a kórházba jutni; a legtöbb 2—4 napi késéssel érkezett meg. Öt fejsérült a harctéren tökéletlen sebrendezésben részesült, mely beavatkozás állapotukat súlyosbította. Ellentétben egyes világháborús sebészek álláspontjával, nevezetesen hogy 24 órán túli agysebhez nyúlni már nem szabad, a szerzők kétoldali röntgenfelvétel és alapos neurologiai vizsgálat után majd minden esetben beavatkoztak s az öt, halállal végződő eset kivételével sikerült is a többnyire súlyos sebfertőzést leküzdeniök. Aether-altatásban kitisztították és szilánktalanították a sebüreget s a műtéti sebet másodlagosan engedték begyógyulni. Az enkephalitis leküzdésében jó hasznát vették az ismételt gerincsapolásnak és a viszérbe bevitt szőlőcukoroldatnak, Prontosilnak és Cylotropinnak. Az idegorvosi megfigyelés főleg az enkephalitisre, agytályogra, meningitisre, agyvizenyőre és a fokozódó agynyomásra terjed ki. A műtét előtti ideglelet mind az életben maradt esetekben lényegesen javult a kezelés folyamán. (L. 9.)

Lippay-Almássy dr.

Sebesültek átrakása. *Kritzler—Koch.* (D. deutsche Militärarzt. 1940. 12.) Súlyos sebesültek és betegek hátraszállításuk alkalmával többször is kerülnek abba a helyzetbe, hogy egyik hordágyról a másikra kell átfektetni őket. Ez az átrakás nem közömbös művelet, sok fájdalommal jár, sőt gyakran ártalmas is. Szükségessé teszik viszont az átfektetést a különféle sebesültszállító járművekhez rendszeresített különféle mintájú hordágyak és a csapat egészségügyi személyzetének az a könnyen érthető igyekezete, hogy saját megszokott hordágyait megtartsa. Az átrakás rendszerint úgy történik, hogy földre teszik a sebesülttel megrakott hordágyat, mélyen lehajolva a sebesültet onnan felemelik és lehelyezik az új hordágyra. E művelt kétféle módon egyszerűsíthető: *a)* minden sebesültet a felszereléshez vagy a mellette elesett bajtárs sátorlapjára kell fektetni s ezzel együtt hordágyra tenni, illetőleg átrakni; *b)* sátorlap vagy pokróc híján pedig ne engedjük le a földre a megterhelt hordágyat, ellenkezőleg, a sebesültvivőkkel valamivel magasabbra tartassuk azt, hogy az új hordágy két sebesültvivője egyenes tartásban könnyen a sebesült alá nyúlhasson; amíg azután a sebesültet mellükre emelik, a másik sebesültpár kicseréli a hordágyakat, az új hordágyat, akárcsak valami hosszú sínt, a magasra tartott sebesült alá téve. (L. 7.)

Lippay-Almássy dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

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

Paradox oestronhatás oestronkezelés nélkül. *Voss.* (Klin. Wschr. 1940. 712.) Ismeretes, hogy hím egerek castrálása alkalmával a scrotum elgenyed. Több sorozatban castrált egerek ondóhólyagját átvizsgálja, néhány alkalommal a hengerhám metaplasiás elszarusodó laphámmá történt átalakulását észlelte. Ez az átalakulás létrejött minden előzetes hormonkezelés nélkül. Okát pontosan megállapítani nem tudja, maga az elgenyedés egyedül nem okozhatja, mivel csak igen kivételesen fordul elő. Eddig ilyen metaplasiát csak paradox tüszőhormonhatás és »A«-vitaminhiány következtében láttak létrejönni. Szerző esetei alapján azonban felveszi, hogy még egyéb tényező is okozhatja. A laphám-metaplasiát ezért nem tartja jellegzetes tüszőhormonhatásnak. (B. 7.)

Thaisz Kálmán dr.

Adatok a bélendometriosis felismeréséhez és elkülönítéséhez. *Graff.* (Zbl. Gynaek. 1940. 903.) A bélendometriosis nem tartozik a ritkaságok közé, felismerése azonban néha nehéz és a klinikai kép alapján összetéveszthető rákkal. Szerző közli eseteit. Két esetben bélszűkületet és bélelzáródást okozó daganat, amely műtét közben ráknak tetszett, górcső alatt endometriosisnak bizonyult. A harmadik esetben a bélműködési zavarok főképpen a havivérzés alatt súlyosbodtak. A betegség klinikai lefolyása endometriosisra utalt és csak a gyökeres műtéttel eltávolított daganat górcsövi vizsgálata igazolta a műtét közben felmerült rákgyanút. Szerző arra a következtetésre jut, hogy csak műtét útján lehet biztosan a kórismét felállítani. (B. 9.)

Farkas József dr.

Tömény szőlőcukoroldat a terhességi mérgezések gyógykezelésében. *Albers.* (Geburtsh. u. Frauenhk. 1940. 78.) A lipcsei nőiklinika irányelvei a terhességi mérgezések gyógyításában: Könnyebb esetekben, ha agyi tünetek nincsenek, teljes nyugalom, a konyhasó- és folyadékfelvétel megszigorítása, valamint a zsír- és fehérjefogyasztás korlátozása, esetleg intézeti elhelyezés és nyers növényi étrend. Heveny praeeklampsia esetén 100 ccm 50%-os szőlőcukoroldat gyüjtőérbe fecskendezése, ami szükség esetén többször is megismételhető. Ha a praeeklampsiás állapot a szülés alatt lép fel, akkor 2—3 óránként adnak 100 ccm 50%-os szőlőcukoroldatot, amelynek hatására a vér molecularis concentratiója növekszik s a szövetekből és liquorból nedváramlás indul meg a vér felé; ennek következtében a koponyaüri és a lumbalis nyomás csökken és az agyizgalmi tünetek megszűnnek. Rángógörcs esetén is igen eredmdényes a tömény szőlőcukoroldat-kezelés, ha azonban a rohamok ismétlődnek és a vizeletüledékben a vörösvérsejtek és vesehengerek száma emelkedik, a szülést császármetszéssel vagy más módon mielőbb be kell fejezni. A gyermekágyi rángógörcs többnyire már egyetlen tömény szőlőcukoroldat befecskendezéssel megszüntethető. Jó hatás ilyenkor a szénhydratdús növényi nyerskoszt. A terhesség korai szakában epileptoid jelekkel, de az anyagcsere zavara nélkül fellépő rángógörcs a terhesség megszakítását javallja, kórjóslata igen rossz. (B. 10.)

Mauks Károly dr.

NEUROLIN BALLA
KELLEMES IZŰ, JÓL TŰRHETŐ BRÓMOS HYPOPHOSPHIT-SZÖRP
Indikáció: neurasthenia
reconvalescentia
kimerültség
Lag. minor . . . P 3.—
Lag. major . . . P 5.—
MEDICHEMIA
MEDICHEMIA R. T., BUDAPEST X.

KÖNYVISMERTETÉS

Hypertonie und Sklerose der Blutstrombahn und ihre Beziehungen zu einem kreislaufregulierenden Organsystem. Von *Fritz Lange* XI, 219 lap., 46 ábra. Kreislaufbücherei. Bd. 5. (Steinkopf, Dresden, 1941. Ára: 10.50 M.)

A constitutiós hypertonia klinikájának megbeszélése után annak pathophysiologiájával foglalkozik, ismertetve saját erre vonatkozó kísérleteit, amelyekben a vérpályának reactióját vizsgálta különféle ingerekre. A hypertonia létrehozásában nézete szerint az erek idegein kívül a szervezetben keletkező anyagoknak is lehet szerepük. Sikerült egy vérnyomáscsökkentő, értágító anyagot előállítani, mely nagy mennyiségben fordul elő azokban a szervekben amelyek sok kis érrel vannak ellátva, ez az anyag tehát a terminális vérpálya falában, talán a pericytákban foglaltatik. Munkahypothesise szerint a constitutiós hypertonia endokrin betegség, melynek az az oka, hogy a pericyta-szerv nem választ el kellő mennyiségű értágító hormont. A sklerosis tárgyalásakor is pathophysiologiai és experimentalis vizsgálatainak eredményére támaszkodik és élesen szembeállítja ezt a betegséget a hypertoniával. Bár ezek a betegségek gyakran együtt fordulnak elő, lényegükben egészen eltérnek egymástól és éppen ennek felismerése alapján válhatik talán lehetségessé e két betegség közti összefüggéseknek felismerése.

Herzog prof.

Therapeutisches Taschenbuch der wichtigsten Krankheiten der warmen Länder. *Prof. Dr. P. Mühlens.* 76 oldal. (Georg Thieme Verlag, Leipzig, 1941. Ára 1.50 RM.)

Röviden és igen nagy gyakorlati érzékkel összeállított könyvecske, amelyet a gyakorlóorvos még a betegágy mellett is ügyesen felhasználhat. Szinte valószínűtlen, hogy ennyi betegségről ilyen röviden és hasznosan sikerüljön könyvet megírni. Kétségtelen azonban, hogy első tájékozódásul a gyakorlati orvosnak elég néhány irányelv, melyet orvosi ismereteinél fogva könnyen kiegészíthet. Hogy ezeknek az irányelveknek összeállítása milyen hasznos és előnyös lehet, ezt igazolja ez a könyvecske. Tartalmilag a következő fejezetekre oszlik: Protozooás megbetegedések, spirochaetosisok, bakterium-infectiók, virus-betegségek, élősdi betegségek, táplálkozási ártalmak, fertőző bőrbajok és állati mérgek okozta mérgezések.

Faragó Ferenc dr.

Csecsemők hasmenéses hajlamánál, tejhigítások készítésére kiválóan alkalmas szénhydrat-tápszer a Krompecher-féle *Rizomaltan*, mely szárított rizsnyákot és csecsemő tápcukrot (dextrin-maltose) tartalmaz olyan célszerű arányban, hogy egy mércényi tápszernek a vízzel megfelelően higított tejben való felfőzése által azonnal a szokásos mennyiségű nyákot és 5% tápcukrot tartalmazó standard tejhigítást nyerhetjük. A *Rizomaltan*nak könnyű elkészíthetőségén kívül előnye még, hogy kolloid szénhydrátjai kolloidalisan jól oldott állapotban vannak, kevés benne a suspendált alkatrész, ennélfogva könnyen emészthető, jól kihasználható táplálékot nyujt. Kifejezetten antidyspepsiás infekcióknál praeventive adjuk. Kiválóan bevált csecsemők mesterséges táplálására és vegyes táplálásnál kiegészítő táplálék gyanánt, már az újszülött korban is.

FAGIFOR „CITO"
Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lacto-kreosot-syrup
Ideális enyhe expectorans
Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere
lag. orig. P 2·30, pénzt. csom. P —·96
CITO gyógyszervegyészeti gyár
Budapest, XIV., Lengyel-utca 33

A Budapesti Királyi Orvosegyesület április 18-i ülése.

Bézi I.: Megemlékezik *gróf Teleki Pál* m. kir. miniszterelnök és *Verebély Tibor prof.* haláláról.

Bemutatások:

Farkas K.: *Hypophysisbeli sejtjelenségek hyper- és hypotensio kapcsán.* Az a véleménye, hogy a magas vérnyomás okozati összefüggésben áll a basophilsejtek bevándorlásával a neurohypophysisbe. Elég csak a neurohypophysis viszonyát figyelembe venni, mert lehet, hogy itt alig észlelhető a basophilsejtes invasio, az adenohypophysisben ugyanakkor kifejezett basophilia lehet. Lehet továbbá, hogy a neurohypophysisben ép, bevándorolt sejtet alig látunk, viszont a hátsó lebeny rostrendszerét ellepik a bevándorolt és beolvadó basophilsejtekből származó szemcsés termékek. A kifejezetten hypotoniás esetekben (Addison-kór, myaesthenia gravis) észlelhető basophilbevándorlást, illetve basophiliát kompenzáló jelenségnek fogja fel. A basophilbevándorlás fiziologiás és periodusos folyamat, amit összefüggésbe hoz a vérnyomás központi szabályozásával. Aszerint, hogy a szervezet milyen befolyást igényel, a basophilsejtek, illetve secretiós termékeik az adenohypophysis érőbleibe kerülnek és haematogen úton fejthetik ki hatásukat, avagy a neurohypophysisen egyenesen az idegrostokon érvényesítik befolyásukat.

Romhányi Gy.: *Kifakult múzeumi készítmények visszaszínezése.* A színes rögzítéses eljárásokkal nyert múzeumi készítmények nagy száma idővel elveszti eredeti színét, ami a vérfesteny módosulásának (methaemoglobihaematin) vagy messzebbmenő elbomlásának következménye. Kifakult készítmények visszaszínesíthetők azáltal, hogy a megváltozott vérfestenyt haemochromogenné alakítjuk. E célból a készítményeket kimosás után 0.1—0.5%-os pyridin és 1%-os natriumhydrosulfurosum ($Na_2S_2O_4$) együttes destillált vizes oldatába helyezzük és ezen oldatban légmentesen elzárjuk. Évekig formalinban tartott anyagon előzetes 2%-os NaOH oldatban való kimosás után hasonló hatás érhető el. Az így visszaszínezett készítményeken a vértartalmú részek élénk vörös színűek és reflectált fényüket vizsgálva, a pyridin-haemochromogen jellemző elnyelési csíkjai ismerhetők fel.

n. Balogh E.: *Légembolizált állatok megmentése túlnyomásos kamrában.* Az Orvosegyesületben 1940 jan. 26-án film- és diapositiv-vetítésekkel tartott előadásában (O. H. 1940. 2.) ismertetett, többszörösen és mindig egybehangzóan megismételt kísérleti-therapiai eredményei bizonysága szerint: causalisan kiválasztott pharmaco-chemiai (a tüdőbeli érgörcsöket tüstént oldani kész amylnitrit, stb.) szerekkel és rationalisan kombinált fizikális segédbeavatkozásokkal

SEDYLETTA tabletta 30×0·015 gr

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

(szívpunctio, Trendelenburg-fektetés, stb.) 2—3-szor halálos adagú levegővel intravenásan embolizált házinyulait biztosan meg tudja menteni az életnek. Ennek az elérését a venás légembolia kórfolyamata functionalis pathologiai, még az 1938. évre visszanyúló tisztázásának köszönheti (l. Verhandl. D. D. M. W. 1940. 6.). E therapiai eljárása kísérleti, sőt gyakorlati értékének feladása nélkül most: a továbbmenően kidolgozott s a kezdet kezdetén sikeresen alkalmazható causalis, tisztán fizikai természetű elhárító-therapiai módszerét ismerteti. Nemcsak az i. v. úton (Virch. Arch. 1941.), hanem újabban az art. carotison át »cerebralisan« légembolizált nyulait is sikerült teljes biztossággal az életnek megmentenie, ha ezeket kellő módon és kellő ideig túlnyomásos (2 Atm.) kamrába helyezte. Az állatok ép szívműködésének a túlnyomásos kamrában való fokozatos, gyors visszatértét Bégai Gyula int. gyakornok által készített szívhangfelvételnek hangszóró útján történő leadásával példázza. Ez, a szinte Kolumbus-tojás módjára egyszerű, causalis abortiv-therapiai megoldás megfelelő esetekben nemcsak a venás l. e., hanem a művi légmellkezelés, a Caisson-, sőt a »légi« búvárbetegség katasztrofális, illetve káros utókövetkezményeinek az elhárítása szolgálatában is kilátásteljesnek ígérkezik.

Ács L.: *Méhrákos betegek vérsavójának viselkedése genykeltő csirákkal szemben.* A méhrákos, valamint gyomor- és mammacarcinomás betegek haemocultúrája az esetek nagy részében positiv. Feltűnő volt a vérből kitenyésztett bakteriumok között a genykeltők nagy százalékos aránya. Egyidejűleg végzett vérbaktericida-vizsgálatok azt bizonyítják, hogy rákos betegek vérsavójának genykeltő csirapusztító képessége csökkent. Közeli összefüggés volt megállapítható a betegek bakteriaemiája és vérbaktericidia csökkenése között. A vérbaktericidia csökkenését, valamint a bakteriaemiát szerző a rákos szervezet anergiás viselkedésével magyarázza.

Előadás:

n. Balogh E. és **Farkas K.:** *Kísérleti állatok gümőkórjának hormonalis befolyásolása.* Viszapillantást vet a közel száz éves budapesti kórbonctani tanszék képviselőinek a tbc. kórtanára vonatkozó búvárlataira, nemkülönben az infectio problémáját solidaris pathologiai alapon tanulmányozó 2½ évtizedes saját vizsgálataira. Utal arra, hogy már 1922/23-ban amellett foglalt állást, hogy az infectio megeredésében a vegetativ idegrendszernek kell hogy elsőrendűen fontos és hangadó szerepe legyen. Ujabb bizonyságát látszanak szolgáltatni ennek a felfogásának ebben az évben Farkas Károly közreműködésével: a tbc. bacillusokkal szemben is messzemenően resistens fehér patkányokon végzett kísérleteik. Jelenlegi előzetes beszámolójuk szerint: mind fajidegen hypophysisek (10 mg—30 cg) hasfali beültetése, mind hormonalis készítmények (Prolan, Luteocrescin, sőt nőstény állatokban: Hogival) többszörös befecskendezése révén megejtett előkezelésre igen hamar (többször már 24 óra mulva) testszerte s különösen a tüdőkben klasszikus typusú, elemi Schüppel-gümők jelentkeztek, amiket az ált. rendkívüli természetes ellenállóképességűnek ismert ebben az állatfajban ilyen rövid idő alatt és ilyen mértékben eddigelé más, még a legdrasztikusabb módon végzett resistentia-letöréssel sem tudott előidézni. Ezeket a kísérleteket pluriglandularis vonatkozásban kísérleti-therapiai irányban is tovább folytatják és azokról részletesebben a M. P. T. ezévi nagygyűlésén szándékoznak beszámolni. Eddigi praeliminaris eredményeiket nem akarják az emberi pathologiára minden további nélkül érvényesíteni. Átfogóbb biológiai szemléletből mindenesetre kézenfekvőbben magyarázhatják ezek nemcsak egyes klinikai esetek fatalis lefolyását (pl. az előadásban ismertetett 58 éves Simmonds-cachexiás asszony évek óta megnyugodott idősült tbc.-jének borjú-Hy. hasfali beültetésére beállott, gyorsan halálos kimenetelűvé vált fellángolását), hanem azokat az általánosan ismert statisztikai tapasztalati tényeket is, amelyek szerint a pubertás, a nemi ténykedés életszaka és fokozódásának tavaszi évszaka produkálják a legtöbb súlyosbodást, illetve a legtöbb halálozást a gümőkóros betegek között, még pedig a szervezetnek ilyenkor mindannyiszor közismerten beálló s a több mint 120 állaton nyert egybehangzó eredményeik alapján visszaigazolni sikerült: sajátos, hormonalis eredetű, vegetativ idegrendszeri áthangoltatásából folyólag.

Orsós F.: Bár *Balogh* prof. hangsúlyozta, hogy állatkísérleteinek eredményét egyelőre nem szándékozik az emberre vonatkoztatni, érdekes kísérleti tapasztalatai alátámaszthatók az emberi tbc. egyes jelenségeivel is. Általánosan ismert, hogy a tbc. bizonyos formái a terhesség alatt váratlanul súlyosbodhatnak. Áll ez pl. a gégetuberculosisra, mely terhesség alatt halálos lefolyást nyerhet, ami indokolttá teszi a terhesség korai megszakítását. Orsós a genitalis tbc.-nek korai vetéléssel kapcsolatos érdekes eseteit gyüjtötte egybe, melyek a már korábban általa közölt panangitis tuberculosával állanak szoros kapcsolatban. A genitalis tbc. szerfelett gyors halálos lefolyása ez esetekben kétségkívül a terhességgel függött össze.

Tudjuk, hogy a terhesség alatt az agyfüggelék megnagyobbodik és hyperfunctiót fejt ki. Lehetséges, hogy az említett esetekben is a hypophysis hasonló hormonhatást fejt ki, mint Balogh prof. kísérleteiben. Hogy a hormonhatás közvetlenül, elsődlegesen érvényesül-e, vagy pedig az érredszerben idéz elő elsődleges elváltozásokat, melyek másodlagosan előmozdítják a tuberculumképződést, még tisztázandó kérdés. Az említett, abortussal kapcsolatos heveny lefolyású genitalis tbc. esetek hamarosan közlésre kerülnek.

n. Balogh E.: A terhesség és tbc. Orsós tanár hozzászólásában említett kapcsolatainak a kísérleti vizsgálatát Farkas Károllyal megkezdték. Mivel azonban kellő számú kísérleti lelettel még nem rendelkeznek, előadásában erre a kérdésre nem akart kitérni. Tény, hogy pl. a IX. 3. számú patkányukat két nappal a szülése után tbc.-vel fertőzve, az harmadnapra histologice is igazolt bacillaemiában elhullott. Valószínű, hogy a puerperiumnak ált. jólismert kedvezőtlen hatását a tbc. fertőzésre patkányban is sikerülni fog igazolniok.

PERPARIN-CHINOIN

a papaverinnél háromszor hatékonyabb, teljesen ártalmatlan

Tabletta *Injectio* **görcsoldószer** *Suppositorium* *Pulvis*

Exhepar + Strychnin + P + As =

EXHEPARTON inj. CERTA

„CERTA" Gyógyszerészeti Laboratórium R. T., Budapest.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift 17. sz. *Reifferscheid W. és Schmidt G.:* Klinikai vizsgálatok peroralisan hatásos oestradiolvegyületekkel. *Reissmann R. és Heim W.:* Állatkísérletes vizsgálatok conservált vér átvételének biologiai értékéről. *Stadtmeister R. és Büchmann P.:* Aplastikus anaemia és aplastikus crisis. *Selter H. és Weiland P.:* A kerato-conjunctivitis kóroktanáról. *Habelmann G.:* A fehérvérsejtek oxydase-tartalmának változásai altatás és műtét alatt. *Magyar I.:* B-vitamin a vizeletben nagy adagokkal terhelés után.

Münchener Medizinische Wochenschrift 17. sz. *Ernst M.:* Mellkasi sérültek ellátása az elülső egészségügyi alakulatoknál. *Pfister:* Tapasztalatok Sulfapyridin alkalmazásával a sebkezelésben. *Bostroem A.:* A Pervilin rendelés kérdéséhez. *Lachmann H.:* Elektrokardiogramm jelentősége a szívtáji fájdalmak értékelésében. *Krug J.:* Adatok a német népesedési és egészségügyi politikához.

Deutsche Medizinische Wochenschrift 16. sz. *Hoff:* Fertőzésgátlás és vegetativ idegrendszer. *Schroeder:* Vitaminok jelentősége a szervezet természetes védekező erőire. *Gräff:* A fertőzőbetegségek morphologiai lefolyása és ennek viszonya a klinikához. *Maythaler:* Spontan hypoglykaemia és hypophysis. *Brinck:* Hypoglykaemia mint hypophysaer megbetegedések tünete. *Litzner:* A vese nephrotikus üzemzavarainak prognosisa. *Haagen:* Az állatkísérlet jelentősége a virusbetegségek felismerésében és leküzdésében.

Wiener Klinische Wochenschrift 16. sz. *Baló J.:* Agyvérzés és peptikus fekély. *Beiglböck W.:* B-vitamin és anaemia perniciosa. *Eppinger H.:* A görcsös székrekedés tünettanához. *Jagic N.:* Koszorúér trombosis atypikus esete. *Kutschera—Aichbergen H.:* Megjegyzések a »gastritishez«. *Nagl F.:* Az aranykezelés veszélyei. *Risak E.:* Functionalis aortaelégtelenség.

The Journal Of The American Medicinal Association márc 15. *R. Fitz:* A kórházi gyakorló-év rendezetlen állapota. *H. Emerson:* Hogyan tanítsuk a közegészségtant medikusoknak? *S. A. Wolfson, S. Reznick és L. Gunther:* A gerincoszlopban lévő rosszindulatú metastasisok korai diagnosisa: egy klinikai tünetcsoport. *H. A. Christian:* Subacut streptococcus viridans endocarditis korábbi diagnosisa. *E. A. Himes Jr. és H. H. Lander:* Vesebetegek hypertensióját előidéző tényezők.

VEGYES HIREK

Személyi hír. A budapesti Önkéntes Mentőegyesület igazgatófőorvosává *Szabó Imre* dr. sebészfőorvost, helyettesévé *Szőke Lajos* dr. belgyógyász szakorvost választották.

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága a Magy. Kir. Honvéd Légierők Parancsnokságával karöltve május 5—31-ig a budapesti Tudományegyetem Szemklinikáján orvosi továbbképző tanfolyamot rendez a repülés élettanának tárgyköréből. A tanfolyam vezetője: *Scholtz Gusztáv dr.* magy. kir. törzsorvos, a Magy. Kir. Honvéd Légierők vezetőorvosa. A tanfolyam részletes programmját az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága (VIII., Eszterházy-utca 9.) az érdeklődőknek készségesen megküldi, ugyanott lehet a tanfolyamra is jelentkezni.

METALIX RÖNTGEN
RÉSZVÉNYTÁRSASÁG
BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KÖRÚT 37
TEL. 182-680, 383-135.

A Budapesti Önkéntes Mentő Egyesület az 1941. év március havában sebészeti esetekben 982 alkalommal, belső bajok esetén 680 alkalommal (ezek közül gázmérgezés 23, egyéb mérgezés 119 volt), egyéb bajok esetén 480 alkalommal (ezek közül szülés 59, elvetélés 29 volt) nyujtott segélyt. Betegszállítást 2153 esetben végzett.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti Tudományegyetemen április hó 26-án: Fischer Mária Anna, Jakobovits György, Martinek Károly, Najmik Jenő, Sándor Imre. Üdvözöljük az új Kartársakat!

Sümegi József dr. fürdőorvosi gyakorlatát Balatonfüreden ez év május 4-én kezdi meg.

Bulgáriában az orvosok száma 3127, 6⅓ millió lakosra. Az orvosok 84%-a férfi, 16%-a nő. 60% alkalmazott orvos s 40% magánorvos. 79% városban lakik, 21% falun. Városokban 570 lakosra, falun 7443 lakosra jut egy orvos.

Szófiában 350.000 lakosra jut 1008 orvos, azaz egy orvos 346 lakosra. (Budapesten 5000 egymillióra, azaz 1 : 200-ra). Az orvosok 38%-a szakorvos. 34% Bulgáriában szerezte orvosi oklevelét, 66% külföldön (csak 1918 óta van Szófiában orvosi fakultás). A közegészségügy javítására 8 nagy és 25 kisebb kórházat építenek.

Non silent musae. A *strassburgi* német egyetem ünnepélyes megnyitása 1941 őszén lesz. — A *románok* Gyulafehérvárra terveznek egyetemet s amig az épületek elkészülnek, Nagyszebenben helyezik azt el. — A *belga* egyetemek megnyíltak. — *Törökországban* központi közegészségügyi intézetet alapítottak. — *Weimarban* a dohány ártalmáról tanácskozást tartottak. — *Münchenben* 1940-ben 20.000 gyermeket oltottak be diphtheria ellen. Az oltások még nem kötelezők, de díjtalanok.

Expectin cseppek EXPECTORANS Diachemia

HETIREND

Kedden, 6-án ¾7 ó. a Bp. Orvosi Kaszinó ülése. *Acél D.:* Az immunitás lényege.

Pénteken, 9-én 6 ó. a Bp. Kir. Orvosegyesület ülése. Előadás: Sorozatos előadások: »Újabb kutatások eredményei a gyakorlóorvos szempontjából.« *Burger K.:* A szülészet és nőgyógyászat időszerű kérdései.

RIZOMALTAN
KROMPECHER, BUDAPEST, V., NÁDOR-U. 15.
Rizsnyákos csecsemőtápcukor (dextrin-maltose)
szénhydrat-tápszer dyspepsiák megelőzésére
Rendelhető: OTI, HÉV, DOBI, MABI, MÁV, Közgyógyszerellátás, Posta, Bányatárspénztár terhére.

4933/1941. VII. szám.

Kecskemét thj. város polgármesterétől.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Kecskemét thj. városnál újonnan szervezett két városi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

A kinevezendő városi orvosok elsősorban a pusztai lakosság gyógyító orvosi szolgálatát fogják ellátni. Éppen ezért kötelesek lesznek állandóan a helyszínen kint lakni.

A kinevezendő orvosok beosztása és működési körének kijelölése ügyében, a szabályrendelet 3. §-a alapján, a kinevezés megtörténte után fogok határozni.

A kinevezendő két orvos köteles lesz székhelyén orvosi rendelőt fenntartani és ott állandóan a közönség rendelkezésére állni.

Ezenkívül köteles lesz, a működési körhöz tartozó területen belül, az általam kijelölendő helyeken, a város által fenntartott orvosi rendelőben a hétnek előre meghatározott napján rendelést tartani.

A kinevezendő városi orvosok látják el működési területükön a trachomaorvosi szolgálatot is.

A kinevezendő városi orvosok a IX. fizetési osztály 3. fokozata szerinti illetményben részesülnek. Előlépésükre nézve az 1936. évi IX. t.-c. rendelkezései az irányadók. Minden városi orvos ezenkívül még havi 80 P, szóval nyolcvan pengő fuvardíjátalányban részesül.

A pályázati kérelmek a m. kir. belügyminiszter úrhoz címezve, a város polgármesteri hivatalánál nyujtandók be ezen hirdetménynek a Népegészségügy című hivatalos lapban történt közzétételétől számított 15 napon belül.

A pályázati kérvényhez a Népegészségügy »Számmagyarázat«-ában 1—9. szám alatt megjelölt okmányok csatolandók.

Közszolgálatban állók pályázati kérelmeiket szolgálati főnökségük útján, a szolgálati bizonyítvány és törzskönyvi lap csatolása mellett terjesztik elő.

Ez esetben az 1., 2., 3., 4., 7. és 8. pontban szereplő okmányokat a pályázati kérelemhez csatolni nem szükséges.

Kecskemét, 1941. évi április hó 21-én.

Dr. Liszka,
polgármester.

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTÁN.
A szerkesztő fogadóóráját kedden és pénteken 12—1 óra között tartja.

Negyedik évtizede

hanaui „magaslati nap"

a klinikán, a kórházban, a magánorvosnál.

1. A kivitele elsőrendű. (Gördíthetőség, vízszintes karmozgás, kiellensúlyozás, védőbura stb.) 2. A sugárintenzitás a legnagyobb. (Méréssel ellenőrizhető!) 3. Gazdaságos üzem. (Kis üzemköltség, nagy teljesítmény!) Ha ezeket mérlegeljük, a döntés mindig csak egy lehet:

eredeti hanaui „magaslati napot"!

A különböző tipusokról ismertetést és szakirodalmat küld:

Magyar Siemens Reiniger Művek Rt.
röntgen- és orvostechnikai gépgyár
Budapest, VI., Nagymező-utca 4.
Telefon: *224—860

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Féregűzőszerek kiválasztása.

Az utóbbi évtizedekben polgárjogot nyert hatásos féregűzők háttérbe szorították a népies orvostudományból átvett ősrégi drogokat. Olyan szereket igyekeztek találni, melyek a férget biztosan elölik, de az emberi szervezetet nem károsítják. A régi féregűzők féregre hatásos adagja igen közel esik ahhoz, mely már a szervezetre is toxikus hatást fejt ki. *Lamson, Hall* és munkatársainak főérdeme, hogy a bevezetett újabb féregűzőszereknek nemcsak hatása jobb, de toxicitása is kisebb. Ma már sok megszokott, de mérgező és kevéssé hatásos szer rendelése idejét múlta.

Az ismert féregűzőszerek mind csak bizonyos bélférgekre hatnak, ezért a féreg faja szerint kell eldönteni, hogy milyen gyógyszert alkalmazzunk. A féregfertőzést és a féreg faját szakszerű bélsárvizsgálattal, petedúsító eljárásokkal többnyire könnyen és biztosan megállapíthatjuk. Próbatherapia alkalmazása indokolatlan. Egy negativ székletvizsgálat még nem zárja ki biztosan a féregfertőzést, a vizsgálat indokolt gyanu esetén megismétlendő. Különösen Enterobius (Oxyuris) és Taenia fertőzésben fordul elő, hogy a székletben pete nincs. Enterobiasisban kaparóval vett anorectalis anyag beküldése, Taenia fertőzés gyanujánál nagymennyiségű széklet dúsítása vagy ismételt vizsgálat biztosítja a diagnosist.

Ismert féreg ellen specifikusan ható gyógyszerek közül előnyben részesítjük azt, mely egyszeri adagban alkalmazható. A hosszú kúrák nem váltak be a gyakorlatban. A gyógyszerek hatását kísérleti körülmények között ellenőrizve, megállapítható volt, hogy a különféle szerek hatásfoka féregfajonként mekkora. A százalékos hatásfokkal azt fejezzük ki, hogy egyszeri kezelésre száz féreg közül hány távozik el. Állatkísérletek és ellenőrzött, kúra után székletvizsgálattal és peteszámolással megállapított fertőzésmérés azt mutatták, hogy a begyökerezett és általános használatnak örvendő féregűzők elhagyása és újak bevezetése indokolt. Tankönyvekből legtöbbször nem derül ki világosan, hogy a gyakorlatban melyik szert válasszuk, ezért féregfajták szerint soroljuk fel a bevált gyógyszereket.

Az orsógiliszta, *Ascaris lumbricoides* élettartama körülbelül egy év, spontán is elég sok féreg eltávozik, különösen lázas állapotban. Leghatásosabb ellene a Hexylresorcinol, mellyel a férgek 90—95%-át sikerül elhajtani. Csak másodsorban jöhet számításba az Oleum chenopodii, vagy tisztított hatóanyaga, az »Ascaridol«, mellyel a férgeknek kb. 80—90%-át elhajthatjuk. E szerrel azonban erősen toxikus hatása miatt igen óvatosan kell bánni. A Santonin toxikus és hatásfoka alig több 30%-nál; idejétmult féregűző. Más gyógyszerek Ascaris ellen nem, vagy alig hatásosak.

A bányaféreg, *Ankylostoma duodenale* háborítás nélkül 1—3 évig él. Legjobban bevált ellenszere a Tetrachloraethylen, melynek hatásfoka kb. 90%. Hasonló eredmény érhető el az elődjeként használt toxikusabb széntetrachloriddal. Az Oleum chenopodii is erőteljes hatású ellenszere. Önmagában nem szokás adni, de Tetrachloraethylennel együtt kis adagban használható. Valamivel kevésbbé hatásos a Hexylresorcinol, mely e férgeknek kb. 80%-át távolítja el. Az eléggé toxikus Thymol hatásfoka ankylostomiasisban elég alacsony, kb. 60%.

A pántlikagiliszta, *Taenia solium* és *T. saginata* hosszú életűek, 10—15 évig is elélnek a bélben. Ellenük a Filix mas 80%, széntetrachlorid 80% és Tetrachloraethylen 40%-ban hat. Jól használható a Pelleterin hydrochlorid és tannát, a granátalma hatóanyaga. Még nincs elég tapasztalat az Acranil nevű gyári készítményről, mely valószínűleg szintén jól hat. A Taenia űző szerek nem veszélytelenek, a gyógyszerválasztás terén előnyben részesíteném a kevésbbé toxikus Tetrachloraethylent, szükség esetén ismételve. Sok függ a kúra kivitelének módjától. Bizonyos esetek makacsul recidiválnak, mert a nyálkahártyába fúródó Taenia-fejet nem éri a gyógyszer s ez leszakadva, bentmarad. Nagyon emeli a galandféregűző kúrák hatásosságát az az eljárás, melyet *Magath* ajánlott. A távozó Taenia izomrendszere a hideg levegő hatására görcsösen összehúzódik és így az ízek szétszakadnak, a fej bentmarad. Ha kezelés után meleg vízzel, vagy tejjel telt edénybe székel a beteg, a hideg levegő hatása nem jelentkezik és a nyugodtan távozó féreg fejét is lassan maga után húzza. Meleg vízzel telt edénybe székelés más férgek esetén is javíthat a kúra eredményén.

Diphyllobothrium (Bothriocephalus) *latum* ellen ugyanezek a Taenia űző szerek használhatók.

A törpe Taenia, *Hymenolepis nana* egy-két hónapon belül kezelés nélkül is eltávozik, így az újrafertőzés elkerülésére kell a legnagyobb gondot fordítani. Előzésére kis adag Tetrachloraethylen, esetleg tökmag kúra használható, a Pelleterin és Filix mas úgy látszik hatástalan. A Hexylresorcin hatásfoka közepes ugyan, de ismételve is adható és így gyermekkorban ezt a szert lehet előnyben részesíteni.

A legnehezebb kérdés a kukac giliszta, *Enterobius* (Oxyuris) *vermicularis* előzése. A féreg valószínűleg csak kb. egy hónapig él a bélben, de a viszketés, vakaródzás, körömrágás, valamint a peték szétszóródása miatt állandó újrafertőzés következik be, részben »ab ano ad os«, részben a családtagok fertőzik újra egymást. A féregűzők közül egyik sem magas hatásfokú és az eredmény elbírálása az újrafertőződés és a peték kimutatásának szabálytalansága miatt nehéz.

Jól ellenőrzött csoporton 10 napon Santonin-kezeléssel is csak kb. 50% hatás volt elérhető, toxikus melléktünetek ellenére. Hexylresorcinol peroralisan nem ad jó eredményt, mert felhigul és feloldódik, mire a vastagbélbe leér. A gyakran ajánlott analis kenőcsök hatástalannak bizonyultak. Legtöbb kenőcs még laboratóriumi kísérletben sem pusztítja el a petéket és nem akadályozza a nősténynek a peterakásban. Így kenőcsök csak a pruritus csökkentésére valók. Kétes hatású a Neosalvarsan peroralisan. Gentiana ibolya biztató eredményt adott *Wright* és munkatársai (1938) kezében, de ez még nem érett a

gyakorlat számára. A sokféle gyári készítmény hatása kétes. Legtöbben olyan szer van, mely nem sokat ígér. Népszerű gyári preparatumokban gyakran van alumíniumsó: al. aceticum, benzoicum, aceticotartaricum, subaceticum és sulphat (Oxymors, Wurmserol). A vastagbélben szabaddá váló savnak tulajdonítják a féregűző hatást. Máskor (Oxylax) állandó hashajtást végez a gyógyszer és ezáltal csökkenti a féregszámot (?). Az Oleum chenopodii hatásfoka alacsony és a vele készült szerektől (Oxyural) sem várhatunk sokat. Nincs még tapasztalatunk a Bayer-gyár új gyógyszerével, a Lubisannal.

Széntetrachlorid egyszeri adagja e férgeknek mintegy 60 százalékát távolítja el. Ez az eddig leghatásosabbnak ismert kúra. Valószínű, hogy a Tetrachloraethylen hatásfoka ezt megközelíti. Beöntések langyos vízzel gyógyszer nélkül másodnaponként este alkalmazva, 2—4 hét alatt az esetek többségében gyógyulást hoznak. Máskor még hosszabb kezelés lehet szükséges. Kérdéses, hogy az ecetes, fokhagymás, stb. beöntések esetén a hozzátett háziszereknek tulajdoníthatunk-e adjuvans hatást.

Ha szappanos beöntések után felnőttnek kb. 1 liter vízzel 1:2000 arányú Hexylresorcinollal magas beöntést adunk és ezt másodnaponkint 5—10-szer ismételtetjük, elég megbízható, kb. 75%-os eredményt érhetünk el.

A fentiek alapján erős fertőzésben és makacs esetekben bevezető széntetrachlorid vagy Tetrachloraethylen kúra után 2—5 Hexylresorcinolos beöntést ajánlhatunk, az utóbbit addig folytatjuk, míg a megejtett és esetleg ismételt anorectalis kaparék vizsgálata még positiv eredményt ad.

Gyógykezelés mellett talán még fontosabb, hogy a család összes fertőzött tagja a konyhai személyzettel együtt megvizsgáltassék és minden fertőzött egyidejűleg részesüljön kezelésben. Az étkezés előtti kézmosás, a körmök levágása, gyakori alsóruha és ágynemű csere, a fehérnemű kifőzése elengedhetetlen kísérője a féregűző kúrának annál inkább, mert egyedül szigorú tisztasági rendszabályokkal meg lehet szabadulni e féregfertőzéstől.

Az ostorgiliszta, *Trichuris trichiura* (seu Trichocephalus dispar) közönséges hosszúéletű féreg. Rendesen csak néhány példány tartózkodik a vastagbélben és ezek tüneteket többnyire nem okoznak. A féreg fejével átölti a nyálkahártyát, így gyógyszer bénító hatásának elmultával a féreg magához tér és helyben megmarad. Csak akkor érdemes elhajtását megkísérelni, ha erősebb fertőzésben colitis létrehozásáért felelőssé tehető.

Elűzésére Hexylresorcinol, széntetrachlorid, Tetrachloraehylen és Spirocid = Stovarsol használható, mind a négy szer hatásfoka csak 20—24% között mozog.

Ismeretes egy szer, mely Trichuris és Enterobius ellen specifikusan hat, a középamerikai fügefa (Ficus laurifolia) frissen kipréselt nedvének (leche di higueron) hatóanyaga a ficin. Ez megemészti a férgeket és így tökéletes féregűző volna, sajnos, a hatóanyag igen gyorsan bomlik, stabilizálni még nem sikerült és így beszerezni nem lehet.

Ritkán előforduló férgek közül a Necator americanus, az Ankylostomával, a Toxocara az Ascarissal a Dipylidium a Taeniákkal azonos elbírálás alá esik. A Strongyloides stercoralis ellen csak a Gentiana ibolya hatásos. A szervekben és *szövetekben élő férgek* elpusztítása nehéz feladat. Echinococcus cysta, Cysticercus, vándorló Ascaris lárva és Trichinella (Trichina) lárva ellen nincs hatásos gyógyszerünk. Az első kettőnek sebészi kezelése jön szóba, trichinelliasisban pedig a korai szakaszban megkísérelhetjük a bélben 2—3 hétig tartózkodó anya Trichinellák eltávolítását hashajtók és Tetrachloraethylen adásával siettetni. Bőrbe hatoló féreglárvák (Schistosoma, Ankylostoma lárva) szénsavhóval, chloraethyllel fagyasztva pusztíthatók el. Májmételyek ellen megkísérelhető Filix mas, Emetin, vagy az állatgyógyászatban bevált Distol. *Tropusi férgek* közül nincs hatásos gyógyszer tüdőmétely, Paragonimus és Filariafélék ellen. Utóbbiak ellen szóbajön az aranytherapia (Neuber). Clonorhis és Opistorhis ellen eléggé jól hat a Gentiana ibolya. Fasciolopsis és kis bélmételyférgek elűzésére bevált a Tetrachloraethylen, Schistosoma fertőzésre specifikusan hatnak antimon-készítmények.

Mint látjuk, a féregűző szerek különböző fajokra változóan hatnak és így féregűzőt vaktában adni hibás. Talán nem osztja mindenki felfogásomat, de azt hiszem, hogy kétes ártalmú, vagy kis számú féreg eltávolítását nem szükséges minden esetben megkívánni. Enyhe ártalom megszüntetésére toxikus és veszélyes féregűző nagy adagjával kísérletezni könnyelműség. Tízezer sikeres kúrával sem ér fel egyetlen esetleges haláleset. Ma, mikor az eléggé biztos Tetrachloraethylen és a majdnem veszélytelen Hexylresorcinol a legtöbb esetben megfelel, ezekhez igyekezzünk először nyulni.

A kúra eredményéről célszerű székletvizsgálattal is meggyőződni. Tünetek mint anaemia, táplálkozási zavar, stb. külön megfelelő utókezelést kívánnak. Végül hangsúlyozni szeretném, hogy a féreg elűzése mellett rendkívül fontos az újrafertőzés alkalmának elkerülése. A különféle féregűzők hatásmódjáról, adagjáról és alkalmazásáról legközelebbi alkalommal emlékezem meg.

Makara György dr.
OKI adjunctus.

Kankós gyermekek sulfonamid-kezelése.

A hatásmechanismusra vonatkozólag elfogadható az az általános felfogás, hogy a sulfonamidkészítmények szoros kapcsolatba kerülnek a gonococcusok fehérjemolekuláival, a bakteriumok életképességét (talán anyagcseréjük károsításával) nagymértékben csökkentik, de elölni nem képesek őket; a csökkent életképességű coccusok elöléséhez feltétlenül szükség van még a szervezet védekezőműködésére is, amely a kankós fertőzéseknek kb. első két hetében még nincs meg. Ezen úgy segíthetünk, hogy a fertőzés első két hetében, amikor a szervezet immunbiologiai segítsége még nem áll rendelkezésünkre, gonovaccinát adunk a betegnek, ami által siettetjük a szervezetben a fajlagos ellenanyag képződését. Gyermekeknek azonban lehetőleg csak egészen súlyos esetekben adjunk vaccinát (akkor is csak intramuscularisan), amikor a heveny tüneteket (hashártyaizgalom, fájdalmas vulvovaginitis és végbélkankó, septikus tünetek) minél gyorsabban vissza *kell* fejlesztenünk. Egyébként sokkal helyesebb fektetéssel, pihentetéssel, ülőfürdőkkel az első két hetet kivárni és csak ezután elrendelni a sulfonamid-készítményeket, ami által azt is elérjük, hogy nem nevelünk sulfonamidellenálló gonococcus-

törzseket. A gyermekek a sulfonamid-készítményeket igen jól tűrik, talán még jobban, mint a felnőttek. Tudományos tapasztalás, hogy a sulfonamidok mérgező adagjai igen magasak és hogy a még tűrt adagoknak kb. egyharmada elegendő a gyógyhatások eléréséhez. Vitéz *Berde* professzornak volt pécsi klinikáján az egyik magyar sulfonamid-készítménynek csökkentett adagjaival kísérleteztek és ugyanolyan jó eredményeket értek el, mint a szokásos nagyobb adagokkal. Ezen az alapon helyes gyermekeknek is aránylag kisebb adagokat adni, annál is inkább, mert — az általános jóltűrés ellenére is — előfordulnak émelygések, hányások, bőrkiütések, bőr- és nyálkahártyavérzések, vérsejtelváltozások, vesekárosodások, stb. Bőséges tapasztalásom alapján a szokásos ½ grammos tablettákból a következő adagolást tartom a legmegfelelőbbnek: 3 éves korig naponta 1—3-szor ½ tablettát, 3—8 éves korig naponta 4—6-szor ½ tablettát, 8 év felett pedig naponta 7—8-szor ½ tablettát. A gyógyszert lökésszerűen rendeljük; az ötnapos lökéseket legfeljebb háromízben adjuk, ötnapos szünetekkel. Ajánlatos minden lökés után vérsejtszámlálást végeztetni. A sulfonamid-kezelés nem teszi feleslegessé az enyhe helyi kezeléseket (desinficiáló fürdők, öblítések). A gyermekek gonorrhoeás megbetegedéseiben a sulfonamid-készítmények a következő előnyöket jelentik: Ritkábbak és enyhébbek lesznek a helyi kezelések, amelyeket fájdalmasságuk miatt különösen a leánygyermekek néha alig tűrnek; a leánygyermekek aránylag igen gyakori és fájdalmas végbélkankója rövidesen gyógyul; a fertőzés visszafejlesztése által elkerülhetjük azokat az *esetleges* következményeket, amelyeket a hosszas helyi kezelés okozhat, mint aminők a hymen nyílásának később talán félreérthető erős kitágulása, a hüvely heges összeszűkülése és a méhnyak lobos elváltozásai; a kankós iskolásgyermekek csak pár napot kénytelenek mulasztani és így nem tudódik ki, mi bajuk van; ritkábban leszünk kénytelenek tapasztalni, mily nehéz vagy néha mennyire a lehetetlenséggel határos egy-egy kankós gyermekbeteg kórházi elhelyezése ágyhiány vagy a szóbajöhető osztályoknak az elkülönítés miatt indokolt aversiója következtében.

Steiger-Kazal Dezső dr.
kórházi főorvos.

Mandulagyulladás és súlyos szájüri folyamatok bismuthkezelése.

Zoltán István dr. egyetemi tanársegéd »A tüszős mandulagyulladás bismuthkezelése« című közleményére (O. H: 1937) örömmel figyeltem fel, mert már régóta magam is nagy előszeretettel használtam a Richter-féle Bismosalvant izomba fecskendezve nemcsak tüszős vagy tályogos mandula- és mandulakörüli lobok és nyirokmirigygyulladások esetén, hanem a száj egyéb lágy képleteinek fertőzéses, súlyos, szinte fenyegető lobosodásaiban is. Sőt, az eredményeken felbuzdulva, néhány esetben megkíséreltem rosszul sikerült foghúzás után beállott sérülés, olykor szájzárral is kísért csonthártyalobok eseteiben is — igaz, hogy Omnadinnal együtt — meglepően jó eredménnyel.

35 tályogos mandulagyulladást, 8 tüszős mandulalobot, 4 mandulakörüli nyirokmirigygyulladást, 9 mélyreható nyelvgyulladást, 1 felületes nyelvgyulladást (az ú. n. glossitis geographicat) és 3 foghúzásból keletkezett fogmedri, illetve állcsonthártyalobot kezeltem 1936-ig. Betegeim három kivételével földmíves-, napszámos- és cselédsorból kerültek ki, akik csak akkor kerestek már fel, mikor vagy jártányi erejük sem volt, vagy »még a víz sem ment le a torkukon«, vagy a nyelvük nem fért már a szájukban. A legsúlyosabb esetekben alkalmaztam tehát a Bismosalvant már csak azért is, mert nem is tudtak volna gyógyszert bevenni, hiszen még a víz is az orrükon jött vissza s étkezést a legtöbbje 2—3 nap óta meg sem kísérelt már a nyeléssel járó fájdalom miatt. Annál inkább lehet az injectio után sokszor már 6 óra mulva jelentkező enyhülést, 12 óra mulva beálló javulást és legtöbbször 24 óra mulva bekövetkező teljes gyógyulást a bismuthkezelésnek tulajdonítani.

Csak 2 tályogos mandulalob esetében, mikor a beszüremkedés a garatívet, lágyszájpadot a középvonalon túl is meghaladta, vált szükségessé, hogy a 4-ik napon a Bismosalvan injectiót megismételjem. Hatvan betegből 54 járóbetegként rendelőmben keresett fel s így gyógyulásukról személyesen is meggyőződtem, mert alig volt közöttük, aki hálálkodva, boldogan ne jött volna be hozzám vagy ne üzente volna, hogy este már nyelni tudott, reggel pedig a gyengeségen kívül semmi fájdalma sem volt már. Érdeklődésemre néhány tályogos madulalobos beteg elmondta, hogy az injectio után következő éjjel vagy hajnalban arra ébredt, hogy valami bűzös, véres anyag befakadt a torkába, azt kiköpte vagy kihányta s utána mindjárt jobban lett. A legtöbbnél azonban csak egyszerűen elhalványodtak, lelohadtak a torokképletek, jóleső álomba merültek s tetemes izzadás után másnap fájdalom és láz nélkül ébredtek.

Külön kell megemlítenem E. E. 25 éves nőbetegemet., kinek lacunaris tonsillitise és tonsillakörüli beszüremkedése miatt (kezdődő tályogos mandulagyulladás) Bismosalvant adtam. 4-ik nap torokleletét változatlannak találtam; még a lacunákat fedő szennyes-fehéres lepedék is látható volt. Megismételtem a Bismosalvaninjectiót, de óvatosságból torokváladékot is vettem s az diphtheriára positivnek bizonyult. Ez az eset méltán lehet ellenpróbája Zoltán azon megállapításának, hogy »bismuth befecskendezésre 24—28 órán belül minden *nem specifikus* angina lényegesen javul«, mert bizonyítja, hogy a specifikus angina pedig ismételt bismuthkezelésre sem javul.

Legszebb élményeim azok voltak, melyeket a glossitis profunda Bismosalvan kezelése okozott nekem is, betegeimnek is. Ilyen esetben alkalmaztam legelőször Bismosalvan injectiót.

Rendelőmben keresett fel *H. G.* 56 éves, községi bíró. 39.4° C hőmérs., fakó arcszín, feltűnően megnyúlt arc, erősen nyitott szemrések, szenvedő tekintet, a nyelv háromszorosára megnagyobbodva a nyitott fogsorok között fekszik. Felszíne szennyes fehér, hátrafelé fuliginosus, száraz, oldalt és elől az érintkező fogsorok benyomatát mutatja. Nyelést, beszédet meg sem kísérel, csak ujjával mutat befelé a szájüregbe, melyből kellemetlen bűz érezhető. Az áll alatti tájék ledomborodott és deszkakemény, fájdalmas, de nem belövelt. Az akkor szokásban volt párakötést, hyperolos szájöblögetést és kevés morphinnal chininsalicyl-es porokat írtam fel. Próbáltam meggyőzni, hogy a torokban téraránytalanság nincsen, a garatüreg szabad, okvetlenül vegye be a porokat. Nem tudom, beszedte-e a gyógyszert, de 2 nap elmúltával ismét eljött. Már reggel 39.7° C hőmérséklet mellett az előbbi tünetek fokozódott mértékben megvoltak. Megírtam a klinikára a beutaló bizonyítványt és 1 ampulla = 2 cm³ Bismosalvan-t farizmába fecskendeztem. 8 óra mulva meg-

látogattam a lakásán. Hőmérséklete 37.7°; előzőleg teát fogyasztott, derűs arckifejezéssel mondta, hogy jobban van, nem megy kórházba. Két nap alatt lelohadt a nyelve, felszíne feltisztult, beszélni és nyelni tudott, de még szúró fájdalmat érezve a nyelve alatt. Az áll alatti tájék is visszanyerte rendes körvonalait, de a középen még kemény maradt. Azonban már mezőre is járt és hivatalát is ellátta. 10 nap mulva egy zöld mandulányi tályog képződött ki az álla alatti tájék közepén s az magától ki is fakadt és kiürült s ezzel meg is szűnt az áll alatti tájék merevsége.

Másik eset: *K. B.* 25 éves földműves 3-ik napja fennálló glossitis profunda-val keresett fel azzal, hogy talán a cséplőgépnél búzakalász szálkája szúrhatta meg a nyelve alatt. A leggondosabb átvizsgálással sem találtam sérülés nyomát. 1931. IX. 18-án este kapott Bismosalvan után 20-án már tovább folytatta napi munkáját.

Még 5 beteg súlyos, mély nyelvgyulladása gyógyult meg egyetlen Bismosalvan injectióra és nem kellett nyelvüket felvágni, mert tályogjuk vagy magától fakadt fel, vagy tályogképződés nélkül elmúlt a gyulladás.

Külön említést érdemel *T. J.* 68 éves földmíves esete, kinek jobb alsó II. praemolaris és I. molaris foga erősen szúvas, a nyelve felé élesen letöredezett szélű volt s nyelvének e fogakkal érintkező oldalán mogyorónyi nagyságú anyaghiány és alávájt szélű fekély volt látható. A nyelv egyébként mutatta a mély nyelvgyulladás tüneteit: nyelvhát bevont, hátul füstös (fuliginosus), térfogatában megkétszereződött, mellső egyharmada a nem zárható fogsoron kívül van s azt — miután az alsó ajkát az áll alatti erős feszülés okozta fájdalom miatt nem tudja feszíteni — főképpen a felső ajak rendkívüli megfeszítésével igyekszik takarni s a nyálcsorgás ellen védekezni. Ez a jelenség különben közös az összes ilyen betegeken, valamint a szájbűz is, továbbá az érintkező fogak benyomata a nyelvszéleken. Minden okom meglett volna nyelvrák felvételére és próbakimetszés javaslatbahozására, de nagyon komolyan állította, hogy nyelve 5—6 nap előtt még nem fájt és mert lázas is volt, beadtam a Bismosalvant. Másnapra láztalan lett, nyelve eredeti térfogatára lohadt s meleg zsályatea öblítések alkalmazása mellett a nyelvszéli fekélyek is 3 nap alatt begyógyultak, pedig a szúvas fogak kihuzatását nem vállalta.

Ezen eredményeken felbuzdulva három esetben balsikerű foghúzás után fogmedri csonthártyalob esetén is alkalmaztam Bismosalvant, de egyidejűleg Omnadint is. Eljárásom eredményes volt: másnapra a betegek láztalanok lettek, a szájzár megszűnt, csonthártyalob okozta duzzanat és fájdalom javulása 2—3 napra húzódott el, tehát nem volt olyan gyors, mint azt a mandulák és nyelv gyulladásaiban észleltem, de végleges volt. Az Omnadinhoz ragaszkodtam azon tapasztalatok és közlések alapján, hogy minden nemspecifikus fertőzéses folyamat jóindulatú gyógyhajlammal reagál az Omnadin alkalmazására. Érdemes volna megfigyelni, hogy párhuzamosan csak Omnadinnal és csak bismuth-tal kezelt ilyen arteficialis állcsonthártyalobok hogyan viselkednek a gyógyulást illetőleg. Érdekes, hogy a leírtakkal ellentétben a specifikus folyamatokat mennyire nem befolyásolja ez az áldásos szer. Két esetben láttam tályogos mandulagyulladás legnagyobb domborulatán ülő primaer lueses fekélyt; a tályog a befecskendezésre gyorsan eltűnt, de a csak 3 hét mulva ismét jelentkező beteg manduláján szinte változatlanul ott ült a primaer sklerosis és csak az antiluetikus kúra 3—5-ik injectiója után tűnt el onnan, de a táji fájdalmatlan nyirokmirigyduzzanatok hetekig észlelhetők voltak, ellentétben a nem specifikus eredetű torok-, illetve nyelvgyulladások esetében bekövetkezett gyors mirigygyógyulásokkal.

Csépke Zoltán dr.
m. kir. tisztiorvos, Csenger.

Kérdés — felelet!

Kérdés: A 9 hónapig tartó tisztiorvosi tanfolyamra eltávozott körorvost a szomszédos közegészségügyi kör orvosa köteles-e ezen idő alatt minden külön díjazás nélkül helyettesíteni, s nem jár-e ezért részére helyettesítési díj, illetőleg útiszámlára napidíj?

Felelet: A községi és körorvosok rendes és rendkívüli szabadságát és azok helyettesítésének ügyét utoljára a 100/1939. B. M. rendelet szabályozta.

E rendelet 3. §-ának (3) bekezdése értelmében a helyettesítés iránt a törvényhatóság első tisztviselője intézkedik. A (6) bekezdés szerint a helyettesítéssel elsősorban valamely községi (kör) orvost kell megbízni, aki e megbízást elfogadni köteles (7). A helyettesítés tartamára a fuvardíjátalány aránylagos része a helyettest illeti meg, az átalány alá nem eső egyéb kiszállás esetén pedig a szabályszerű fuvardíjat jogosult felszámítani.

A helyettesnek ezenfelül más külön díjazás nem jár.

Fentiek alapján a helyettesítés időtartama korlátozva nincs. Tájékoztatásul azonban megjegyezzük, hogy a helyettesítéssel megbízott szomszéd községi (kör) orvost — a fuvardíjátalányon kívül — minden a szomszéd körbe történő kiszállás alkalmával a két körszékhely közötti távolságon is vagy természetbeni fuvar, vagy oda-vissza fuvardíj illeti meg. A fuvardíj összege km-ként (oda-vissza) 40—45—50 fillér, a helyi viszonyok szerint.

Alzél Elemér.

Bár a »fentiek alapján a helyettesítés időtartama korlátozva nincs«, mégis azt hisszük, hogy a 100/1939. B. M. rendelet megalkotói csak a rendes 2—4—6 heti tanulmányi vagy betegszabadsági helyettesítésekre gondoltak, mikor azt állapították meg, hogy a helyettesnek a fuvardíjon kívül más külön díjazás nem jár. Mert világos, hogy két nagy község vagy két körzet orvosi ellátása nemcsak több fuvar, hanem 100%-os munka-, energia- és időtöbblet áldozásával jár, amit 4—6 hétig még meg lehet kívánni csupa kollegialitásból és közérdekből, — *de 9 hónapon át*, míg a szomszédos orvos egy tanfolyamon ül, amiből csak neki származik előnye — ez mindnyájunk érzése szerint mégse lehetséges. Megsínyli a közegészségügy és betegellátás, nemcsak ott, ahol helyettesít az az orvos, hanem a saját községében vagy körzetében is.

Szerintünk ilyen tartós helyettesítő szolgálat a maga körében is nagyon elfoglalt orvostól nem kívánható, még díjazás ellenében sem, sőt semmiképpen sem engedhető meg! Tessék a 9 hónapra szabadságolt orvos helyett a szabadságoló közhatóságnak vagy az államnak külön fizetett helyettest állítani oda erre az időre, nem pedig a két körzet egészségügyét és betegellátását ilyen könnyelműen megbénítani és arról a szerencsétlen helyettesítő orvosról két bőrt lehúzni akarni, akinek »a fuvardíjakon kívül más díjazás nem jár«.

Ilyen helyettesítésre vállalkozó orvosokat a községi orvosi képesítéssel rendelkező s a pályázatokból lemaradt orvosok közül — azt hisszük — önkéntes jelentkezés útján könnyen lehetne toborozni, különösen, ha az ilyen helyettesítő szolgálat az állások betöltésében előnyként szerepelne. De honorálni ezt az egészségügyi közszolgálatot feltétlenül kell, mert a nélkül egy községnek vagy körnek becsületes ellátása 9 hónapon át nem várható. A szabadságolások megtagadásával pedig nem lehet a dolgot szűkkeblűen elintézni, mert az országnak vizsgázott tisztiorvosokra is szüksége van s jó tisztiorvosi kar csak kellő gyakorlati tapasztalatokkal rendelkező községi vagy körorvosi karból válogatható ki.

Vámossy.

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

85. évfolyam. 19. szám. Budapest, 1941. május 10.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26., IV. em.
Telefon: 345-113.
Ingyenes lifthasználat.
(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.* Handels u: Kredit-B. Bratislava. *Egyéb külföldről:* az előfizetést levélben küldött dollárchequeben kérjük a kiadóhivatalba.

Előfizetési díj: az **»Orvosi Hetilap«**-ra az **»Orvostudományi közlemények«**-kel együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 350 dínár, 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 dínár, 400 lei, 2 dollár.

85. évfolyam. 19. szám. Budapest, 1941. május 10.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC, V. BERDE KÁROLY, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR, BALÓ JÓZSEF,
VÁMOSSY ZOLTÁN, MÉHES GYULA, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE, VIDAKOVITS KAMILLÓ.
FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN. SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ.

TARTALOM:

Orsos Jenő: Az invaginatiók keletkezéséről és a felhágó vastagbél oldalsó invaginatióiról. (253—256. oldal.)
Lukács József: Újszerű járványos betegség (Leptospirosis grippo-typhosa?) újabb jelentkezése. (256—258. oldal.)
Juba Adolf: Raynaud-tünet sclerodermiában Morvan-szerű fekélyesedéssel és arcsorvadással. (258—260. oldal.)
Irodalmi szemle. (261—263 oldal.)
Könyvismertetés. (263—264 oldal.)
Egyesületi jegyzőkönyv. (264 oldal.)
diósadi Elekes György: Tóthpápay Mihály iskolaorvos a tizennyolcadik század végén. (265—266. oldal.)
Lapszemle. (267. oldal.)
Vegyes hírek. (267. oldal.)
Hetirend. (268. oldal.)

Az invaginatiók keletkezéséről és a felhágó vastagbél oldalsó invaginatióiról.

Írta: *Orsós Jenő dr.*, egyet. magántanár, az ungvári m. kir. áll. kórház sebészfőorvosa.

Az utóbbi években a felhágó vastagbél oldalsó invaginatiójának három esetét volt alkalmam észlelni és műtéttel gyógyítani. A műtétek alkalmával talált bélelváltozások annyira jellegzetesek voltak, hogy érdemesnek tartom közlésüket, annál is inkább, mert sikerült az invaginatiók keletkezésére, de különösen az úgynevezett »invaginatio ileocoecalis« sokat vitatott kiindulási helyére vonatkozóan bizonyos támpontokat szerezni.

A bélbetűrődések keletkezésének kérdése még nem teljesen tisztázott. Az olyan eléggé ritkán észlelhető eseteket nem tekintve, amikor a bél kórbonctani elváltozásából, vagy fejlődési rendellenességéből, mint pl.: a bél üregébe lógó polypus, nyálkahártya alatt ülő zsír- vagy kötőszöveti daganatok, Meckel-gurdély betüremkedése, hosszú, zsírszegény bélgyökér, coecum mobile stb. jelenlétéből az invaginatio létrejöttét kielégítően magyarázhatjuk, itt van még az invaginatiós esetek nagy többsége, ahol alaki kiváltó ok nem található. Nyilvánvalónak látszik tehát, hogy ezt a közvetlen okot elsősorban a bél mozgásának valamilyen zavarában kell keresni.

Ismeretes, hogy az invaginatiók legnagyobb száma az első életévre jut. Különösen az 5—9 hónapos, szoptatott csecsemőkön fordul elő (*Weiss* 55%, *Edington:* 75%, *Thompson:* 81%), mert az anyatejhez szokott csecsemő bélcsatornája az esetleges dieta-hibákra igen erős, görcsös peristaltikával felel és ez módot nyujt bélbetűrődésre.

Nothnagelnek és később *Proppingnak* sikerült kísérleti úton, elektromos ingerléssel és physostigmin befecskendezésével invaginatiót előidézni. Vizsgálataikból megállapíthatták, hogy megfelelő ingerre, a bél egy szakasza görcsösen összehúzódik, a körfogata megvékonyodik és a megvékonyodott, megnyúlt, merev bélcső a távolabbi tág bélszakaszba nyomul. *Propping* külön hangsúlyozza, hogy az összehúzódott bélrészletre a distalis, tág bélfal tetőszerűen visszaboltosul, a körkörös izomréteg görcsének tovaterjedése folytán reáfeszül és így ténylegesen magába zárja az oralis kacsot. A reáboltosulás után a további behatolást a befogadó bélrészlet aktív szerepében látja. *Nothnagel* az invaginatio kiváltásában a hosszanti, *Propping* pedig elsősorban a körkörös bélizomzatnak tulajdonítja a döntő szerepet. (A szerzők nagyobb része *Propping* nézetét vallja.) A két szerző megállapításai óta az invaginatio közvetlen okát általánosan a bélizomzat tetaniás összehúzódásában látják. Ezt a görcsös összehúzódást, az Auerbach-féle plexus myentericus erős, vagy tartós izgalmának tulajdonítják. A kísérleti úton előállított invaginatiók — mint *Propping* leírja — rövid ideig tartanak és hamarosan maguktól oldódnak. Ezért *Propping* úgy véli, hogy azoknál a kóros invaginatióknál, ahol a betüremkedés állandósul, ott a kísérleti ingereknél jóval erősebb és tartósabb inger szerepel, sőt a további, mind nagyobb bélszakaszok behüvelyeződését már a bélperistaltika segíti elő, eddig még nem eléggé tisztázott módon.

A vékony- és vastagbél invaginatiója, a fentvázoltak alapján, könnyen értelmezhető, azonban éppen a leggyakoribb: az invaginatio ileocoecalis keletkezésének *Propping* szerinti magyarázata igen nehéz, mert hiszen a vékony- és vastagbél körkörös izomrétege egymással derékszögben találkozik, tehát a coecum fala oldalvást nem boltosulhat a reá meredeken álló végső ileumkacsra. Régebben az ileoccecalis invaginatio keletkezését *Leichtenstern* szerint úgy magyarázták, hogy a vékonybél legalsó szakasza, a Bauchin-billentyű előrehatolása által, a vakbélbe nyomul s az így betüremkedett vékonybél tovasodródik a felhágó vastagbélbe, magával vonszolva később a vakbelet is. Az ileocoecalis invaginatiók gyakoriságát tehát a vékony- és vastagbél találkozási helyének, főleg a Bauchin-billentyűnek

dispositiós tulajdonságával hozták vonatkozásba és ennek alátámasztására bonctani alappal is igyekeztek szolgálni. *Luschka*, *Henle* és *Kraus* vizsgálatai szerint a Bauchin-billentyű csak nyálkahártyából és körkörös izomrostokból áll, a vékonybél hosszanti izomrostjai már nem hatolnak bele, hanem a vastagbélre terjednek. Ilymódon a Bauchin-billentyű könnyen megnyúlhat, be a vakbél üregébe és ezáltal a betüremkedés kezdeti szakasza adva volna. E szerzőkkel ellentétben azonban *Toldt* kimutatta, hogy hosszanti izomrostok mind a vastag-, mind a vékonybélről beterjednek a Bauchin-billentyűbe és annak széli részeit is behálózzák, ami *Matti* szerint nemhogy betüremkedésre, hanem egyenesen eversióra kellene, hogy alkalmassá tegye a Bauchin-billentyűt. *Propping*, észlelései alapján az invaginatio ileocoecalist úgy igyekszik megmagyarázni, hogy a vékonybélnek teljesen passiv szerepet tulajdonít. Szerinte az invaginatio ileocoecalisnál a kezdeti spasmus és reáboltosulás a coecum falán indul meg, amely továbbfejlődve betüremlik és ha ez a vékonybél beszájadzási helyére esik, akkor az ileum is bevonszolódik. Ilyen esetben tehát az »invaginatio ileocoecalis« elnevezés helytelen, mert ez tulajdonkép a Nothnagel-féle szabály alapján, invaginatio coecalisnak tekintendő. Két operált esetét is közli, ahol nem a vékonybél beszájadzása, hanem a coecum oldalának, az elülső és oldalsó taenia közötti részlete képezte az invaginatum csúcsát. A kihüvelyezés után a befordult haustrák vastagon, mereven vizenyősek voltak s csak hosszabb kezelésre jutottak rendes állapotukba. Megemlíti, hogy ez a kórkép többször kerülne megfigyelésre, ha nem azzal a felületes előítélettel vizsgálnák a műtétnél a hasonló eseteket, amely szerint a vékonybélszájadéknak kell az invaginatum csúcsán lenni.

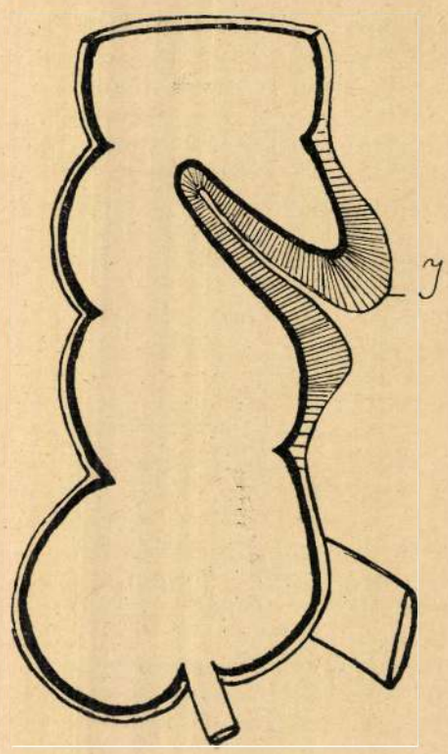
Matti 5 ú. n. inviginatio ileocoecalis esetet ismertet és tapasztalatai alapján a Bauchin-billentyű állítólagos, dispositiós szerepének revisióját sürgeti. *Matti* a vékonybélnek tömeges, aktív, a vakbélbe, illetve a felhágó vastagbélbe való betüremlését úgy magyarázza, hogy a Nothnagel- vagy Propping-féle görcs a legalsó vékonybélkacson, közvetlenül a vékonybélbeszájadzás előtt fejlődik ki, amely invaginatiót okozva, a vékonybelet a Bauchin-billentyűn át a vakbélbe juttatja. Nem veti el ugyan az invaginatio ileocoecalis lehetőségét, de kétségbe vonja gyakoriságát, mert a legtöbbször invaginatio iliacá-ról van szó, úgy, ahogy azt *Wilms* is leírta és amely csak felületes megtekintésre látszik invaginatio ileocoecalisnak. Hivatkozik a Blauel-féle invaginatióra is. *Blauel* a coecum boltozatának közvetlen, önállóan meginduló betüremkedését ismertette, amely tovább fejlődve, magával húzta a vakbél proximalis részét, az ileum beszájadzását és ilymódon, látszólagos invaginatio ileocoecalis képét mutatta. Egyébként *Blauel* is kétségbevonja a Bauchin-billentyű elsőleges szerepét és kiemeli, hogy az ileocoecalis invaginatio alkalmával legtöbbször a coecum betüremkedése a kórképet megindító és kifejlesztő tényező. Helytállónak tarthatjuk tehát *Matti* azon megállapítását, amely szerint az »invaginatio ileocoecalis« elnevezés voltaképpen helytelen és azt csak mint gyüjtőnevet fogadhatjuk el, mert az esetek tüzetes vizsgálatakor kiderül, hogy más és más elnevezéssel kellene a vékonybél beszájadzásának szomszédságából kiinduló invaginatiókat illetni.

Hogy miért oly gyakoriak az invaginatiók az ileocoecalis bélszakaszon, erre *Matti* a legalsó ileumszakasz, a coecum, továbbá a felhágó vastagbél kezdeti szakaszának élettani hajlamosságában keresi a magyarázatot. Szerinte a legalsó vékonybélszakasz peristaltikája és a Bauchin-billentyű záróizmának gátló hatása közötti bonyolult reflexműködés teremt alkalmas mozzanatokat betüremkedésekre, amit elősegíthet a hosszú bélgyökér vagy mesenterium commune jelenléte. A vakbélen és a felhágó vastagbélen is vannak ilyen hajlamosságok, itt is a híg bélsár besűrítését és átdagasztását szolgáló ellenperistaltika adhat alkalmat olyan egyensúlyzavarra, amely invaginatióra vezet.

Fent ismertetett, az igazi ileocoecalis invaginatiók gyakoriságát kétségbevonó adatok erősítésére, de különösen *Propping* észleléseinek igazolására, alábbiakban ismertetem saját 3 esetemet. Helyszűke miatt a kórtörténeti adatokat csak a legszükségesebbre fogom és inkább a műtéti leleteket vázolom részletesen. Az első eset még 1930-ban a debreceni sebészeti klinikán, a másik két eset 1939-ben az ungvári m. kir. áll. kórházban került kezelésem alá.

Gy. K.-né, 35 éves, felv. 1930. V. 26-án, kétnapos, heveny féregnyulványgyulladás gyanujával. Kétizben a hideg rázta, négy hig széklete közül az utolsó kettő savósan véres volt. Hőmérséklet: 37.3 C, érlökés: 116. Fehérvérsejtszám: 9000. Vizelet: tiszta. Belső nemi szervek rendben. A hasközép feszes, a vakbéltáj védekező, az elülső-felső csipőtövistől fel- és befelé erős nyomási fájdalom, ugyanitt a hasban női tenyérnyi, rögzített tömöttség tapintható.

Műtéti lelet: Szabad, kissé felhúzott vakbél, végén ép féregnyulvány. A hason át tapintható tömöttséget keresve kitűnik, hogy a felhágó vastagbél alsó határán, az elülső oldalon, a vékonybél beszájadzásától 4 cm-re, a bél fala kisebb női tenyérnyi terjedelemben kerekded alakú, porckemény, harántujjnyi megvastagodást mutat, amely a széli részeken fokozatosan elvékonyodik, elpuhul. E terület közepén harántirányú, az egész elülső oldalra, a taeniára is kiterjedő, ferdén rectalis irányban a bél üregébe hatoló, öt cm hosszú betüremkedés foglal helyet, amely kb. 4 cm mélységű. (Az ábrán vázlatosan igyekszem az elváltozást, hosszanti átmetszet-



ben szemléltetni. Az árnyékolt részlet I, a tömött, vizenyős területet jelzi.) A betüremkedés környékén a keményen tömött bélfal teljesen vértelen, elefántcsontszínű. A mesocolon és mesocoecum feltűnően hosszú, úgyhogy a kóros bélrészlet magasan kiemelhető. A colon hátsó és belső-oldalsó fala a kóros szakaszon puha, rendes vastagságú. A kiemelt kóros bélrészletet enyhén nyomkodva, a tömöttség enyhül, majd a betüremlést oldalról és a hátsó fal felől előrenyomva, a betüremlett redő rugalmasan kifordul. A redő mélyén néhány lencsényi, savóshártyaalatti bevérzés foglal helyet. Mintegy 6—7 perc alatt, enyhe nyomkodásra, a tömött vizenyő teljesen eltűnik, a bél fala, a jelzett bevérzéseket nem tekintve, rendes küllemű és vastagságú lesz. Megemlítendő, hogy kezdetben a kifordított betüremlés, a kifordító nyomás abbahagyására, eredeti helyére ismételten visszarugódott, és a bélfal ezt a hajlandóságot csak a teljes elpuhulás és vizenyőeltüntetés után vesztette el. A féregnyulvány kiirtása után a visszahelyezett vakbelet, a hosszú mesocoecum miatt, néhány csomós varrattal az oldalsó falihashártyához rögzítettem.

Az észlelt bélelváltozás tehát a felhágó vastagbél *oldalsó*, kezdődő invaginatiójának felelt meg, ahol az oldalsó betüremkedett bélrészlet a vastagbél üregét még nem zárta el teljesen. Feltűnő volt a folyamat lassúsága: a kétnapos fennállás ellenére még csak 4 cm-nyi volt a szelepszerű betüremlés mélysége. A lelet egyébként teljesen azonos volt a *Propping* által leírtakéval és nyilvánvalóan itt is a körkörös izomzat görcsös, részleges behúzódása indította meg a folyamatot. Az eset bizonyítja egyben azt is, hogy a kóros invaginatio létrejöttéhez — mint *Propping* említi — tartós ingerhatás szükséges, mert itt kétnapos görcsös összehúzódás sem tudta még az invaginatiót odafejleszteni, hogy teljes elzáródást okozzon. Nem sikerült azonban az észlelt, súlyos, részleges bélfalvizenyőt kellően értelmezni. Ezt *Propping* is megemlíti, de különösen nem tér ki reá. Invaginatiónál a szokásos bélfalvizenyőt rendesen a befogódott, tehát leszorítás alá került bélrészleten lehet észlelni. Esetünkben a betüremlett redő még nem nyomott vagy szorított le semmit, mégis kétoldalt tőle, három-négy cm-nyi távolságban, a bél fala a legsúlyosabb, porckemény vizenyőt mutatta. Úgylátszik, hogy a körkörös izomzat tartós görcse egymagában is képes a bélfalon körülírt területen nyirokpangást okozni vagy pedig különleges ideginger hatására jött a vizenyő létre. (Erre később még visszatérek.)

T. M. 7 éves, felv.: 1939. V. 23-án. Kétnapos, időszakosan jelentkező, görcsös fájdalom a jobb alhasban. Többször hányt, hasa felpuffadt, egy nap óta teljes szék- és szélrekedés. Hőmérséke: 37.8 C, érlökése: 80. Fehérvérsejtszáma: 7000, vizelete: tiszta. Hasa enyhén puffadt, tapintásra a vakbéltáj feltűnően üres, benyomható (Dance-féle tünet). A vakbéltájtól négy haránt-ujjal feljebb női ökölnyi, fájdalmas tömörület tapintható a hasüregben, amely kissé eltolható, felette a hasfalon izomvédekezés.

Műtéti lelet: A hasüregben kb. háromnegyed liter, enyhén véres savós izzadmány. A vékonybél alsó harmada gyermekkar vastagra tágult, savós hártyája vérbő. A felhágó vastagbél elülső falán, az első esetnél leírt azonos helyen, az elülső bélfalra helyezkedő, porckemény vizenyővel határolt, 6 cm mély oldalsó betüremkedés, azzal a különbséggel, hogy itt oldalirányban már a vakbél csaknem teljes egészében, valamint a vékonybél beszájadzása is a tömött redő alá behúzódott. A féregnyulvány kezdeti harmada is beszorult. A szabadon látható, a beszorításból kilógó, hátsó féregnyulványrészlet pangásosan duzzadt, szederjes-vörhenyes színű. A felhágó vastag- és vakbél gyökere feltünően hosszú. A kihüvelyezés enyhe húzónyomó mozgatással hamarosan sikerül. A felhágó vastagbél tömött, vizenyős, oldalsó betüremlése a kihüvelyezés után enyhe nyomkodásra kb. 8—10 perc alatt elpuhul, eltünik. A féregnyulvány kiirtása után a hosszú gyökerű vakbelet néhány csomós varrattal az oldalsó hasfalhoz rögzítettem.

U. J., 14 éves, felv.: 1939. VI. 21-én. Kétnapos, mindhevesebb vakbéltáji görcsök, szék- és szélrekedés. Hőmérséke: 37.0 C; érlökése: 86; vizetele: tiszta; fehérvérsejtszáma: 6000. A has tapintási lelete a második esetével azonos, a Dance-féle tünet itt is kifejezett.

Műtéti lelet: A hasürben kb. félliternyi vörhenyes, savós izzadmány. A felhágó vastagbélen, a második esetével azonos elváltozás, de itt a vakbél behúzodottsága kisebbfokú. A vékonybél beszájadzása ugyancsak beszorult, úgy, hogy a vékonybél alsó szakaszán tágulat és bővérűség észlelhető. A vastag- és vakbél gyökere itt is feltünően hosszú. A kihüvelyezés könnyen sikerül, a felhágó vastagbél merev betüremlése a kibuktatás után kb. 5 perc alatt eltűnik. A műtéti eljárás az előző két esetével azonos.

Mindhárom esetben, a tapintható hasüri tömörületre tekintettel, vakbéltáji Roux-metszéssel hatoltam be és mindegyik zavartalanul, elsőlegesen gyógyult. Az első esetben a pontos kórjelzés nem sikerült, a műtét heveny féregnyúlványgyulladás címén indult. A másik két esetben, a határozott bélelzáródásos tünetek, a vakbéltáj fölé helyezkedő, hasüri tömörület, továbbá a Dance-féle tünet határozott volta révén, az invaginatiót már a műtét előtt megállapíthattam.

A vázolt három eset mintegy példasorozatként tárta elénk a felhágó vastagbél oldalsó invaginatiójának kifejlődési szakaszait. Az első esetben a bélfal kezdeti, görcsös betüremlését, a harmadik esetben, a mélyebb betüremlés mellett, már a coecum és ileumbeszájadzás részleges bevonszoltatását és ezáltal elzáródását, végül a második esetben, a vastagbél mélyrehatoló, görcsös, oldalsó betüremlése mellett a teljes vakbél, a vékonybélbeszájadzás, sőt a féregnyúlvány felének is az invaginatumba való befogatását észlelhettem.

Mind a három beteg panaszai két nap előtt kezdődtek, a műtéti lelet azonban, a betegek korával fordított arányban, fokozatosan súlyosabb képet nyujtott. Úgylátszik, hogy a fiatal korban erősebbek az ingerek, így az invaginatiós kórfolyamat is gyorsabb ütemben fejlődik ki. Ez különben megfelel az invaginatiók életkorszerinti eloszlásának is, amennyiben az előrehaladó korban az invaginatiók rohamosan gyérülnek.

Egészen biztos, hogy ha a műtéti beavatkozás késik, akkor mind a három esetben az invaginatio sokkal súlyosabb méreteket öltött volna. A második esetben a lelet már teljesen fedte az ú. n. invaginatio ileocoecalis képét és bizonyos idő mulva az első és harmadik eset is azonos helyzetet tárt volna elénk. Ilymódon, a *Propping* és *Matti* által is megemlített figyelmetlen vagy egyoldalú észleléssel mind a három eset mint invaginatio ileocoecalis könyveltetett volna el, holott ténylegesen: invaginatio colica-val álltunk szemben. Leírt három esetem tehát teljességgel igazolja *Propping, Matti, Blauel, Lorenz* és *Wilms* azon nézetét, amely szerint a Leichtenstern-féle értelmezésben vett invaginatio ileocoecalis — ahol a Bauchin-billentyű az indító tényező — talán nem is létezik, hanem azt *a vékonybél beszájadzásának közvetlen szomszédságából: a vékony-, a vak- vagy vastagbélen kezdődő invaginatio további fejleményének kell tekintenünk.*

Külön figyelmet érdemel a *Propping*-tól leírt és a tőlem is háromízben észlelt oldalsó vastagbélbetüremkedés viselkedése. Sajátságos volt, hogy mind a három esetben a görcsös betüremlés a felhágó vastagbél elülső oldalának azonos helyén, az ileum be-

szájadzásától 4 cm-re volt és hogy a duzzadt, tömött betüremlés *aboralis pereme, a második és harmadik esetben sem változtatta helyét*, vagyis az invaginatio további, fokozatos kifejlődésében *csakis a redőtől oralisan fekvő bélszakaszok vettek részt*. Határozottan megállapíthattam, hogy a kezdeti, elsőleges, merev betüremlés helye állandósult és az invaginatio további kifejlődése a befogadott, oralis rész rovására történt. Ebből az következtethető, hogy az invaginatum passive, a befogadó bél peristaltikájától sodortatik mindaddig, amíg az oralis bélrészletek megfeszülő gyökérzetének visszatartó, fékező hatása a további bevonszoltatást meg nem akadályozza.

Ilymódon a Nothnagel-féle szabály csődöt mond: eszerint a bélnek az a helye, amely az elsőleges betüremlést képezi, végig az invagitanum csúcsán marad. Más szóval ez a szabály az invaginatumra hárítja a cselekvő szerepet. Eszerint az invaginatum előrehaladásával a befogadó bélrészletnek, a folytatólagos betüremlés által mindinkább rövidülni kellene. Az invaginatum passiv szerepét *Propping* is igazolja és az invaginatum tovasodrását a befogadó bélszakasz aktív, peristaltikus működésének tulajdonítja.

Legvalószínűbb azonban az, hogy az invaginatum tovahaladását összetett erők segítik elő. Egyrészt a befogadó bélszakasz szívó hatása, másrészt az invaginatum feletti, oralis bélszakasz nyomó ereje működik közre. Mert a befogadó bél a befogadott invaginatumot, mint béltartalmat igyekszik továbbvinni és ezáltal az oralis részt valósággal beszívja. Az oralis rész pedig, a később már beállott bélelzáródás folytán, a felgyülemlett béltartalmat ugyancsak fokozott erővel igyekszik az akadályon átpréselni és az így kifejtett nyomóerő az invaginatumot mindinkább tovalöki. Az invaginatio keletkezésében tehát nagyjában két szakaszt különböztethetünk meg. Az első az aktív, amikor a tartós ideggingerre a betüremlés létrejön és a bél elzáródik. A második a passiv, amikor a bél üregét elzáró invaginatum, az említett összetett — szívó-nyomó — erők hatására, a befogadó bél üregébe tovasodródik.

Mint már leírtam, mind a három esetemben az elsőleges betüremkedés a környező, porckemény vizenyővel csakis a felhágó vastagbél elülső oldalára szorítkozott és a bél hátsó és oldalsó részei teljesen épek maradtak. A kóros folyamatot kiváltó idegingerület tehát a vastagbélnek nem az egész körfogatára, hanem csak erre a körülírt helyére összpontosult. A környező, porckemény bélfalvizenyőt is elsősorban ideghatásból eredőnek kell tekinteni, mert hiszen a bélfal jelzett helyén, különösen az első esetben, még alig lehetett olyan erőművi hatás, amely pangást okozhatott volna. A leszorításból eredő, pangásos vizenyők a bélen sötét szederjesvörhenyesek szoktak lenni, eseteimben pedig, a vizenyős részek teljesen fakó-elefántcsontszínűek voltak. Gyulladásos eredetre sem gondolhattam, mert a gyulladásos vizenyő 5—8 perc alatt nem tüntethető el. A jelenség még inkább a Quinque-vizenyőre emlékeztetett. Érdekes az is, hogy a vastagbél oldalán, a körfogatának egyik részén kiváltott görcsös betüremlés már szintén megindíthatja a teljes behüvelyeződés folyamatát. Ezt a kezdeti, oldalsó betüremlést természetesen csak a korai szakban lehet észlelni, mert később, amikor már az oralis bélrészek nagyobb tömegei behüvelyeződtek, a bél teljes körfogata is beboltosul és az eredeti kórkép elmosódik. Az ilyen oldalsó invaginatio képződése könnyen elképzelhető akkor, amikor például a bél falán függő kocsányos daganat indul el és a kocsány tapadásánál a bélfal egyik oldalát maga után húzza. Eseteimben azonban a kihüvelyezés és vizenyőeltüntetés után a bélfalon kórosat nem észleltem.

A leírt oldalsó betüremléseket tehát az Auerbach-féle plexus myentericus ingerének hatásául kell tekintenem, amely — mint kiderült — teljes invaginatio megindítására is képesek.

A székesfővárosi Szent István közkórház gyermekosztályának közleménye.

Újszerű járványos betegség (Leptospirosis grippo-typhosa?) újabb jelentkezése.

Irta: *Lukács József dr.* egyet. m. tanár

Az 1939. év nyarának végén és koraőszi hónapjaiban Magyarországon, különösen a gyermekek körében, járványszerűen jelentkezett egy újszerű betegség. Az első esetek idején a gyakorlóorvos meglehetősen tanácstalanul állott a kórképpel szemben, mely őt a grippére, a gastroenteritisre s a typhus abdominalisra egyaránt emlékeztette, anélkül azonban, hogy bármelyik kórjelzés mellett megnyugtató módon állást foglalhatott volna. Annak ellenére, hogy a megbetegedettek száma aránylag nagy volt, — amint azt annak idején a nagy beteganyaggal rendelkező gyakorló gyermekorvosokhoz intézett körkérdésemből megállapíthattam — a kórkép intézeti pontos elemzésére mégis kevés alkalom nyílott. A kórkép ugyanis a kifejezett tünetek ellenére is veszélytelen betegség benyomását tette és mire a megoldatlan diagnosis a gyakorlóorvosban az intézeti vizsgálat gondolatát megérlelte, a betegség hirtelen fordulattal meggyógyult. A betegség ismételt jelentkezésekor a gyakorlóorvos előtt már félreismerhetetlen volt, hogy egységes és önálló kórképről van szó, sőt a családon belüli terjedésből a betegség fertőző jellegét is megállapíthatta. *Móritz* és *Illényi* (O. H. 1939. 206.) 7 esetet észleltek és részben a klinikai kép alapján, részben mert egy esetben a felgyógyult beteg vérsavója 60-80-szoros higításban leptospirát agglutinált, a megbetegedéseket leptospirosis grippo-typhosának tartották. Magam az 1939. évi járványban 25 esetet kísértem figyelemmel s lefolyásuk tényleg a leptospirosis kórképét közelítette meg leginkább.

Mint várható volt, a betegség az 1940. év őszén is jelentkezett, bár csekélyebb számban. A magam gyakorlatában az 1939. évi 25 esettel szemben csak 4 fordult elő. Ilyen értelmű választ kaptam a megkérdezett gyakorlóorvosoktól is. Lehet, hogy az 1940. évi enyhe hullám a fertőzés megszűnésére enged következtetni. De valószínűbb arra gondolni, hogy a fertőzés lehetőségeit a különösen hűvös nyári évszak csökkentette s így a betegségnek jövő nyári fellobbanásával újból számolnunk kell. Ez a körülmény indít arra, hogy a kórképről gyüjtött megfigyeléseimet összefoglaljam s ezzel erre az eddig nálunk szokatlan bajra a figyelmet én is felhívjam.

Epidemiologiai adatok. Az *1939. évben* az első ilyen beteget július hó 27-én vettem kezelés alá. Augusztus hó második és szeptember hó első felére esett a megbetegedések háromnegyed része. Szeptem-

ber közepétől kezdve már csak szórványos esetek jelentkeztek. Október 9-én láttam az utolsó beteget.

A betegek közül 5 a Balatonon — még pedig kivétel nélkül a zalai parton nyaralt. Négy gyermeket a Mátrából, egyet a megszállt Erdélyből, hármat az Alföld más-más helyéről hoztak fel betegen. 12 nem hagyta el Budapestet és így fertőzése kétségtelenül itt történt.

A 25 beteg 15 család között oszlott el. Úgy látszott, hogy a betegség fertőzőképessége nagy. Ha a betegség olyan családban jelentkezett, ahol több gyermek volt, a betegséget mindegyik gyermek megkapta (6 család). Jellemző volt, hogy rendszerint a beteg gyermek felgyógyulása után 2—3 nappal betegedett meg a másik gyermek. Ebből arra lehet következtetni, hogy a lappangási idő 7—10 nap lehet, ha a ragályozási valószínűséget a betegség jelentkezésétől számítjuk. A betegség lefolyása ugyanis 5—7 nap. Ez a megfigyelés egyben azt is bizonyítja, hogy a betegség — közvetítő nélkül — közvetlenül emberről-emberre is terjed.

Feltűnt, hogy a testvérétől fertőzött gyermek betegsége általában enyhébb lefolyású volt és rövidebb ideig tartott. Különösen enyhe volt a felnőtt családtag fertőzése (4 eset). Ez utóbbiakon 1—1½ napig tartó láz, igen rossz közérzet és hasmenés alakjában folyt le. Ez a megfigyelés azt a benyomást keltette, hogy a kórokozó a passage-on keresztül veszített virulenciájából.

Klinikai kép. A betegség legtöbbször alig észrevehető közérzetzavarral, lépcsőzetesen emelkedő lázzal kezdődik. A láz 2—3 nap alatt éri el a 38—39 C fokot. A közérzet oly kevéssé zavart, hogy a szülő olykor csak a magas láz kifejlődésekor veszi észre, hogy a gyermek beteg s csak akkor gondol arra, hogy a gyermek az utolsó napokban sem lehetett egészen rendben. Jól megfigyelt gyermekek lázgörbéje egészen jellemző: ugyanolyan, mint a typhus kezdetén. Meg kell azonban jegyeznem, hogy az esetek kisebb részében a fokozatosan emelkedő lázas szakasz igen rövid, 12—24 óra tartamú volt. A lázon kívül csak enyhe gyomorpanaszok állanak fenn: hányást egy esetben sem láttam, de a gyermek étvágytalan és a hasban feszítő érzést vagy enyhe görcsöt érez. A nyelv bevont, lepedékes és száraz Ez az oka annak, hogy a szülő kezdetben csaknem mindig gyomorrontásra gondol s többször csak akkor fordul az orvoshoz, amikor a hashajtás ellenére is egyre nő a láz. A kifejlődött láz jellege a typhusétól eltér. Nem annyira állandó, inkább fürész-typusú. A reggeli hőmérséklet kisebb, az esti 39—40 között mozog. Az alacsonyabb hő idején a gyermek élénk és panaszmentes, a magasabb hőmérsékletkor bágyadt és az idősebb gyermekek sokszor fejfájásról panaszkodnak.

Három-négy ilyen magaslázas nap is eltelik, anélkül, hogy a gyermeken más betegségi tünetet észlelnénk. Csupán a nyelv erős bevontsága válik mind erősebbé s mert a széli részeken élénkpiros, egyre jobban a typhusos beteg nyelvéhez hasonlít. Ez a tünet a jellemző bevezető lázgörbével együtt mindinkább kezdődő typhus gyanúját kelti fel. Különösen kiemelendőnek tartom, hogy az első napokban a torok semmi belöveltséget sem mutat s hurutos tünetek is hiányoznak.

A magas láz kifejlődésének harmadik-negyedik napján enyhe nátha jelentkezik. Ritkábban van erős orrfolyás, inkább eldugultnak jelzi a beteg az orrjáratot. A kép rhinitis posteriornak, adenoiditisnek felel meg. Ugyanekkor már jelentkezhet a jellemző exanthema. A kiütés élesen körülírt foltokból áll. Nagyságuk ritkábban lencsényi, inkább nagyfoltú, 10 filléres vagy pengős pénzdarab nagyságának megfelelő. Színük élénk rózsaszínű vagy bordópiros. A környezetből kiemelkednek, papulás jellegűek. Erősen viszketnek. Előszeretettel jelennek meg a hason, a végtagokon és az arcon. Számuk kevés, néha mindössze 5—6. Éppen ezért — bár az egyes foltok a kiütéses betegségek közül még leginkább a kanyaróra emlékeztetnek — kanyaróval való összetévesztésére nem is kerülhet sor. A foltok 2—3 napig maradnak meg, azután pigmentatio és hámlás nélkül visszafejlődnek. A kiütés nem egyszerre, hanem szeszélyes lökésszerűen jelenik meg. Megjelenésének ideje sem szabályszerű — több esetben csak a betegség végén, a láztalanodással egyidőben jelentkezik. Mutatkozásának helyi sorrendjében sem lehet olyanféle szabályszerűséget találni, mint akár a kanyaróban vagy vörhenyben. A kiütés kevés számánál fogva általában nem uralja a kórképet, de ha külön figyelmet fordítunk reá, csaknem minden esetben megtaláljuk.

Az esetek egy részének — megfigyelésem alatt volt 25 beteg közül 7-nek — kísérőtünete a conjunctivitis. Két esetben a betegség kezdetén jelentkezett, 3 esetben a magas lázas szakasz 3—4. napján. A kötőhártyalob sajátságosan minden esetemben csak egyoldali volt. A lob igen nagyfokú, a szemhéj duzzadt, a bulbaris kötőhártya tágult erekkel vérbő. A szem erősen könnyezik, váladéka nem genyes, benne jellemző kórokozó nem mutatható ki. Amilyen gyorsan támad a kötőhártyalob, éppoly gyorsan gyógyul is, három-négy nap alatt nyom nélkül visszafejlődik. A kötőhártyalob nem feltétlenül jellemző tünete a betegségnek. Egyik családon belüli fertőzésnél az egyik gyermek betegsége kötőhártyalobbal kezdődött, a később megbetegedett testvéren az egész betegség kötőhártyalob nélkül zajlott le.

Gyakran tettek említést a szülők arról, hogy bár a gyermeknek általában székrekedése van, egyszer-egyszer indokolatlanul híg széket ürít. Igazi hasmenésről általában nincs szó — a széklet gyakori, csak consistentiája változó. Csupán egy testvérpárnál volt a széklet hígabb jellege állandó az egész lefolyás alatt.

Bár a betegek többségének közérzete az egész leé folyás alatt jó, egyes esetekben a beteget kínzó fejfájás gyötri. Az idegrendszer és a reflexek részéről eltérés egy esetben sem volt kimutatható.

Májdaganatot és sárgaságot egyszer sem láttam. Egyes esetekben (4 eset) mérsékelten tapintható volt a lép.

A fehérvérsejtkép minden esetben, amikor vizsgálatára sor került (7 eset), jellemző elváltozást mutatott. A fehérvérsejtszám a betegség alatt alig szaporodott vagy normális (6000—9000), ezzel szemben a minőségi vérkép nagyfokban balratolódott. A fiatal alakok száma megszaporodott, de különösen nagy a pálcika-alakú fehérvérsejtek száma (20—40%). A betegség végén inkább leukopoenia mutatkozik, de a minőségi kép jellemző balratolódása még napokkal a láztalanság beállta után is kimutatható.

A betegség egész tartama 5—7 nap. A magaslázas szakasz tartama csaknem egész pontosan 5 nap. Így az egész betegség tartamát a változó hosszú sta-

dium incrementi szabja meg. A láz befejezése kritikus, a magas láz órák alatt szűnik meg és nem tér vissza. A járvány végefelé többször figyeltem meg egy másfél napig tartó láztalan szakasz által kettéosztott lázgörbét.

A betegséget szövődmény és utóbetegség egyszer sem kísérte. A gyermekek feltűnően gyengék ugyan a betegség után, — ami sokszor éles ellentétben állott a betegség alatti jó közérzettel — a lábadozás így megnyúlt, de mégis teljes restitutio állott be. Nagy százalékban (10 eset) panaszolták azonban a szülők, hogy még hetekkel a betegség megszűnése után is jelentkezett a testen egy-egy erős viszkető jellemző kiütés.

A leírt kórkép az általános, jellemző betegséglefolyást tükrözi vissza. Jelentkeztek azonban — különösen családon belüli fertőzés esetében — gyorsabban lefolyó, abortív kórképek. Említettük, hogy különösen a felnőtt családtagok megbetegedése volt gyors lefolyású. Az abortív kórképben a leírt tünetek annyira a háttérben maradhatnak, hogy csak a családi, tömeges jelentkezés jogosít fel arra, hogy a betegséget azonosnak tartsuk. Ilyen csökevényes esetekben még a különben annyira jellemző kiütés is hiányozhat. Egy-két napig tartó betegség esetében azonban a vérkép balratolt voltát mégis kimutathattuk. A gyors lefolyású abortív eseteket az is jellemezte, hogy a közérzet határozott zavarával jártak.

Az *1940. év* kisebbszámú megbetegedése sokkal kevesebb megfigyelésre adott alkalmat. A mult évhez hasonló járványszerű elterjedtségről ezévben nem igen lehet beszélni, bár a megkérdezett orvosok válaszaiból úgy láttuk, hogy a betegség kisebbmérvű fellobbanása ezévben is általánosan észrevehető volt. Magam az eseteket kivétel nélkül szeptember hó folyamán láttam.

A kóresetek lefolyása az 1940. évben is magán viselte az előző éviek jellegzetességét. A jellemző kiütés mindegyik esetben meg volt. A kötőhártyalob két esetben hiányzott, a másik két esetben csak gyengén jelentkezett. Egyik betegben különösen a hasi tünetek állottak előtérben.

A leírt járványos betegség tehát tényleg nagy hasonlatosságot mutat az 1926-ban Sziléziában tapasztalt »Schlammfieber«-nek, az 1937-ben a német alsó Dunaszakaszon észlelt »Erntefieber«-nek és az oroszországi »Wasserfieber«-nek nevezett járványos betegséggel, melyek kórokozóit a spirocheták csoportjába tartozó leptospirában, a spirocheta grippo-typhosában találták meg. Megegyező a lázas szakasz tartama, a jellemző kiütés, a conjunctivitis, a rendes fehérvérsejtszám mellett erősen balratolt vérkép, egyes esetekben pedig a kórkép előterében álló hasitünetek.

Mindenesetre kívánatos, hogy a következő nyári évszakban az esetleg újból jelentkező járványos betegséget már reá irányított figyelem fogadja s a gyakorlóorvos epidemiológiai és klinikai adataival, illetékes intézeteink pedig bakteorológiai és serológiai vizsgálataikkal a kórlényeget véglegesen tisztázzák.

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

Raynaud tünet sclerodermiában Morvan-szerü fekélyesedéssel és arcsorvadással.

Írta: *Juba Adolf dr.*

1862-ben *Raynaud* »asphyxie locale symétrique des extrémités« névvel különleges tünetegyüttest írt le, amely a végtagok distalis szakaszán jelentkezik és nagyobbfokú érelzáródások nélkül részben rohamszerű keringési zavarokból, majd elhalásos jelenségekből áll; egyes esetekben felterjed az arc kiemelkedő részeire, sőt más területeket is megtámadhat. Oki mozzanatként hiányos beidegzésből eredő capillaris görcsöt szerepeltet, amely a táplálkozási viszonyok romlása révén az elhalásokat is megindítja. A *Raynaud*-féle betegséget — bár magábanvéve nem gyakori — ez időpont óta igen gyakran észlelték és szinte áttekinthetetlen azoknak a közléseknek a száma, amelyek a tünettannal, ennek változataival és más betegségekhez nyúló kapcsolataival, kóroktani és kórbonctani mozzanataival, végezetül a gyógyító eljárások lehetőségeivel foglalkoznak. Mindezen irodalmi adatok szempontjából hivatkozunk *Cassirer* és *Hirschfeld* összefoglaló leírására, amely a casuisticus közléseket áttekinthetően állítja össze.

A tünettan röviden a következőkben foglalható össze. Átmeneti paraesthesiák után, vagy azok kíséretében a végtagok, különösen a felső végtag distalis szakaszán, a kezekben helyi érgörcs, »syncope locale« vagy: anémie locale *(Hardy)*, lokale Ischämie *(Weiss)*, lokale Asphyxie *(Johanson)* stb. támad, amely az ujjak elfehéredésével és elhidegülésével, tehát a bőrhőmérséklet tetemes csökkenésével jár. Követi ezt a megtámadott terület szederjessége, amely alkalmilag bevezető jelenség is lehet; az egész rohamszerű és fájdalmas állapot hyperaemia kíséretében oldódhat. Trophiás zavarok következményesen szabályszerű módon jelentkeznek és üszkösödés formájában tűnnek elő az ujjakon, midőn hólyagcsák, véres-savós tartalommal képződnek ki és kifekélyesedésben, száraz elhalásban végződnek. Sokkal ritkább jelenség az, ha az egyszerű elhalás helyett genyesedések, panaritiumok indulnak meg, amelyek mésztörmeléket is tartalmazhatnak (*Ormsby* és *Ebert, Davis*), igen fájdalmasak és kis tömött hegek hátrahagyásával gyógyulnak, hogy a betegség újabb fellobbanása kapcsán ismét gyulladásos folyamatoknak adjanak helyet. A panaritiumok formai szempontból a vasoneurotikus diathesis körén kívül eső ideggyógyászi betegségre, a syringomyelia ú. n. *Morvan*-typusára emlékeztetnek. Megjegyzendő, hogy az elhalásos folyamat részarányosan indul meg a végtagok distalis szakaszán és adott esetben az arc területére, sőt más testrészekre is kiterjed.

A fenti adatokban már foglaltatnak bizonyos vonatkozások más kórfolyamatok felé és a *Raynaud*-tünetcsoport elhatárolódása még elmosódottabb lesz, ha más kívülálló, belorvosi vagy egyéb betegségek kapcsán való megindulását vesszük tekintetbe. A bántalom vasoneurotikus jellegét kiemelik azok az esetek, midőn ez nyaki-borda kapcsán fejlődött ki. Idevágóan először *Benedek* számolt be 1924-ben magyar és német nyelven megfigyelések-

ről, midőn a tünetegyüttes megindulása részben az arteria subclavia nyomatására, részben a plexus brachialis alsó ágainak megfeszülésére volt visszavezethető. Szervi szívbaj kapcsán *Bret-Chalier, Köppler* ismertetnek *Raynaud*-betegségeket; más adatok szerint bizonyos kapcsolatok mutatkoznak arteriosclerosissal, luessel, nephritis chronicával, paroxysmalis haemoglobinuriával. Ismét máskor a jellegzetes vasoneurotikus diathesist a pajzsmirigy hyper- vagy dysfunctiója egészíti ki *(Hirschfeld, Lewy, Rotschild)*. Különleges figyelmet érdemel az idült akrocyanosis felé való átmenet abortiv megjelenésű formák képében.

Jelen esetünk szempontjából is jelentőséggel bír az a combinatio, amikor a *Raynaud*-tünetcsoport sclerodermiával egészül ki; ilyen megfigyelésről *Grasset* már 1878-ban beszámolt. Később számos idevágó észlelet került tudományos elemzés alá, amelyeket tovább itt nem követünk. Legtöbbször sclerodaktyliát, vagyis az említett bőrelváltozásnak az ujjak területén megindulását észlelhették, amely az esetek egy részében a *Raynaud*-kórkép tünetei után másodlagosan indul meg, esetleg mint az üszkösödések helyettesítő jelensége. Máskor a bevezető vasoneurotikus, helyi synkopét felmutató kórkép nagyobb kiterjedű skleodermia megindulását vezeti be, amely a kezeken kívül az arcra, sőt a mellt ájékra és a karokra is reáterjed. Leggyakoribbnak látszik azonban az a párhuzamosság, midőn a két kép egyszerre egymás mellett fejlődik ki. Mindezen jelenségek elbírálását bizonyos mértékig megnehezíti az a körülmény, hogy a *Raynaud*-tünetcsoport induratióval és következményes bőrelváltozással járó enyhébb táplálási zavarait sokszor nehéz a sklerodermia jelenségeitől elválasztani. Ilyen esetekben olyan átmeneti formákkal állunk szemben, melyeknek hovatartozósága szinte eldönthetetlen.

A *Raynaud*-féle betegség kóroktani és pathogenetikai kérdéseiben nagy szerepet visz az öröklési terheltség, amely egyes esetekben közvetlen átöröklésben nyilvánul. Máskor traumák és nem utolsósorban hideg- és nedvességbehatások szerepelnek, míg máskor az irodalmi adatok fertőzésekre (malária, gümőkór, lues) hivatkoznak. Mint formailag is rögzíthető elváltozásokra tekintettel vannak egyesek az ereken, a környéki érrendszeren észlelhető érfalelváltozásokra, amely intima megvastagodást *(Beck* és *Kalisch)*, endarteritist *(Pfister)*, endothel megvastagodásokat tüntethet fel; másutt a szerzők az éridegek kórságait hangsúlyozzák. Ismét másutt a sympathicus idegrendszer területén, az egyes ganglionokban jelentkeznek elváltozások, amelyeknek értékelhetősége azonban nagyobb összehasonlító anyag áttekintése után többé-kevésbbé kétséges. Mindenesetre nyilvánvalónak látszik a vegetativ idegrendszer bántalmazottsága, amely elsősorban az érszükületet megindító vezetőrendszerek részvételével a jellegzetes klinikai képet bevezeti. *Rieder* szerint alkatilag idegrendszeri szempontból csökkent értékű egyének esetében a hajszálerek reagibilitása szenved elsősorban a végtagok distalis szakaszán, vagyis ott, ahol a keringés áthajlik. Mindez a vegetatív idegrendszer kóros izgalmi állapotának következménye és ez az izgalom közvetítődhet mind magasabb központokból, mind peripherebb támadási pontokból, sőt helyi túlműködés is megindíthatja. Tekintettel a vegetatív idegrendszer és a belső elválasztású mirigyek szoros kapcsolatára, érthető, hogy endokrin mozzanatok részvétele is tekintetbe jöhet.

A fentiekből érthető, hogy adott esetben a neurotikus általános alap figyelembevételével a fenti diathesis lelki izgalmak, psychastheniás kilengések kapcsán is kifejlődik. Idevágóan hivatkozunk *Benedeknek* 1921-ben leírt esetére, amelynél a tünettan elsősorban a közeli rokon sklerodermia vonásait emelhette ki, azonban a súlyos distalis megoszlású asphyxia már a sklerodermia szabványos képén túlmenő vasoneurosist jelentett. Az elkülönítő kórhatározásban tehát a vasovegetativ neurosisok többi formái, az idegrendszer szorosan vett bántalmai közül pedig a syringomyeliának említett *Morvan*-féle typusa, a »panarie analgesique« jöhet tekintetbe, midőn genyedéses folyamatok indulnak meg a végtag ujjain és így szinte azonosak a *Raynaud*-kórkép panaritiumaival; a genyes szétesések viszonylagos érzéstelensége, szelvényesen kiterjedő és phylogenetikusan ősi érzészavarok, továbbá a gerincvelő hosszú pályasérülésének tünetei azonban az elválasztást megkönnyítik.

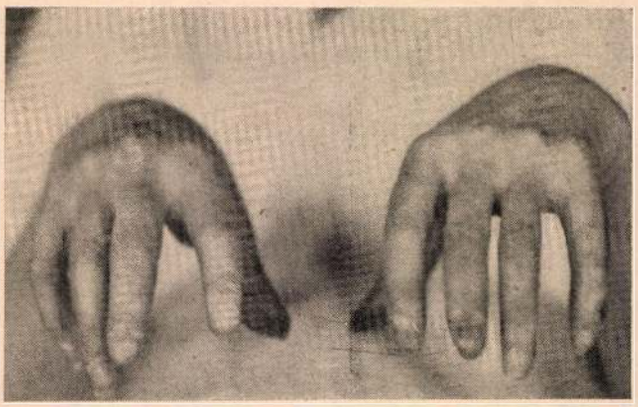
A következőkben ismertetendő esetünk a *Raynaud*-syndromán kívül az arcra is kiterjedő, arcsorvadással járó sklerodermiát foglal magában és az ujjakon mutatkozó kiterjedt genyes szétesések a *Morvan*-féle betegség lehetőséget is felvetették, bár ezutóbbi az ideggyógyászi vizsgálat nyomán kizárható volt és erre csak tünetileg emlékeztet.

N. S.-né 35 éves nő 1940 október 12-én vétetett fel az ideg-elmekórtani klinikára. Betegsége kb. öt évvel ezelőtt indult meg, midőn kezei zsibbadtak, majd fehérré és hideggé váltak, »fáztak«, majd utána elkékültek; megszűnt, ha meleg helyre ment, ilyenkor kezei kivörösödtek; általában a hideg a hirtelen jelentkező és fájdalmas állapotot kiváltotta. Ugyanezen idő óta ujjai végén genyedések váltak gyakorivá s szinte már valamennyi kézujján zajlott le körömágygyulladás. Később az ujjak vége vékonyodott, rövidült és bőre megkeményedett. Kb. egy éve az alsó végtagok is elkékülnek, fázékonyak és bokáin fekélyesedés indult meg. Arca merevebbé, kifejezéstelenné vált.

Jelen állapota: Arca merev, mimikátlan és sorvadt, a nasolabialis redő elsimult, az orr vékony és hegyes, az arcbőr rendkívül feszes, a lágyrészekre rásimul és fényes. *(1. ábra.)* Ugyanez a bőrmerevség ta-

1. ábra. Sklerodermiás arcelváltozás sorvadással.

pasztalható a kéz ujjain is, melyek általában szederjesek, a bőr fénylő és feszes volta mellett; a II., de különösen a III. ujjperc elkeskenyedett, részben meg is rövidült, a körömágy egészen az ujjbegy területéig tolódott el és kis terjedelmű, a körömnövés hiányos és trophiás zavart mutat. *(2. ábra.)* A bal kéz mutató-



2. ábra. A felső végtagok ujjainak sorvadása, sclerodermiája; a körömágyak környékén genyedések és ezekből visszamaradt hegek.

ujján jellegzetes panaritium van a körömágy és a környező bőrredők elgenyesedésével. A III. ujj körömkörnyéki szakasza belövelt, duzzadt, fájdalmas. A kisujj körömkörnyéki része genyesen fekélyes. Hasonló elváltozások a jobb kéz mutatóujján is mutatkoznak gyulladásos beszűrődés formájában. Az alsó végtagok, elsősorban a lábfejek hűvös tapintatúak és kékesek; mindkét külbokán kb. 5 pengősnyi kis reactiós udvarú, genyesen széteső alakú fekélyesedés mutatkozik.

Belszervi eltérés nincs. Az oscillometriás vizsgálat a felső végtagokon csökkent kitéréseket mutat. Az agyidegek, a mozgató- és reflexkör részéről eltérés nincs; kóros reflexjelenségek nincsenek. Érzészavarok az összes qualitásokra kiterjedően csupán a végtagok bántalmazott környéki részén mutathatók subjectiv formában ki, azonban szelvényes, vagy környéki idegi megoszlás kiterjedésükben nem ismerhető fel. Vér és liquor Wassermannra negativ. Normális összes fehérje- és sejtszám-tartalom, globulinreactiók negativak, a colloidális görbék szabványosak. Az encepalographiás képekben a kamrarendszer mérsékelt és symmetrikus kitágulásán kívül más nem észlelhető. A koponya osteogrammjai rendesek, nyakiborda nem mutatkozik; a kezek osteogrammjain a II., főleg a III. phalanxok csontszerkezetében tűnik fel eltérés felritkulások, osteoporosisok és deformitások képében.

A capillar-mikroszkópos lelet a limbuson 5—6-os sűrűséget mutatott. A capillarisok nagy része vaskosabb, az arteriás és venás szár egyenlő tágasságú, az áramlás lassult. A capillarisok a limbus szélén elmosódottak, a papillák sorvadtak. Néhány extravasatum is észlelhető. A kézháton rendes subpapilláris plexus, a papillák itt polygonális alakúak. A conjunctiván, ajakon kóros nem látható (Marschovszky Pál dr.).

A vérsavóban mar. nitrogen: 29.3 mg%, vércukor: 94 mg%, cholesterin 200 mg%, (norm. 120—180 mg%) calcium: 11.6 mg%, (norm. 9—12 mg%) konyhasó 612 mg%, (norm. 540—620 mg%) C-vitamin: 1.4 mg%, norm. 0.7 mg%) B_1 vitamin: 5%) norm. 6.5—16%).

Kórlefolyás: padutin injectiókat, majd myofort-befecskendezéseket adunk, belsőleg thyreoidea tablettát; a fekélyedéseket helyileg látjuk el. Kezelésünkre a genyesedések visszafejlődnek, a végtagok distális szakaszának vérátáramoltatása javul, az elkékülés és a hidegség enyhül és a hidegbehatásra fellépő synkopék elmaradnak. A bőrfeszesség a végtagokon és az arcváz felszínén valamit enged.

Fenti esetünk tünetei a bevezetőben elmondottak szerint szoros kapcsolatot mutatnak a *Raynaud*-tünetegyüttessel: a jellegzetes és rohamszerűen, látható külső jelekkel meginduló keringési zavar, illetve vérszegénység typusosan azonosítja jelen megfigyelésünket ezzel a kórformával. Jelentkeztek a táplálkozás romlásának következményei is; csakhogy nem egyszerű elhalásokkal, hanem genyedésekkel, elsősorban körömágy-gyulladásokkal, a körömkörnyéki bőr genyedésével találkoztunk, amelyek igen elnyujtott lefolyásúak voltak és végleges gyógyulási hajlamot nem mutattak. Ez a jelenség emlékeztetett a *Morvan*-féle syringomyeliás atypiára, azonban a gerincvelő központi csatorna környéki pusztulására és a fehérállomány vezető pályáinak nyomatására utaló további tüneteket nem találtunk; így az alaki hasonlóságon túlmenő kapcsolatot a *Morvan*-féle betegséggel felismerni nem lehetett. Bizonyos fokig szokatlan volt jelen észleletünkben a köztakaró félreismerhetetlenül sclerodermiás elváltozása a bőr rendkívüli megtömörülésével, feszes és fényes voltával, ami nemcsak a keringési zavar közvetlen területére korlátozódott, hanem kiterjedt formában lépett fel és az arc területét is megtámadta. Az arc sorvadása tehát jelen esetünkben a kiterjedt sclerodermia egyik részjelensége.

Ezen észlelet bemutatja a *Raynaud*-féle tünetegyüttes széles változatainak lehetőségeit és szinte folyamatos átmenetet tüntet fel a sclerodermia felé. A kóroktan tekintetében közelebbi megállapításokat nem tettünk; a kimutatható érfalzavar és az ér-trophicitást javító szerekre és pajzsmirigykivonatra történő javulás arra utal, hogy az általános vasoneuretikus diathesis keretén belül érfalsérülések és endocrin zavarok szerepeltek.

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET

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

Diabetes és sebészet. *Umber.* (Dtsch. med. Wschr. 1940. 24.) Az insulinozott s diaetás kezelés alatt álló cukorbetegek ma már a többivel egyenértékű sebészi elbírálás alá esnek. Sebészi diabeteseknél alkalmazott gyakorlati eljárásnak négy alaptétele: 1. coma, ellenjavaslat; 2. minden beteg műtét előtt insulinnal kezelendő; 3. műtét napján az insulinmegvonás műhiba; 4. narcosisra chloroform tilos, inkább chloraethyl-aether jöhet szóba, legcélszerűbb az i. v. evipan, illetve eunarcon vagy helyi érzéstelenítés. Sürgős műtétek előtt, hacsak lehet, 2—4 órával 20—40, illetve több egység insulin i. m., ugyanakkor i. v. kb. 50 ccm 25%-os glukose. Műtét utáni napon a beteg könnyű étrendet (100—150 gr szénhydrát, testsúly kg-ként egy gramm fehérje) kap megfelelő insulinnal, melyről fokozatosan depotinsulinra térhetünk át. Nem sürgős műtéteknél általában 6—8 nap az optimális anyagcsere beállítás ideje. Végtagműtétnél jobb a depotkezelés helyett az insulinnal való előkészítés a post. op. hypoglykaemia megelőzésére, ami az utóvérzés megelőzése miatt különösen laparotomiáknál fontos. Az optimalis cukorbeállításon műtött súlyos gangraenák mortalitása csak 13% volt, az azonnal operáltakéval szemben (36% 225 eset közül). A diabetesnek sebészi gyógyítása az eddigi állatkísérletek és műtétek ellenére még nem találta meg az emberi diabetes leküzdésére a járható utat, mivel az igen bonyolult belső secretios rendszerből az anyagcsereközpontnak csak egy részét alkotó életfontos agyfüggelék kiirtása, a cukorbajos vércukor szabályozása miatt szóba sem jöhet! A nem diabetikusoknál történő sebészi beavatkozás (központi és vegetatív idegrendszeren végzett műtétek) post op. extrainsul, izgalmi glykosuriát okozhat, mely a valódi insularis diabetessel nincs összefüggésben. A pancreaselhalás miatt végzett műtéteknél csak a csökkent alkati értékű Langerhans-szigetcsoport nem tud ellenállni a súlyos fertőzéses-elhalásos folyamatnak, csak egész kivételesen vált ki diabetest (szerző által észlelt 39 súlyos pancreasnecrosis közül csak egy esetben). (V. 46.)

Kaveczky Imre dr

A Meckel diverticulum heveny gyulladásairól. *Pich.* (Bruns Beitr. 171. 3.) A Meckel diverticulum az emberek 2%-ánál fordul elő és ezek közül kb. 30% betegedik meg élete folyamán a gurdéllyal kapcsolatban. Leggyakoribb kórkép gyulladása és az ileus. Három esete kapcsán ismerteti a változatos kórképeket, amelyek bekövetkezhetnek. A műtét aszerint alakul, milyen nagy a diverticulum és milyen fokúak a gyulladásos tünetek. Legcélszerűbb a gurdély resectiója ékalakúlag, ha a gyulladás a vékonybélre is átterjedt, azt is resecálni kell. Minden nagyobb hasmetszésnél ajánlatos a hasüreg átvizsgálása, nincs-e diverticulum jelen és ha van, eltávolítandó. (F. 6.)

Fedeles Findeisen László dr.

A látszólag ép csontok töréséről, kimutatható külerőszaki behatás nélkül. *Troell, Lauritzen, Möller.* (Acta Chir. Scand. 84. 3.) Hat esetük kapcsán a szerzők azon törésfajtákat ismertetik, ahol a látszólag ép csont minden nagyobb traumás beavatkozás nélkül eltörik. Ilyenek lehetnek pl. a tetanusos görcsöknél fellépő törések, túlerőltetésnél fellépők, szokatlan és megerőltető munkánál fellépők és mások. Ezen ú. n. larvált törések keletkezési mechanismusa abban keresendő, hogy a csont a váratlan munkatöbbletet előzetes training hiányában nem bírja ki. Ezen munkatöbblet lehet váratlan megerőltető munka, nagy kifáradáskor bekövetkező hirtelen megterhelés, egyéb testrészek hosszú ideig tartó erős megterhelése stb. Sokszor a beteg maga sem tudja az oki összefüggést kimutatni a behatás és a törés között. A törésnek balesetbiztosítási szempontból van nagy jelentősége, mert ugyanolyan elbírálás alá esik, mint a többi közismert traumás behatásra keletkező törés. (F. 4.)

Fedeles Findeisen László dr.

A posttraumás késői lépvérzésről. *Müller.* (Bruns Beitr. 171. 3.) A heidelbergi klinika beteganyagából 13 esetről számol be. Igen sokszor látszólag jelentéktelen kis erőhatásra jöhet létre a lépvérzés, legtöbbször a bal bordaív tájékára vagy a hasfalra. Az első időszak legtöbbször igen tünetszegény, a betegek fennjárnak és munkájukat végezhetik. A bal ágyéktájat ért erőbehatás után néha hónapok mulva lépett fel a vérzés, sőt egy esetében 2 év után. Felismerése igen nehéz, a legtöbb beteg más kórismével kerül műtétre, sokszor a környezet összenövései akadályozzák a tünetek kifejlődését. Az irodalomból eddig 88 biztos esetet tudott összeszedni. Férfiakon gyakrabban fordul elő, az átlagkor 29 év volt. A tünetek 3 csoportban zajlanak le, eleinte shocktünetek dominálnak, majd az állapot javulása következik be, harmadszorra a kivérzés és a hashártyatünetek az uralkodók. A kezelés a lép eltávolításában áll, gyógyulás után ez a munkaképességet nem befolyásolja. (F. 7.)

Fedeles Findeisen László dr.

A tetania kezeléséről. *Petropoulos és Müller.* (Arch. klin. Chir. 199. 3.) Állatokon a mellékpajzsmirigyek kiirtása által tetaniát idéztek elő. A tünetek fellépése után az állatokba homoioplastikus csontot ültettek be. 5—6 nap után a tünetek lassanként megszűntek, a vér mésztartalma fokozódott, a calciumtükör a normálisra tért vissza. Ugyanezt az eredményt kapták kifőzött-csont beültetése, ill. az ú. n. os purum használata után is. Még 11 hónap eltelte után is tünetmentesek voltak az állatok. Érdekes volt, hogy a transplantatum időközben történt eltávolítása után sem volt visszaesés észlelhető az állatoknál. A beültetett csont mint calciumdepôt szóba sem jöhet, mert lényegesen kevesebb calciumot tartalmaz, mint az ételben pár nap alatt bevitt calciumsók mennyisége. A kísérleteknek nagy klinikai jövőt jósolnak. (F. 10.)

Fedeles Findeisen László dr.

SPASMOTROPIN
Az ideális magyar spasmolyticum.
Ulcus ventriculi et duodeni. Hyperaciditas.
Cholelithiasis. Angiospasmusok.
12 Tabletta phiola P 2.20
25 Tabletta üveg P 3.80
MEDICHEMIA R.T. BUDAPEST X.
MEDICHEMIA

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

A cornea mucinja. *Meyer* és *Chaffe.* (Ass. Research in Ophthalm. 11. ülése, 1940.) A szarvasmarha corneájából sulfáttartalmú muco-polysaccharidát izoláltak, mely mucoitinkénsav szerkezetére emlékeztet. A szaru polysaccharidáját (p. s.) két enzyma hydrolyzálja (ezek inactivak a gyomornyálkahártya p. s.-jával szemben). Az egyik pneumococcusból, a másik testiskivonatból származik. A cornealis p. s. optikai activitása és hydrolysise révén hyaluronsav kénsavas esterével azonosítható. Csak a substantia propriában fordul elő (metachromasiás festődés toluidinkékkel). Az anyag nem azonos a heparinnal. Két klinikai problémát tanulmányoznak: bizonyos streptococcus- és pneumococcus-törzsek p. s.-bontó enzymjének szerepe a szarufekély keletkezésében, továbbá a p. s. és átlátszóság közti összefüggés. (G. 143.)

Grósz István dr.

Összehasonlító kísérleti tanulmányok ignipunctúrával, felszines és átható diathermiával. *Bessière és Bruel.* (Arch. d'Opht. 1939. 6.) Három nyúl szemét kezelték galvanopunctióval, felületes és áthatoló diathermiával. A 10., 20. és 30. napon távolították el a szemet. Előzőleg nem idéztek elő ideghártyaleválást. A három alkalmazott módszernél az ideghártya érhártya, inhártya részéről a visszahatás nagyjából mindig hasonló. Sarjszövet, fiatal kötőszövet képződik, a festeny burjánzik. A festenyződés a jó szöveti regeneratió jele és ez a diathermiával gyorsabban bekövetkezik, mint a Gonin-féle thermopunctióval. Utóbbi igen erős, sokat roncsol és burjánzások képződésére ad okot, amelyek károsak lehetnek. Éppen így végzetesek lehetnek az üvegtesti vérzések is. A diathermia sorvadásos érhártyagyulladást és adhaesiv ideghártyagyulladást eredményez. Ezzel több beavatkozás végezhető, ami a Gonin-műtétnél nem lehetséges. A diathermia után a heg nem erősebb és később sem okoz bajt. (G. 129.)

Lugossy Gyula dr.

A hypertonia sebészi kezelése szemészeti szempontból. *Denk.* (Wien. Klin. Woch. 1940. 41.) Sebészi beavatkozás szempontjából csak 50 évnél fiatalabb egyén jön szóba, nem fixált, 200 feletti vérnyomással. Az előpróbák nem megbízhatók, egyedül a vérnyomás éjjeli csökkenése értékelhető. Legfontosabb javallat a positiv szemfenéki lelet (vérzések, vizenyő stb.), a szív és vese károsodása. Ellenjavallat: 50 évnél magasabb kor, magas maradék N, decompensatio és fixált hypertonia. A különböző beavatkozások a változó kórtani felfogást tükrözik vissza. Ezek három csoportba oszthatók: műtétek a vesén (decapsulatio, denervatio), a mellékvesén s végül a splanchnicuson. Az érdeklődés központjában a *splanchnicus*-műtét áll (Pende stb). Míg *Adson* két ülésben resekálja a splanchnicus majort és minort, a ganglion coeliacumot és a határköteg két felső ganglionját, addig *Peet* egy ülésben resekálja a splanchnicus rekesz *feletti* részét (I) 9-től). Utóbbi előnye a praeganglionáris megszakítás, mellyel elkerülhető az erek fokozott adrenalin-érzékenysége. A retinalis erek sclerosisa egyéb szervek ereinek elváltozását jelzi és prognosztikai jelentőségű: I. és II. fokú sclerosis 52—53% eredménnyel jár, míg III. fokú sclerosis esetén csak 22% javul. Szerző kilenc esetéből négy javult nemcsak subjective, hanem objective is (szemfenék, szív, vese), gyakran a vérnyomás esése nélkül, ami a feltételezett toxintermelés (ischämiás veséből?) kiküszöbölésére vall. A nagy beavatkozás helyett olasz szerzők a splanchnicus alkoholblokádját ajánlották paravertebrálisan. Feltűnő, hogy a betegek a beavatkozásokat jól tűrik s a halálozás alacsony. Általában az esetek egyharmadában jó, további egyharmadában kielégítő, s egyharmadában elégtelen az eredmény. (G. 137.)

Grósz István dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

A végbelet eltömeszelő bélsárrögök leküzdéséről. *Cube.* (Kind. Pr. 1940. 12.) Hirschprung-kórban szenvedő ötéves gyermekről számol be, aki otthon a bélmosásokat már nem tűrte és így 14 napon keresztül nem volt széklete. Klinikára történt felvételekor haskörfogata 71 cm volt és mindent kihányt. Rectalis vizsgálatkor kőkemény, élesszélű skybala volt tapintható, mely a végbél nyálkahártyáját is felsértette. Olajos beöntések teljesen hatástalanok maradtak. Azon kísérlet alapján, mely szerint az ismert Kellerféle malátalevesbe bedobott skybala percek alatt feloldódik és szétesik, megkísérelték malátalevest beöntés alakjában alkalmazni. Az eredmény meglepő volt, mert minden fájdalom nélkül sikerült a bélpassaget megindítani. (K. 25.)

Ifj. Szlávik Ferenc dr.

Pemphigus acutus febrilis négy esete. *Sonnemann.* (Mschr. Kh. 82. 5—6.) 4—8 hónapos, leromlott állapotban levő csecsemőkön észlelt staphylococcus haemolyticus-sepsis ritka részjelenségeként írja le a pemphigus ac. febrilis eseteket. Amennyire gyakori reactio a legyengült szervezet részéről staphylococcus infectióra a bőrgenyedés, annyira ritka s minden esetben signum mali ominisnek tekintendő a hólyagos reactio. Mindenkor virulens, agressiv kórokozó létesíti leromlott csecsemő érzékeny bőrén. (K. 27.)

Csépányi Lóránd dr.

Postvaccinalis encephalitis és poliomyelitis differentialdiagnosisa. *Mi-Sen-Li.* (Mschr. Kh. 84. 3—4.) A postvaccinalis encephalitis és poliomyelitis differentialdiagnosisa nehézségekbe ütközik. Klinikai tünetek alapján sokszor nehéz a két megbetegedést egymástól megkülönböztetni. A liquorlelet is csak akkor döntő, illetve encephalomyelitisre utaló, ha negativ. Ellenben támpontul szolgál a megbetegedés időpontja, amennyiben a postvaccinatiós encephalitis a tavasszal végzett oltásokhoz társul, míg a poliomyelitis a július és november közti időszakban szokott leggyakrabban fellépni, illetve járványszerűen fellángolni. Még megemlíti, hogy a postvaccinatiós encephalitis oltás utáni 10-ik napon lép leggyakrabban fel. (K. 26.)

Timcsák Alice dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő.*

A cyanosis létrejöttének magyarázata sulfonamidkezelésben. *J. Altmeyer.* (Dermat. Wschr. 1941. 4.) Neouliron (diseptal B.), uliron C. (diseptal C.) és legkevésbbé uliron kezeléskor észleltek némelykor nagy kiterjedésű és nagyfokú cyanosist. Amerikai szerzők ismételten utaltak a sulfonamidok okozta methaemoglobin-képződésre. A szerző spektroskopos vérvizsgálatokat végzett és azt találta, hogy a normalis ember vérének methaemoglobin-tartalma átlagban az összes haemoglobin 1.7%. Sulfonamid-kezelés közben cyanotikussá nem vált betegek vérében 3% methaemoglobin volt, míg a kezeléstől cyanotikussá váltak vére 6%-ot mutatott. A maximum 9% volt. Két esetben a cyanotikus beteg vérében sulfhaemoglobint nem találtak. A vizsgálatok azt mutatták tehát, hogy a sulfonamidkezelés következtében létrejött cyanosisok legnagyobb részében okként a methaemoglobin szerepel, a többiek pedig vasoneurosison, illetve vasotoxicosison alapulnak. A methylenkék és a thionin, melyek egyébként jól beváltak a methaemoglobinnak haemoglobinná való visszaalakításában, sulfonamidok jelenlétében hatástalannak bizonyultak. (Sz. 16.)

Horváth Dénes dr.

A tehenészcsomók. *Frederick T. Becker.* (Journ. of A. Med. Assoc. 115. 2140. 1940.) Az Európában már 1899 óta ismeretes (Winternitz) tehenészcsomók négy esetét

SEDYLETTA tabletta 30×0·015 gr

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

ismerteti a szerző amerikai egyéneken, akik beteg tehenek fejésével foglalkoztak. Ez az első ilyen irányú közlemény az Egyesült Államokból. Két betegen a szerző nyúl-cornaeoltást is végzett, de a Paul-féle kísérlet negativ eredménnyel végződött. Hasonlóképpen negativoknak bizonyultak a tengerimalacoltások és a tenyésztési kísérletek is. A fertőzött egyének variola-vaccinával szemben nem mutattak immunitást. Ezekből a körülményekből a szerző arra a következtésre jut, hogy a tehenészcsomók oka nem a vaccinavirus, hanem valamely más szűrhető csira. Az elváltozások leginkább a Lipschütz-féle paravaccinához hasonlítanak. (Sz. 17.) *Szodoray Lajos dr.*

A liquorvizsgálat jelentősége a syphilis gyógyításában. *Riebeling C.* (Dermat. Wochenschr. 112. 6.) Ha egy syphilises fertőzés három éve fennáll, vagy ha a fertőzésről pontos adatok hiányoznak, liquorvizsgálatot kell végezni, tekintet nélkül arra, hogy idegrendszeri tünetek vannak-e. Cysterna-punctiót ajánl a szerző s a kapott liquorban sejtszámolás, colloid reactiók, Wa.-reactio, fractionált fehérjemeghatározás végzendő. Colloid reactiók közül a mastix és a saját sósavas collargol reactióját ajánlja, melyből az idegrendszeri lues activitására is következtetni lehet. Három év után positiv liquorlelet esetén lázkezelés alkalmazandó, mert fennáll a központi idegrendszer részesedése. Tabesnél csak jódkalikezelést ajánl. (Sz. 18.)

Kertész Tivadar dr.

UROLÓGIA

Rovatvezető: *Babits Antal.*

»Kés helyett hormon.« *Schlagintweit.* (Z. f. U. 1941. 1.) A szerző válaszol Zehn megállapítására, melyekben Zehn elítélte a beavatkozás szükségességét a prostatatúltengésben, műtét helyett elegendőnek tartja a hormonkezelést. Zehn szerint még minden egyénnél, akinek családjában felmenőleg rákos betegség előfordult, sexualis hormonokat kell adagolni, amik a szervezetet megvédik a prostataráktól. A hormoncura eredményét C-vitamin adásával növelhetjük. Schlagintweit kritikájában megállapítja, hogy a hormoncura prophylaktikus alkalmazása carcinomával szemben nem bizonyítható, mivel nem lehet igazolni, hogy a curán átesett egyének cura nélkül carcinomát kaptak volna. Schlagintweit csak azt ismeri el, hogy a hormonkezelés az egyéni panaszokat (húgycsőégés, gyakori vizelési ingerek, stb.) csökkenti és az általános erőbeli állapotot a sexualis sphaerán keresztül emelni tudja. (B. 7.) *Csiky György dr.*

Az ureterinplantatio technikája Hinman szerint. *Rapant.* (Z. f. U. 1941. 1.) Az ureterinplantatiót a vastagbélbe az általuk módosított Hinman-féle eszközzel végzik. Az eszköz négy részből áll: egy fémcsőből, melybe egy másik cső és fémrúd tolható és a cső végére erősíthető rövidebb csőből, melynek végén bevágás van. Ehhez a bevágáshoz köti egy ligaturával az ureterecsonkot. A periurethralis szövetbe az első fémcső végének a magasságában 3 varratot helyez. A vastagbelet elektromos késsel megnyitja és az eszközt az odakötött ureterecsonkkal együtt a nyílásba bevezeti. Az előbb behelyezett 3 varrattal a csonkot a vastagbélbe rögzíti. A fémrúd betolásával a rögzítő ligatúra átvágható, a fémcső betolása által pedig a másik cső a vastagbélbe nyomható, amit azután rectalisan vesznek ki. E módszerrel sterilebb között lehet dolgozni, mint másikkal és a siker biztosabb. (B. 9.)

Lukáts Antal dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Sportsérülések. A Magyar Sebésztársaság 1939. évi nagygyűlésén elhangzott előadásokból sajtó alá rendezte *Nagypataki Gyula* m. kir. ezredorvos. (Az OTT kiadása. 160 oldal. Ára 2 pengő.)

A könyv szerkesztője igen értékes munkát végzett el azzal, hogy a Sebésztársaság nagygyűlésén elhangzott és kizárólagosan a sportsérülésekkel foglalkozó 19 előadást összegyűjtve és magvas bevezető közleménnyel ellátva az orvostársadalom rendelkezésére bocsátotta. A cikkek részben casuisticák, részben statisztikai összeállítások, részben pedig egyes sportsérülési lehetőségeket összefoglaló, nagyobb munkák. De még a legkisebb cikk is olyan értékes gyűjteménye a sportsérülésekkel foglalkozó irodalomnak, hogy az összes előadásoknak ilyen keretszerű összefoglalása nagy könnyebbséget jelent mindenkinek, aki az egyre fejlődő testnevelés és sport ártalmaival foglalkozni akar. *Horváth prof.*

Therapeutiques biologiques des affections mentales *H. Claude—P. Rubenovitch.* 336 oldal. (Masson et Cie Paris, 1940. Ára 1.50 dollár.)

A szerzők törekvése e munkában oda irányul, hogy megismertessék a gyakorlóorvossal az időszerű psychiatriai kezeléseket, megelőzve a kérdések theoretikus megvitatását és tisztán psychologiai, aetiologiai és symptomás kezelések ismertetését.

Az első részben a lázkezeléssel foglalkoznak, paralysis progressivában, schizophreniában, mania-melancholiában, psychopthiákban alkalmazva. Külön fejezeteket szentelnek az infectio útján: parasitákkal, bakteriumokkal, továbbá organo- és chemiai készítményekkel és végül elektromos úton előidézett láztherapiának. Ez utóbbival két év óta kísérleteznek a szerzők biztató eredményekkel.

A második részben kimerítő részletességgel ismertetik a shok-kezeléseket: insulin, cardiazol, insulin-cardiazol, továbbá a narcotherápiát. Röviden foglalkoznak az Aschner-methodussal és a náluk most kísérletezés alatt álló elektronarcosissal és elektroshokkal.

A shok-kezelést illetőleg oda nyilatkoznak, hogy bár nem általános panacea, de egyelőre ezeknek van a legkedvezőbb befolyásuk e betegségekben. A cardiazol legfőbb indicatióját az insulin-cardiazol kezelésben látják; ők maguk egyre inkább csak insulinnal együttes kezelésre használják. Kiemelik a psychotherapia fontosságát a fáradságosan elért eredmény megtartására. A jövő fontos feladatának tartják a kérdés biologiai problemájával való foglalkozás alapján az egyes gyógyeljárások specifikus alkalmazásának tisztázását. Végül sürgetik a socialis problema megoldását intézetek létesítésével, amelyek alkalmasak volnának a javult vagy gyógyult betegek redukálására és socialis redaptálására, amelyek átmenetet képeznének a kórházi kezelés és a normalis élet között.

Nem csupán a gyakorló-, hanem a szakorvos számára is igen értékes ez az alapos összefoglaló munka. Szemléltetően állítja össze a különböző eljárásokat, sok szempont figyelembe vételével, amelyek közül mindenki kiválaszthatja az adott helyzetben legmegfelelőbb módszert betegei kezelésére.

Eszenyi Margit dr.

Notfallchirurgie. *Ritter A.* 527 oldalon 301 ábrával. 1940. (Enke F. Stuttgart kiadása. Ára fűzve 38 RM.)

A díszes kiállítású, nagyszámú sikerült illustratióval tarkított könyv a »Neue Deutsche Chirurgie« sorozatában jelent meg és méltóan csatlakozik az ismert kitűnő gyüjtőmunka eddigi tagjaihoz. A munka lényegileg a sebészettel is foglalkozó gyakorlóorvosok és sebész-szakorvosok számára írt műtéttan, mely kizárólag az el nem odázható *véres* operativ beavatkozások technikájával foglalkozik, de ebben a keretben kiter-

jeszkedik sok olyan műtét leírására is, amelyek a szoros értelemben vett sürgősségi sebészet fogalomkörén kívül esnek. Az egyes műtétek leírása igen szabatos, világos, a gyakorlatilag fontos esetekben (kizárt sérvek, panaritium, stb.) szinte aprólékosan részletező, megértését az anatomiai viszonyokat jól szemléltető rajzok könnyítik meg.

A munka bevezető, általános részében tárgyalja a sterilizálás és desinfectio, a műtéti előkészítés, érzéketlenítés, postoperativ ellátás, collapsus és vérvesztés leküzdésének kérdéseit, majd általánosságban foglalkozik a friss sérülések ellátásával a gyulladásos lágyrész, csont és izületi folyamatokban, valamint az érrendszeren végzendő sürgős beavatkozások technikájával. A specialis részben megtaláljuk mindazon sürgős műtétek leírását, melyek a koponya, arc, nyak, mellkasi, hasi és urogenitalis szervek, gerincoszlop, gerincvelő és végtagok sérülései, gyulladásai és egyéb javallatok miatt válnak szükségessé. A sebészet modern vívmányai mindenütt kellő méltatásban részesülnek. Ritter művét a legszigorúbb tárgyilagosság jellemzi s ezért hiányzik belőle az a következetesség, a műtét menetének az a színes, szinte drámailag eleven leírása, ami pl. a híres Lejars-féle »Chirurgie d'urgence« olvasását olyan lebilincselővé teszi. Viszont el kell ismerni, hogy Ritter könyve rendkívüli szorgalommal, igazi német alapossággal összeállított komoly munka, melyben az olvasó a sürgős sebészetnek úgyszólván minden kérdésére feleletet talál s ezért a sebésznek, különösen a vidéki gyakorlatban, megbízható és hasznos tanácsadója lesz. *Milkó prof.*

A Budapesti Királyi Orvosegyesület április 25-i ülése.

Bemutatások:

Szirmay Gy.: *Koponyaüregi aneurysma.* Koponyaüregi érzörejt érdús daganatok és különböző aetiologiájú aneurysma okozhat. Pontos elkülönítés csak az arteriographiás eljárástól várható. 49 éves, sklerotikus érrendszerű nőbeteget mutat be, kinél a koponya temporalis részén és a maxillaris üregek felett fúvó színezetű és a pulsussal isochron zörej — 6 héttel később 1½ m távolságról — jelenleg a koponya közelében jól hallható. A III., VI. agyideg és az V. első és második ága paresisének megfelelő tünetek. Exopthalmus pulsans. A klinikai vizsgálatok alapján a sinus cavernosus arteriovenosus aneurysmáját tételezi fel. A zörejt hangerősítő készülékkel demonstrálja.

Bézi I. és Pázsit P.: *Nyaki vese.* Megjelenési formája és klinikai tünetei miatt tömlős golyvának kórismézett terimenagyobbodás 54 éves nőbetegen. A kiirtás szövődmények nélkül ment végbe, a gyógyulás zavartalan volt. Kórbonctanilag a vizsgált nő ökölnyi készítménye nem golyvának, hanem vesének bizonyult. A további klinikai vizsgálatok eldöntötték, hogy a betegnek mindkét veséje, uretere, hólyagja minden tekintetben normalis. A kiirtott számfeletti, nyaki elhelyezkedésű vese, mint ilyen, egyedülálló.

A nagyobb részében sokcystás vesének ép szövete teljesen szabályos, de méreteiben az öthónapos gyermek veséjét éri el. A szöveti képből következtetve, a vese működésképes volt. Azt, hogy az ureter hova szájadzott, megállapítani nem lehetett (ezt annakidején a boncolás tudná eldönteni). A soktömlős elváltozás a meglévő vesekelyhek számából következtetve csak egy-két renculusra terjed ki. A szokásostól eltérően a felszín egyenletes volt a sokcystás területen is.

Fejlődéstani szempontból nagy érdekessége ennek a vesének, hogy keletkezését az eddigi felfogástól eltérően lehet csak magyarázni, olyanformán, hogy a pronephros vagy esetleg a mesonephros alakult át egyenesen ezzé a maradandó vesévé.

Előadások:

Boros J.: *A heveny rheumatismus gyógyítása.* A gyógyítás hatásának ellenőrzésére az acut szakban az általános klinikai kép megfigyelése mellett a vörösvérsejtsüllyedés, lázmenet és a szívműködés milyenségének megfigyelése a legfontosabb. A tényleges eredményt sok esztendő mulva történő vizsgálatok adatai, összefoglaló statisztikák nyujtják. A hosszantartó, akár 3—6 hónapig tartó ágybanfektetés nagyon fontos, különösen maradandó szívelváltozás vagy annak gyanúja mellett. A salicyl specifikusan jó hatású, de csak az acut exsudativ folyamatokra hat, így polyarthritis mellett perikarditis és pleuritisben jól beválik. Karditis ellen nem véd, azt nem gyógyítja. Adagja napi 6 g-nál nagyobb kell, hogy legyen, leghelyesebben 10—12 g. Pyramidon 1.5—3.0 g-os adagban hasonlóan jó, de használata kevésbbé általános a myelophthisistől való félelem miatt, ami alig jogos, mert nagyon ritka. Sulfamid készítmények az eddigi tapasztalatok szerint az acut szakban a tünetek fellobbantása útján ártalmasnak látszanak, prophylaktikusan, úgy látszik, hasznosak lehetnek, mert a torok streptococcus-fertőzését megszüntetik és így recidivától többé-kevésbbé védenek. Góceltávolításnál nehézséget okoz, hogy a betegséget okozó góc sokszor nem található, máskor több góc is lehet és nem tudjuk, melyik okozza a focaltoxikosist. Úgy látszik, hogy góceltávolítás a recidivák számát csökkenti, az általános állapot javulását elősegíti, de a betegség ellen biztos védelmet nem nyujt. Hasznos voltában, jó hatásában acut rheumatismusban újabban mindtöbben kételkednek, inkább chronikus rheumatismusban jár, úgy látszik, több eredménnyel. Mindenféle therapia összes eredményei nagyon kevéssé kielégítőek: a rheumás morbiditás, szívbaj, mortalitás évről-évre nő. A prophylaxis intézményesen oldandó meg a gyermekkorban történő rheumagondozás, rheumakórházak és üdülőhelyek létesítése, a vidéki és szegényebb lakosság általános egészségügyének javítása, stb. útján. Utóbbi tekintetben a lakásviszonyok javítása, öltözködés, táplálkozás célszerűbbé tétele mellett a rheumára hajlamosak felkutatása és megfelelő viszonyok közé jutása volna különösen fontos. Amint az lehetséges, rheumás gyermekek meleg égöv alatti teleltetése is tervbe volna veendő.

Bakay L.: *A rheumás betegségek sebészeti kezelése.* (Kézirat nem érkezett.)

FAGIFOR „CITO"
Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lacto-kreosot-syrup
Ideális enyhe expectorans
Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere
lag. orig. P 2·30, pénzt. csom. P —·96
CITO gyógyszervegyészeti gyár
Budapest, XIV., Lengyel-utca 33

ANARA-CHINOIN
gőzeinek beszippantása azonnal enyhíti a nátha tüneteit!
Használatrakész tubus!

Tóthpápay Mihály iskolaorvos a tizennyolcadik század végén.

Írta: *diósadi Elekes György* dr.

Az az orvos, akinek életével, műveivel és működésével itt foglalkozok, nem volt sem híres, sem divatos orvos. Egyszerű ember volt, kis munkakörrel megbízva, provinciális környezet által nyomva. Működése, gondolkodásmódja mégis érdemes a megismerésre, mivel általa közelebb jutunk a 18. század hétköznapi emberéhez és a század *középső középosztályának* vallásosan átitatott, »idealizáltan reális« élet- és tudományszemléletéhez.

Tóth-Pápay 1754 február 25-én Tarcalon (s nem mint Szinyei írja, Diósgyőrött) született. Atyja, szintén Mihály, ref. lelkész volt Cserépújfaluban, Hogykán, Tarcalon (1748—55) és 1770 körül Diósgyőrött. Az anya Nánási Nagy Borbála Tarcalról. Apja eredeti ember volt: papi hivatala mellett alchymiával is foglalkozott. Mayer Ferenc Kolozs (Orvostudomány története, 1927: 198. o.) szerint Wallaszky Jánossal, Gömöry Dáviddal és másokkal együtt titkos társulat (»Rózsakeresztesek«) tagja. Kéziratos munkája: Margarita Preciosa e concha sua aperta in lucem prolata«, mely a sárospataki ref. kollégium könyvtárában »Kéziratok 420. sz.« alatt található, három részből áll: az 1—59. oldalon Hermes Trismegistos: Tabula Smaragdina c. könyve van, latin nyelvű, 15 pontra osztott. Második rész: 60—80. oldalon: Henrici Khunrath Lips. Vtriusque Medic. Doctoris Confessio de Chao Physico—Chemicorum Catholico, In quo Catholice habitat Azoth, sive Materia Prima Mundi etc. 1596. Magdeburg c. könyve, szintén kéziratos másolatban. A harmadik rész: 1—403. oldalon 14 ábrával (alchemikus eszközök, eljárások ábrái, a 312. oldalon saját eljárása ábrái). A harmadik részt megelőzőleg néhnysoros idézetet olvasunk Melchior Miklós nagyszebeni magyar alkémikus, Aug. Petraeus, Joh. Trithemius és Joh. Espagnetti alkémikus műveiből, majd az adeptusok jelképe: a négyágú kereszt, egyes szárain a nap, a hold, a föld és a víz jegyeivel látható. A 8—27. oldalon levő bevezetésben elmondja, hogy szinte kényszerítették ismerősei e könyv megírására és az alchymia megvédésére. A kéziratot 1769-ben egy felsőmagyarországi, »á testis« Cserépújfalu nevű községben fejezte be. Természeti dolgok iránt már gyerekkorában érdeklődött. A könyv 55 pontban foglalkozik az alchymiával, részben orvosi vonatkozásban is, így mindjárt az első fejezetben a test megőrzésére és megóvására szolgáló orvosi tudománnyal, a másodikban az élet meghosszabbításával, a kilencedikben egy pestis elleni óvszerrel, mely magához vonja előre a pestis mérgét és így megköti. Felfogása szerint az elemek természetét az »archeus« igazgatja (Paracelsus- és van Helmont-hatás), ez a spiritus insensibilis: láthatatlan »szesz«, mely a testtől el nem választható. Megkülönböztet növényi, ásványi és állati világot. A fő elemek: kén, higany és só.

E kéziratot részletesebben más alkalommal kívánom ismertetni, most csupán azért említem főbb vonásait, mert az ifjabb Tóth-Pápay Mihály (akinek egy Sámuel nevű öccse 1752. I. 19-én született ugyancsak Tarcalon) ilyen szellemi légkörben nevelkedett. Kezdetben valószínűleg Miskolcon tanult, mert 1770-ben a sárospataki kollégiumba iratkozásakor az anyakönyvben Michael Tót-Pápai Miskolczini szavakkal van bejegyezve. A kollégiumnak ebben az időben nem volt orvostanára, akitől orvostant tanulhatott volna. Szathmáry Paxy Pál orvos 1758-tól 1766-ig tanított Sárospatakon (bölcseletet). Iskoláit befejezve, Sátoraljaújhelyre ment tanítónak s 1783-ban még itt tanított. (Fejes I.: A sátoraljaújhelyi református egyház története, 148. oldal.) Újhelyben sikerült annyi pénzt összegyüjtenie, hogy Bécsbe mehetett medicinát tanulni. Orvosi értekezése 1789-ben Pozsonyban T. M. név alatt »A keresztségnek orvosi szemekkel való megvizsgálása« címen jelent meg (l. Nemzeti Múzeum, Széchenyi Könyvtár X. Pathol. 2497.). Bécsben még kellett orvosi avatás előtti vitairatot írni, a pesti egyetemen II. József még 1785 IV. 24-én betiltotta s helyére a betegágy melletti vizsgázást tette. (E rendelkezés 1790-ben szűnt meg.) Orvosi diplomáját 1791-ben szerezte meg s a pataki kollégium azon év I. 27-én iskolaorvosnak és nevelési felügyelőnek (paedagogiarcha) hívta meg, évi 400 forint fizetéssel. 1796-ban rendes tanár lett és a természetrajzot s paedagogiát adta elő, a következő évben pedig ezen felül még osztályfelügyelettel és a magánelőadások felülvigyázásával (Sárospataki koll. levéltár, A—XXVII—9888—120. sz.), később diaetetica tanításával is megbizatott (Szombathy J.: A sárospataki kollégium rövid históriája, 1827., 49. o.). 1805 április 1-én lemond hivataláról, mivel egy kollégiumi bizottság a felügyelő consistorium előtt azzal vádolta, hogy részeges, hogy a diákok előtt dícsérte a pálinkát és hogy a seniortól illetéktelen pénzt vett fel, s azt nem fizette vissza, végül hogy a kollégium pincéjéből bort hozatott fizetség nélkül, úgyhogy a bor felügyeletével megbízott senior nem tudott elszámolni s emiatt Miskolczi senior a Bodrogba fojtotta magát. Tóth-Pápay a lemondó levelében elkeseredetten védekezik e vádak ellen, tartozásait elismeri ugyan, de jóhiszeműséggel fedi, egyúttal felajánlja lemondását állásáról és 1805 júl. 5-én csakugyan le is mond róla és attól kezdve magángyakorlatának él. Tartozását, 500 forintot később Teréz nevű leánya (Német Lajos tolcsvai gyógyszerész neje) vállalta magára. (Levéltár, B—LXVI. 29.704—304. sz.) Ezzel szemben alább ismertetendő elvei és Kis Áron életrajza (Adalékok Magyarország nevelésügyének történetéhez, 1874.) egészen más embernek mutatják Tóth-Pápayt. Kis Áron jellemzése szerint: »szorgalmas búvárkodó ember vala, nagy könyvtára gazdag a magyar irodalom termékeivel, könyveit értékes jegyzetekkel írta tele, mint társa, Szombati János«.

Mikor és hol nősült meg, nem tudjuk. Feleségét Katona Máriát (ki 42 éves korban Sárospatakon 1819 IX. 14-én holt meg) hét gyerekkel áldotta meg az Úr. Az első 1793 októberben született, négy gyerek fiatalon halt meg. Ő maga a nagy kolerában, mely Kövyt, a nagy jogtudóst és Kazinczy Ferencet is elvitte, 1831 augusztus 15-én Sárospatakon halt meg s van eltemetve. Ez a kolera Sárospatakon 215 egyént vitt el a református vallásúak közül és nagy volt a száma az egyéb vallású, kolerában elhaltaknak is. Az első halálesetet 1831 július 16-án jegyezték be, az utolsót augusztus 23-án. De még novemberben is volt két, kolerának jelzett haláleset. (Sárospataki ref. egyház halotti anyakönyvei.)

Számunkra különösen értékes Tóth-Pápay iskolaorvosi működése. Ennek bizonyítéka az első ismert iskolaorvosi egészségügyi kimutatás, melyet ő terjesztett az iskola vezetősége elé »Extractus Protocolli Infirmarii anni Scholastici 1793/4.« cím alatt (Főisk. levéltár, A—XXV—9245—142. sz.), melyben név, kor, dátum, állapot és betegség neme szerint felsorolja az azévi betegségeket, összesen 163 beteg-

séggel kapcsolatban. Egy halálesete volt, opressio cerebri következtében. Feltűnően sok volt a rüh, a malária különféle fajtái, gyomorrontás, sárgaság stb. (l. Elekes Gy.: Orvosi Hetilap 1932).

Érdekes és itt említendő szokás volt abban az időben, hogy a diákhalottakat színes és a diáktársak verseivel és kézifestésével díszített koporsóban temették el. Kazinczy (Pályám emlékezete c. könyve 24. o.) írja: »Valamely togátus... jég alá fult. Koporsójára versek és tarka festések függesztetének. A sáfránnyal, cinóberrel csillogó festések sorában az enyém fekete tusban mosdalva, szerénysége által kedvelteté meg magát.«

Kísérletet tett Tóth-Pápay egy magánkórház felállítására is, a főiskola ezt fel is állította, de egy 1798-ban kelt levelében (Koll. levéltár A—XXVII—9888—120. sz.) már megszűntnek írja és a saját költségén fogadott borbélylegényt »szeméremmel« kellett elbocsátania.

Öt művét ismerjük, ebből a turócmegyei Stubnya meleg fürdőről írt tudósítása a Magyar Kurir 1807. II. Toldalékában jelent meg. »A mezei gazdaság« (melyet nagyobb, részint a Paukl úr munkája szerint kiadott, Kassa, 1801) és a »Keresztyén erkölcsi tudomány, mely Lesz Gottfried által irattatott, most pedig németből magyarra fordíttatott, Bécs, 1788« c. műve nem eredeti. »A keresztségnek orvosi szemekkel való megvizsgálása, Pozsony, 1789« c. művében, mely T. M. jelzet alatt jelent meg, a keresztelésnél használt víznek a csecsemőre, illetve annak bőrére való hatását vizsgálja, ennek következéseképpen kívánatosnak tartja, hogy télen a pap vagy a szülők lakásán történjen a keresztelés, még pedig langyos vízzel. Ezáltal elkerülhető lesz nátha, hurut, tüdő- és mellhártyagyulladás, izületi bajok. A hideg vízzel keresztelés veszélye: ha a levegő hideg és nedves: taknyos mellszorulás, hasmenés, gutaütés, vízibetegség. Az idegfolyadék: spiritus nerveus szerepét zavarosnak tartja s nem fogadja el. Értekezése végén felteszi a kérdést: »A népnek szaporodását nem akadályozhatja-e a hidegvízzel való keresztelés és vajjon nem segítené-e ezt a lágy meleg vízzel való keresztelés?«

Az egész kérdéskör kissé különös napjainkban, de abban az időben nagy volt a fontossága. A nagy hygiénikus: Frank is oldalakon át foglalkozott ezzel a kérdéssel (Med. Polizey, V. kötet 74. o.) hasonló értelemben. Így azon sem csodálkozhatunk, ha Tóth-Pápay e kis dolgozatához huszonegy szerzőt idézett.

Harmadik önálló műve név nélkül jelent meg: »Gyermeknevelésre vezető Útmutatás, a sárospataki Helvetica confessiót tartó Collegiumban tanító Ifjúság számára, Kassa, 1797« címen jelent meg, 100 lapon. Ebben a művében számos modern nevelői és orvosi eszmére bukkanunk. Eszmenete a következő:

Az ember boldogságra törekszik, evégből szükséges a tanulás. A tanító a szülők helyettese. A tantió legyen többek között jókedvű, soldjával megelégedett, ne legyen rövidlátású, siket, dadogó, púpos, sánta, kancsal, nehéz hallású, selyp. A diákok részben jó memóriájúak, de gyenge kritikájúak, ezeket állandóan catechizálni, kérdezgetni kell; másrészt vannak rossz memóriájú, de jó kritikájú diákok, ezeknek egyszerre keveset kell feladni a leckéből. Végül a rossz memóriájú és rossz kritikájú diákokat kevés feladat mellett is békén kell hagyni. A tanítás lényege: »nem tanultatni, hanem tanítani«, vagyis a gyerek már az iskolában megtanulja a leckét hallásból. Tanuljon hangosan és ismételve. Önmaga, a természet és a világ ismerete a vallás megismeréséhez és a babonaság ellen szükséges. A lélek és a test egészsége egyaránt fontos, e célból szükséges a diaetetica, psychologia és a botanica tanítása. Vigyázzon a tanító, hogy a gyerek ne hebegjen, a szónak sem elejét, sem végét el ne hallgassa, közben lélegezzen, ne skandáljon. Íráskor vigyázzon az ülésre. Számtanban alkalmazzon a tanító ábrázolásokat. Az általános egészségügyet illetően: a gyerek friss vízzel mosdjon, gyakran fürödjön, úszni tanuljon. A tanteremben, lakásban a gyertya középen függjön. »Nem jó, hogy a tanítók tanítás idején telepipázzák a házat.« Ne üljön sokáig egy helyben a gyermek, hanem mozogjon. Az istentisztelet éppen ezért legyen rövid. Alvásra 8 óra elégséges. Evés után rövid pihenő szükséges. Ijesztgetni nem szabad a gyereket, főleg evéskor nem. Szoktatni kell őket beleiknek korareggeli kiürítésére. A verés a legjobb büntetés, de nem a fájdalomkeltés a cél. Verés után hadd sírjon a gyermek. A pálcát, amivel megverték, nem szabad megcsókoltatni.

A 18. század a nevelés új útjait kereste, eközben az egészségügyi szempontok egyre jobban előtérbe kerültek. Szerzőnk igen részletesen tér ki e kérdésekre és eszméi meglepően modernek, szinte forradalmian újítók és éppen ezért nem lehetett népszerű a kartársak körében. Azt persze nem tudjuk, hogy javaslataiból mennyit tudott megvalósítani. Rövid szolgálat után, az ismertetett vádak miatti lemondása és Kiss Áronnak fenti rövid, de megbizhatónak látszó jellemzése egymásnak ellentmondók. Sokoldalúságát bizonyítja, hogy éppen úgy, mint kortársa, Weszprémi István, egyaránt foglalkozott orvosi, bölcseleti, vallási és gazdasági kérdésekkel. Írásai alapján pedig hivatása magaslatán állónak látszik. Valóban jobb sorsot érdemelt volna.

Soványság, reconvalescentia neurasthenia esetén kiváló roborans és étvágyjavító a

VITACHINA DRAGÉE

B_1 vitamint, chinakérget, arsent és strychnint tartalmaz.

REX GYógyszervegyészeti Gyár, BUDAPEST—DEBRECEN.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift. 18. sz. *Seiffert G.:* Egyszerű eljárás sterilizáló készülékek állandó ellenőrzésére. *Weisgerber F.:* Miért oly fontos a combamputáltak korai csonkgymnastikája? *Latten W.:* Közömbös-e egészséges lép kiirtása az emberre? *Lichtenauer K.:* Végtagtörések conservativ és operativ kezelésének elhatárolása az orvosi szavatosság szempontjából. *Moschinski G.:* Gyomorcolonsipolyokkal kapcsolatos kiesési tünetek magyarázata és ezek kiegyenlítődésének lehetősége az évek folyamán. *Pelmer F.:* Meckel-gurdélyban lévő peptikus fekély vérzése és átfúródása. *Altenburger E.:* Klinikai adat a C-vitaminszükséglet és C-avitaminosis kérdéséhez. *Bablik Ch.:* A húgyutak gyulladásos fertőzésének kezelése Septurital, egy új Sulfonamid-készítménnyel. *Kloos G.:* A kiváló tehetség öröklési biologiája.

Wiener Klinische Wochenschrift. 17. sz. A gyomor zuzódásos sérülése tüdőlövés után. *Caningiani Th.:* A felső végtag ritka csontdeformitásai röntgenképben. *Ellinger E.:* Ritka rekeszsérvek. *Frank A.:* A közeli röntgenbesugárzás néhány kevéssé ismert javallatáról. *Leb A.:* Mészfelszívódás röntgenkimutatása epekövekben. *Pape R.:* Röntgenologiai megjegyzések a hörgtágulatok kórismézéhez és fejlődési mechanismusához. *Ruckensteiner E.:* A veseechinococcus röntgentünetei. *Zdansky E.* és *Brücke F. Th.:* A nitroglycerin görcsoldó hatása idiopathikus nyelőcsőtágulatban és a nitroglycerin hatásának kísérleti vizsgálata a házinyúl mesterséges cardiospasmusa esetén.

The Journal of the American Medical Association. Március 22. *N. C. Wetzel:* A fizikai fejlődés meghatározása új módszerrel. *F. E. Bortou:* Egyszerűsített citrát-dextrose vérconserválószer. *E. L. Seoringhaus:* A menopausa kezelése. *E. F. Gordon:* Malaria véletlen átvitele másik egyénre raktározott vér átömlesztése útján. *G. F. Dick, L. W. Hunt* és *J. L. Ferry:* A m. supraspinatus inának elmeszesedése; újfajta kezelés. *J. G. Fowler:* A szemgolyó spontan luxatiója. *W. B. Daniels, B. W. Leonard* és *S. Holtzman:* Transfusiót követő veseelégtelenség: 13 eset.

VEGYES HIREK

Személyi hír. *Schaffler József dr.* egyet. rk. tanár a II. sz. belgyógyászati klinika adjunctusát a székesfővárosi közkórházakhoz főorvossá kinevezték.

Kórházügyi nagygyűlés és tanulmányút. Magyarország Klinikáinak és Kórházainak Szövetsége a pünkösdi ünnepek alkalmával, május 30-a és június 2-a között rendezi meg ezidei, tízéves fennállásának jubileumi ünnepével kapcsolatos kórházügyi nagygyűlését Pécsett. A társasgépkocsikon megteendő oda- és visszautazás keretében egyidejűleg tanulmányozzák a résztvevők az útbaeső nagyobb kórházintézmények, mint Kalocsa, Baja, Mohács, Kaposvár, Szigetvár, Siklós, Szekszárd és Székesfehérvár kórházainak üzemeit. A pécsi tartózkodás ideje alatt kórháztudományi kérdésekről előadóüléseket tartanak és a pécsi egyetemi klinikákat, valamint az ottani egyéb egészségügyi intézményeket látogatják meg. A rendkívül érdekes és tanulságos útra vonatkozó minden felvilágosítás és jelentkezés a Szövetség titkárságához (VIII., Üllői-út 66/c, telefon: 143—577) intézendő.

Befejeződött a rheumagyógyítás tárgyköréből rendezett orvosi továbbképző tanfolyam. A Gyógyhelyi Bizottság Rheuma- és Fürdőkutató Intézete az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottságával karöltve másodízben rendezte meg rheumatologiai továbbképző tanfolyamát. A tanfolyam a nehéz viszonyok ellenére a tavalyinál nagyobb sikerrel zárult, ugyanis a tanfolyam létszáma — amely az ország legkülönbözőbb részeiből gyűlt össze — közel száz volt. A résztvevők között az erdélyi orvosok is nagy számmal képviseltették magukat. Karafiáth Jenő dr. m. kir. titkos tanácsos, főpolgármester, mint a Gyógyhelyi Bizottság elnöke, a Gellért-szálló márványtermében banketten látta vendégül a tanfolyam előadóit és résztvevőit, amelyen *József Ferenc* dr. kir. herceg és *Anna* főhercegasszony, valamint *Johan Béla* államtitkár is megjelent. A tanfolyam végeztével a hallgatók részére bilkei *Pap Lajos* egy. m. tanár szemináriumot tartott, amelyen a tanfolyam anyagából feltett kérdésekre felvilágosítással szolgált. A záróelőadást *Gaál András dr.* egy. m. tanár, a Gyógyhelyi Bizottság igazgatója tartotta, amelyben rámutatott a rheumaellenes küzdelem fontosságára és annak megszervezésére vonatkozólag értékes útbaigazítással látta el a hallgatóságot. A tanfolyam rendezősége elhatározta, hogy az ügy fontosságára és a megnyilatkozott nagy érdeklődés miatt a jövő esztendőben is megrendezi tanfolyamát, különös tekintettel a rheumás betegségek diagnosztikájára.

Német tudományos társaság érkezése. Május 2-án a német egyetemek 40 tagú küldöttsége, a legkiválóbb professzorok érkeztek Magyarországra 3 heti tanulmányútra *Hoppe,* a berlini egyetem rektora, *Schultze* professzor, a Reichsdozentführer és *Baatz* professzor, a német egyetemi tanárok külföldi hivatala igazgatója vezetésével, *Tasnádi Nagy András,* a Magyar-Német Társaság elnöke és *Darányi Gyula,* az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága elnöke meghívására. Ellátásukról a külügyminisztérium, kultuszminisztérium és az Idegenforgalmi Munkaközösség gondoskodik. Kilencnapos budapesti tartózkodáson kívül Debrecenbe, Kolozsvárra, Esztergomba, Székesfehérvárra, Pécsre és a Balaton mellé is tesznek kb. 10 napos körutat, ahol az említett városok vendégei lesznek. Az illusztris társaság számára *Hóman Bálint* kultuszminiszter, *Orsós Ferenc* egyetemi ny. r. tanár, orvoskari dékán, *Gerevich Tibor* egyetemi ny. r. tanár, bölcsészetkari dékán, *Tompa Ferenc* és *Fettich* Nándor egyetemi tanárok tartanak előadásokat. Ezeknek az előadásoknak igen nagy a jelentőségük, mert ezek a fiatal egyetemi tanárok Németország mostani vezető rétegéhez tartoznak, akikre még ezentúl is nagy jövő vár. A német professzorok utazásának viszonzásaképpen szeptemberben ugyanennyi magyar professzor fog látogatást tenni Németországban és lesz a német állam vendége.

Hatta O. prof., tokiói egyetemi tanár, a japán gyógyfürdők központi vezetőségének tagja, néhánynapi tartózkodásra Budapestre érkezett. A japán egyetemi tanár a Karafiáth Jenő m. kir. titkos tanácsos, főpolgármester elnöklete alatt álló Gyógyhelyi Bizottság meghívására a budapesti gyógy- és üdülőhelyeket alaposan fogja tanulmányozni.

A Magyar Orvosok Rheuma Egyesülete az Orvosi Nagyhét keretében május 30-án tartja tudományos nagygyűlését. Előadók: Benderek István, Berencsy György, Richter Endre, Bakács György, Meák Géza, de Chatel Andor, bilkei Pap Lajos, Horváth Boldizsár, Katona Viktória, Külley László, Engländer Árpád, Schön György.

A Magyar Orvosok Rheuma Egyesülete 1941. évi május hó 23-án, határozatképtelenség esetén *május hó 30-án* ½2 órakor a Rheuma- és Fürdőkutató Intézetben (Egyetemi Kórtani Intézet, IX., Hőgyes Endre-u. 7.) tisztújító közgyűlést tart.

Orvosdoktorrá avattattak a pécsi Tudományegyetemen április 30-án: Ocsovay János Ernő, Szliczky József Géza, Duchon Jenő Sándor és Mórocz Jenő. Üdvözöljük az új Kartársakat!

A kiskúnfélegyházi Tomasovszky-magánkórház állandó alkalmazásra **műtősebészorvost** keres a magángyógyintézet vezetésére, avagy **a magánkórház bérbe is vehető** egész felszerelésével. Az alkalmazás kezdete: 1941 május 16 vagy június 1. Megkeresések válaszbélyeg csatolásával teljescímű levélben ugyanott.

Lapunk mai számához a Magyar Pharma Gyógyszeráru Rt. Devegan és Salyrganról szóló ismertetését mellékeljük.

A Naunyn-kúra formájában végrehajtott ivókúra gyulladásos elváltozásokat gyógyító hyperaemiát 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 ivókúrát rendszerint négyszeresére higított Mira glaubersós gyógyvízzel szoktuk végezni. (Rosenthal, Orvosképzés, 1927. évf.)

HETIREND

Kedden, 13-án, ½7 ó.: a Bp. Kir. Orvosegyesület orr-, gége-, fülészeti szakosztályának ülése. *Láng A.* (m. v.) indítványa a gégerák gyógyításának módjait és javallatait megvitató bizottság kiküldése tárgyában. Hozzászólások Fleischmann L.-nak a labyrinthitisekről tartott előadásához. Bemutatások: a) *Kallay F.:* Orbitalis phlegmone érdekes esete. b) *Zoltán I.:* Orrgarati chordoma. c) *vitéz Tátrallyay Wein Z.:* Szájpadi rethotel sarkoma esete. d) *Némai J.:* Ujabb vizsgálatok emberi hangfelvételeken.

Kedden, 13-án, ½8 ó.: a Magy. Kath. Orvosok Szt. Lukács Egyesületének ülése. *Lerch J.:* A megelőző embervédelem jelentősége a tízparancsolat világrendjében.

Szerdán, 14-én, 6 ó.: a Közkórházi Orvostársulat ülése. *Bemutatás: Kováts F.:* Ujabb eszközök a tüdőgyógyászatban. *Előadások: Nánásy L.:* Régen megszakadt méhenkívüli terhesség gyógykezelése. *Csiky-Strauss A.:* Steril szénporkezelés hatása a fertőzött sebekre.

Pénteken, 16-án, 6 ó.: a Bp. Kir. Orvosegyesület ülése. *Bemutatások: Sajgó Gy.:* Álizület gyógyítása velőüregbe ültetett csonthártyával. *Bosányi A.:* Három ritka eset. a) Kék vörheny. b) Morbilli utáni enkephalomyelitis gyógyult esete. c) Morbilli enkephalitis utáni Parkinsonismus. *Előadások: Schmidt A.:* Szaporodtak-e az ureterkövek és megelőzhető-e keletkezésük. *Kopits I.:* Adatok a lúdtalp és az alsóvégtaggörbülések öröklésének ikervizsgálatok alapján.

2195/1941. szám.

A sárospataki járás főszolgabírájától.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Zemplén vármegye sárospataki járásához tartozó erdőhorváti közegészségügyi körben megüresedett körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma az állami rendszerű X. fizetési osztály 3. fokozata szerinti fizetés, lakáspénz és a rendelőszoba fütési és világítási költsége fejében havi 12 pengő különjárulék, további útiátalány. Az útiátalány ellenében (évi 1500 pengő) a közegészségügyi körbe tartozó valamennyi községet hetenként kétszer meg kell látogatni, valamint a járvány vagy más rendkívüli szükség következtében felmerülő kiszállásokat is el kell látni.

Az állást elnyerni óhajtók a m. kir. belügyminiszter úrhoz címzett, szabályszerűen felülbélyegzett kérvényeiket ezen pályázati hirdetménynek a Népegészségügy című hivatalos lapban történt közzétételétől számított 15 napon belül hozzám — közhivatalban lévők hivatali főnökük útján — nyujtsák be.

A pályázati kérvényhez a Népegészségügy »Számmagyarázat«-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 törzskönyvi lappal (minősítési táblázattal) igazolhatják.

Sárospatak, 1941. évi május hó 2-án.

vitéz Füzesséry Sándor
főszolgabíró.

SOLTHIO
AKTIV KÉNOLDAT
a percutan kén-kezelés hatásos eszköze. Főraktár:
Dr. BAYER ANTAL gyógyszertára
Budapest, VI., Andrássy-út 84. sz.

1038/1941.

Budapest Székesfőváros Polgármestere.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Az 1934. évi XII. tc. 13. §-ában biztosított jogomnál fogva nyilvános pályázatot hirdetek *egy, a VII. fizetési osztályba sorozott II. osztályú tisztiorvosi* állásra.

A pályázat határideje *1941. május 22. napjának déli 12 órája.*

A pályázati kérvényeket eddig az időpontig a főpolgármesteri hivatalba (IV. ker., Váci-utca 62—64. szám, I. emelet) a hivatalos órák alatt kell benyujtani.

A jelen pályázat határidejének tartama alatt katonai szolgálatot teljesítő azokat a székesfővárosi alkalmazottakat, akik ugyanezen a szakon közvetlenül alacsonyabb állást töltenek be, feltéve, hogy az előírt képesítéssel rendelkeznek — hivatalból pályázottaknak fogom tekinteni.

A pályázati kérvényhez a Népegészségügy »Számmagyarázat«-ában 1—12. szám alatt megjelölt okmányok csatolandók.

Akik a székesfőváros szolgálatában állanak és rendszeresített állást töltenek be, azoknak pályázati kérvényükhöz okmányokat csatolniok nem kell.

Mindazok a pályázók, akik az állás elnyerése céljából közbenjárásokat és magánajánlásokat vesznek igénybe, a hasonló megítélés alá eső pályázatok érdemleges elbírálásánál utolsó sorba kerülnek.

Budapest, 1941 május 5.

Karafiáth Jenő s. k.,
m. kir. titkos tanácsos,
főpolgármester

Frontátvonulások és kísérő jelenségeik 1941. márc. 30—ápr. 5-e között. Időjárási adatoknak a közzététele felsőbb érdekből egyelőre csak egyhónapi késedelemmel van megengedve. Ez az oka annak, hogy az orvosi megfigyelések szempontjából szerepet játszó frontátvonulási adatokat néhány héten át nem közölhettük. A most már közzétehetővé vált időszak frontokban meglehetősen gazdag volt és így még ilyen utólagos publicitás esetén is fontos orvosi következtetések levonására adhat alkalmat.

Átvonulás ideje Budapesten			A front		Kísérő eseményei*
hó	nap	óra	fajtája	fejlettsége	
Március	30	0	Betörési	Gyenge	Éjszakai szélrohamok.
	30	3	»	»	Éjszakai szélrohamok.
	30	17	Felsikl.	Mérsékelt	Kis praefrontalis eső 16 órától.
	30	18	Betörési	Gyenge	Kis záporeső.
	31	4	»	»	Szélrohamok.
	31	8	»	»	Szélélénkülés, max. sebesség 13 m/mp.
	31	15	»	»	Cumulus congestus felhők.
	31	20	»	Mérsékelt	Kis záporeső.
Április	1	5	Felsikl.	Erős	Nagy microbarographic. nyugtalanság, eső.
	1	6	Betörési	Mérsékelt	Légnyomásugrás.
	1	7	»	»	Cumulonimbus felhők, hirtelen szélroh.
	1	9	»	»	Szélrohamok.
	1	12	»	»	Szélugrás D-ről Ny-ra.
	1	14	»	»	Zápor, lehülés, szélroh. 15 m/mp.
	1	21	»	»	Kis záporeső.
	1	22	»	»	Darazápor 0.5 mm.
	2	8	»	Gyenge	Szélélénkülés.
	2	12	»	Mérsékelt	Szélrohamok 17 m/mp.
	2	22	»	«	Záporeső 2 mm.
	3	7	»	Gyenge	Szélrohamok.
	3	13	»	»	Szélrohamok és Cumulus congestus felhők.
	3	16	»	»	Szélrohamok és Cumulus congestus felhők.
	4	7	Felsikl.	Mérsékelt	Kevés praefrontalis eső 3 órától.
	4	9	»	Gyenge	Esőszemergés.
	4	13	Betörési	Mérsékelt	Heves záporeső 2 mm.

* A táblázat utolsó oszlopában szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a M. kir. Orsz. Meteorológiai Intézet öníró műszereinek adatai. Részletes magyarázatot l. 1941. évi 1. szám, 15. old.

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTÁN.
A szerkesztő fogadóóráját kedden és pénteken 12—1 óra között tartja.

85. évfolyam. 20. szám. Budapest, 1941. május 17.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26., IV. em.
Telefon: 345-113.
Ingyenes lifthasználat.
(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.* Handels u: Kredit-B. 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 dínár, 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 dínár, 400 lei, 2 dollár.

SULFAPYRIDIN

„RICHTER" p-aminobenzol-sulfo-alfa-pyridinamid

Az összes coccusfertőzések chemotherapeuticuma

Tabletta *Kúp*

új! SULFAPYRIDIN INJECTIO

CORDIOL

Pyridin-β-carbonsavdiaethylamid 25%-os vizes oldata.

Collapsus, vérkeringési és légzési zavarok, szívgyengeség, chronikus szívbántalmak *Solutio* *Injectio*

SYNTESTRIN

Synthetikus oestrogen-hatású készítmény

A petefészek csökkent vagy hiányzó működéséből eredő genitalis és extragenitalis megbetegedések esetén

1 ampulla, 1 tabletta, 1 kúp, 1 g kenőcs 0.1 g 4,4'-dioxy-alfa-beta-diaethylstilben dipropionatot tartalmaz

RG

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁR R.T., BUDAPEST X.

85. évfolyam. 20 szám. Budapest, 1941. május 17.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC, V. BERDE KÁROLY, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR, BALÓ JÓZSEF,
VÁMOSSY ZOLTÁN, MÉHES GYULA, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE, VIDAKOVITS KAMILLÓ.
FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN. SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ.

TARTALOM:

Ottó József: Szülés agyembolia után. (269—270. oldal.)
Komáromy Pély Mihály és **Went Ferenc:** Csúzos betegségek kezelése maretinnel. (271—272. oldal.)
Irodalmi szemle. (272—273. oldal.)
Melléklet. Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (37—40. oldal.)
Könyvismertetés. (274. oldal.)
Egyesületi jegyzőkönyv. (274—275. oldal.)
Dreguss Miklós: Megjegyzés Galambos J. dr. »Influenzás endocarditis és meningtis« cikkére. (275. oldal.)
Grósz Emil: A közegészségügyi szolgálat ellátása a véderőtörvény alapján. (276. oldal.)
Lapszemle. (276. oldal.)
Vegyes hírek. (276—277. oldal.)
Hetirend. (277. oldal.)

A Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. Női klinikájának közleménye. (Igazgató: Frigyesi József ny. r. tanár.)

Szülés agyembolia után.

Írta: *Ottó József dr.* klinikai tanársegéd.

A terhesség, szülés, illetve gyermekágyban bekövetkező agyvérzés, agyedény-thrombosis és embolia ritkán észlelt szövődmények. Megkülönböztetésük nehéz, nem egyszer biztosan el sem dönthető, csak a halál után.

Agyvérzést az általánosan ismert kiváltó tényezők (idült vesegyuladás, érelmeszesedés, lues, stb.) az arra hajlamos, leginkább idősebb egyénekben, főleg a terhesség második felében vagy a szülés folyamán idézhetnek elő. Szerepet játszhatnak létrejöttében a vérerek falának elváltozásai és főleg a terhesség második felében mutatkozó egyéb jelenségek, pl. nagy ingadozásokat mutató vérnyomás, stb. *Hösslin* észlelése szerint egyes családokban a terhesség, illetve szülés alatti agyvérzés öröklődhetik, illetve ugyanazon egyén másik, későbbi terhessége kapcsán újra előfordulhat.

Agyvérzést terhesség alatt leggyakrabban nephropathia és eklampsia súlyosabb alakjaival látunk. Ebben kétségkívül szerepet játszik az ezekkel a jelenségekkel kapcsolatos vérnyomásnövekedés és érfalelváltozás. A véredényfal ellenállóképessége eklampsiásokban csökken *(Wiesel)*. Mások *(Westphal* és *Rosenblatt)* verőérelhalásokat észleltek, melyeket érgörcsöt okozó külső behatások és bizonyos erjesztő folyamatokkal magyarázzák. A nephropathiával, illetve eklampsiával kapcsolatos agyvérzés ugyancsak a terhesség végén, a szülés alatt, illetve a gyermekágy első napjaiban fordul elő a leggyakrabban. Néha eklampsiás görcs előzi meg, máskor követi az attakot, sokszor azonban eklampsiára utaló tünetek nélkül jelentkezik.

Meg kell említeni, hogy az agy-, illetve agyburkok körülírt vizenyője (apoplexia serosa), illetve az agy bizonyos részeinek toxicus bántalma szintén okozhat hasonló — bénulásos — tüneteket.

A terhességgel kapcsolatos agyvérzés kórjóslata több körülménytől függ. Elsősorban a vérzés helyétől és nagyságától. Fontos hatással van rá a keletkezés időpontja, úgyszintén, hogy eklampsiával kapcsolatos agyvérzéssel állunk-e szemben. A szüléstől aránylag távoli időben, a terhesség elején, illetve a gyermekágyban támadó agyvérzés elég kedvező kórjóslatú. A bénulások az esetek egy részében aránylag gyorsan részben vagy egészben visszafejlődnek és legtöbbször nem támad újabb vérzés. Ezzel szemben a szülés alatt keletkező agyvérzés az ilyenkor tapasztalt vérnyomásingadozások, az erőlködéssel járó vivőerés pangás miatt igen kedvezőtlen kórjóslatú, legtöbbször halállal végződik. Eklampsiás terhes-, illetve szülőnőn bekövetkező agyvérzés esetén a helyzet hasonló, azzal a különbséggel, hogy ilyen esetben a kórjóslatot természetesen a rángógörcs és az ezzel kapcsolatos intoxicatio súlyos, illetve könnyű volta is befolyásolja.

Az apoplexia serosa kórjóslata jóval kedvezőbb, a rángógörcs súlyos- vagy könnyűvoltától függ és ezzel együtt javul.

Az agykéreg, illetve agyburkok edényeinek rögösödésével (thrombosisával) és ezáltal kiváltott féloldali bénulásokkal ritkábban találkozunk. Kóroktanában vérveszteség, általános gyengeség és fertőző gyermekágyi betegségek játszanak leginkább szerepet. Az agyedények thrombosisa, egyéb lokalisatiójú thrombosishoz hasonlóan, szinte minden esetben a gyermekágyban jelentkezik. A thrombosis okozta bénulás, mint az agyvérzés nyomán, majdnem mindig haemiplegia. Tünetei: lassan, fokozatosan, rendesen néhány nap alatt szoktak kialakulni. Kórjóslata komoly. A régebben lezajlott és gyógyult agyvelő-thrombosis *Seitz* szerint nem indokolja a fogamzás meggátlását, illetve a terhesség megszakítását. Utal *Stoeckel* esetére, ahol az agyvelő-thrombosisból gyógyult asszony 4 terhességen és szülésen ment át. Viszont *Ley, Jolly* és *Batemann* későbbi terhesség folyamán a thrombosis megismétlődését észlelték. Szülészeti gyógykezelés agyvelőrögösödéssel kapcsolatban csak azokban a ritka esetekben jön szóba, ahol a thrombosis a szü-

lés előtt támadt. Ilyenkor a szülés gyors és kíméletes befejezése indokolt.

Az agyedények emboliája *Novák* szerint az agythrombosisnál is ritkábban fordul elő. Keletkezése, majdnem mindig, új vagy régebbi keletű, a terhességgel kapcsolatban fellobbant endocarditis következménye. Csak kivételesen keletkezik leszakadt vérrög valamelyik rögösödött medence- vagy combvénában és jut a nyitva maradt foramen ovalen keresztül a balszívbe és a nagy vérkörbe. Kórbonctani megjelenése *Ahlfeld, Burrow, Poupon* és *Simpson* szerint egyezik a rendes agyembolia megjelenési formájával. Tünetei hirtelen, villámszerűen jelentkeznek. Rendesen beszéd-, látás- és öntudatzavarral, féloldali bénulással, egyes esetekben motorikus izgalmi jelenségekkel járnak. Ezek a jelenségek sokszor néhány nap, esetleg 2—3 hét mulva legalább részben javulnak, később teljesen visszafejlődhetnek. Ritka esetben *(Insignares)* ugyanabban vagy egy következő terhesség alatt újabb attak is támadhat.

Nemrégen egy ilyen ritka rendellenesség, a kezelő belgyógyász-szakorvos véleménye alapján mindenek szerint, agyembolia utáni szülést észleltünk a *Frigyesi* prof. vezetése alatt álló egyetemi I. sz. szülészeti klinikán.

G. B.-né, 29 éves asszonyt vettünk fel 1939 febr. 9-én 10 perces erőteljes fájásokkal. *Kórelőzmény:* Nyolc terhesség. Az első öt önként létrejött vetélés. Mind a férj, mind a feleség Wassermannja negativ. A vetélések miatt orvosa jód- és sárgatest készítményekkel kezelte, minek eredményeképp a következő terhesség koraszüléssel végződött (1980 gr-os leánymagzat), következő terhességét pedig már teljesen kihordta. Jelen terhességével kapcsolatban: az utolsó hószám ideje 1938. VI. 16. Első magzatmozgás: 1938. X. 23. A szülés várható időpontja: 1939. III. 23. A szülés tehát jelen esetben a várható terminus előtt kb. 6 héttel indult meg. A terhesség IV. hónapjában, 1938 okt. 12-én az asszony agyembolia következtében aphasiássá, agraphiássá vált, jobboldala megbénult. *Oppenheim, Babinsky* positiv volt. Beszédje a felvételkor is még alig érthető. Az embolia eredetét a belgyógyász szakorvos az 5 év óta észlelt bicuspidalis elégtelenségre vezette vissza. A bénulásos tünetek 2—3 hét alatt tetemesen javultak, a felvételkor csupán a jobb hüvelykujj motorikus gyengesége, továbbá az asszony beszédhibája árulta el a lezajlott súlyos betegséget. A szülőfájások kezdete: 1939. II. 9., 13 óra 30 perc. Vizsgálati lelet: jól fejlett és táplált szülőnő ép csont- és izomrendszer. Vizenyő nem látható. Érverése 70, vérnyomása 155/110 Hgmm, vizelete, medencéje rendes. Szíve felett bicuspidalis elégtelenség kopogtatási és hallgatózási jelei. A magzat első koponyatartásban, feje a bemenetre nyomva, a burok áll. Végbélen át végzett vizsgálat: szűken kétujjnyi méhszáj. A kórismére való tekintettel már a felvételkor 1 ccm domopont és ½ ccm troparint adtunk bőr alá. Az előkészítés után a szülőszobára való behozatalkor azonnal belső vizsgálatot végeztünk az esetleges gyógykezelés eldöntése végett. Lelet: tűnőfélben lévő méhszáj, feszülő burok, bemenetre nyomott, puha, kisebb koponya. Tekintettel arra, hogy a szülés idejéhez több mint egy hónap hiányzott, tehát kisebb magzatról volt szó, továbbá, hogy a vérnyomás szülőszobán 155 Hgmm, tehát alacsonyabb volt, mint a kezelőorvos által néhány nap előtt mért eredmény (160 Hgmm), érverése jó volt, fejfájás, szédülés nem jelentkezett, a tágulás gyorsan haladt, az asszony nem szenvedett erősebben, bizonyos volt, hogy a szülés igen rövid idő alatt lefolyik. Mivel sürgős beavatkozás szüksége nem forgott fenn, a szülés természetes úton való levezetése mellett döntöttünk. Ezért burkot repesztettünk és a fájások alatt felületes aether bódítást alkalmaztunk. A belső vizsgálat utáni második fájásra a fej már nagy segmentumban mutatkozott, mire az asszonyt elaltattuk és lassú, enyhe kinyomással hoztuk világra a magzatot. (16 h 20') 2800 gr súlyú, 50 cm hosszú, 32 cm fejkerületű, élő, érett fiúmagzat született. A placenta 20 perc mulva, 16 h 40'-kor Schultze mechanismus szerint távozott. A placenta ép burkai hiánytalanok voltak. Lágyrész-sérülés nem volt. A nyomás-ingadozás elkerülése végett, szívbajos asszonyról lévén szó, nyomókötést tettünk a hasra.

Belgyógyászati lelet a szülés után: »a szív basisán az I. hangot halk muzsikalis systoles zörej követi, a II. hang hangos. A bal basis felett száraz szörcsölés. Bulbaris beszéd. Felületes vizsgálatkor a fejidegek (a bulbaris beszéd-typus kivételével) szabadnak látszanak. Inreflexek nem vizsgálhatók. A pupillák fényre és accomodatióra jól reagálnak«.

A gyermekágyban, úgyszintén nőgyógyászati műtétek után — thrombosis, ill. embolia megelőzése céljából — nagy mennyiségű folyadék nyujtásán kívül már régen, rendszeresen korán — az első naptól kezdve — mozgattatjuk az asszonyt, ill. betegeket. Ezt ajánlották *Krönig, Küstner és Aschoff* is. Jelen esetben már az első nap mozogtattuk, a negyedik nap ültettük, az ötödik nap felkelettük és ugyancsak megelőzés céljából veritolt adtunk. A gyermekágy lefolyása síma volt. Hőemelkedés, érverés-szaporulat nem fordult elő. A 8-ik napon végzett Wassermann-próba újra negatív. Anya és gyermeke a gyermekágy 9-ik napján elhagyták a klinikát.

A most ismertetett eset is megerősíti azt a tapasztalást, hogy a szüléstől aránylag távoli időben fellépett agyembolia megismétlődni legtöbbször nem szokott, a későbbi szülést és gyermekágyat az esetek nagy részében nem befolyásolja. Természetes azonban, hogy ilyen szülőnő esetében a szívbajos szülőnőkhöz hasonlóan — a kitolást a nagy nyomás-ingadozások, az asszony erőlködése miatt megrövidíteni igyekszünk. Ha tehát a kitolás nem halad aránylag gyorsan és könnyen és valamely könnyű szülést befejező műtét feltételei adva vannak, — a szülést befejezzük. Előzetes nagyobb beavatkozás végzése, életképes magzat esetén, annak érdekében, csak igen ritka esetben, pl. haldokló asszonynál kerül szóba.

Esetünkben a terhességet megszakítani nem kellett, mintahogy az irodalomban közölt legtöbb hasonló esetben sem volt arra szükség, A szülőintézetbe való felvétel lehetőleg a várható terminus előtt 8—10 nappal történjék. A szülés alatt, az asszony kielégítő állapota esetén, a cél a szülésnek mielőbbi, természetes úton való kíméletes befejezése. Megismétlődő, úgyszintén a szülés alatti agyembolia, illetve az asszony súlyos állapotában az adott körülményeknek megfelelően, élő életképes magzat esetén, — nagyobb beavatkozás (sectio caesarea) is szóba kerülhet.

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

Soós Aladár: Étrendi előírások 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. Utánvéttellel történő rendeléskor a portóköltséget is felszámítjuk.

A Tisza István Tudományegyetem belgyógyászati klinikájának közleménye. (Igazgató Fornet Béla ny. r. tanár.)

Csúzos betegségek kezelése maretinnel.

(Tapasztalataink egy elfelejtett gyógyszerrel).

Irta: *Komáromy Pély Mihály dr.* és *Went Ferenc dr.* egyetemi tanársegédek.

A csúzos betegségek eredetének s kórbonctani elváltozásainak kérdései megoldatlanok. A fajlagos kórokozók szerepe éppen úgy nincs bebizonyítva, mint az a felfogás, amely az allergiás reactio alapján némely rheumás kórképet a sui generis allergiás betegségek fejezetébe sorakoztat. A meghűlésnek, az anyagcsere- és belsősecretiós zavaroknak, a rheumatogen táplálékallergen elméleteknek, stb. tulajdoníthatunk ugyan bizonyos esetekben kórokozó szerepet, de kétségtelen aetiologiai jelentőséggel nem bírnak. A mindezideig kiderítetlen kóroktan miatt a csúzos betegségek specifikus kezeléséről is alig lehet szó. Többé-kevésbbé fajlagosnak látszó hatású csúzellenes szerekre vagyunk utalva, amelyekkel szemben általában három követelményt szoktunk támasztani: gyulladás- és lázcsökkentés, fájdalomcsillapítás. A salicylsav és származékai ezt a feladatot többnyire igen jól elvégzik; de kétségtelen, hogy teljes gyógyhatás heveny sokizületi gyulladás eseteiben sokkal gyakoribb, mint egyéb csúzos betegségben s emellett a salicylszedés kapcsán esetleg mutatkozó kellemetlen melléktünetük az erélyesebb adagolást is akadályozhatják. Éppen eme kedvezőtlen lehetőségek miatt váltak szükségessé a salicylhoz hasonló hatású, illetve bizonyos esetekben a salicyl felett álló pótszerek, amelyeknek ma már hosszú sora ismeretes. Ezek közé tartozik egy, bizonyos okok miatt mellőzött és csaknem teljesen feledésbe merült vegyület, a metatolylhydrazin semicarbacidja, amely általában annyira megbízható hatású, hogy a felőle éveken keresztül szerzett tapasztalataink közlése érdemesnek látszik.

Az aromás semicarbacidek antipyretikus hatását Lumiere és Chevrotier fedezte fel s ennek alapján hozta fenti, legkevésbbé mérgező kötését, a század elején, Maretin néven a leverkuseni Bayer-gyár forgalomba. Izetlen és szagtalan, vízben csaknem oldhatatlan kristályos fehér por; lassú kiválasztása miatt könnyen cumulálódik. Hatásának vizsgálatával főleg *Dreser* és *Brinda* foglalkozott; szerintük félgrammnyi mennyiségének túlnyomó részét a vese 30 órán belül kiválasztja és a veszedelmes cumulatio ilyen adagolás után nem áll elő. Állatkísérletek szerint a légzésre, vérkeringésre, tápláltságra hatással nincsen. A többnyire hosszabb ideig tartó szedése után észlelhető subicterikus arcszínt a maretinből képződő festékanyag, az azocarbonamid okozná, amely a vizeletben is megjelenik s állás után vizes maretinoldatban is képződik. Az új szer gyógyító alkalmazása folyamán gyüjtött észlelések *(Körnig, Benfey, Port, Pákozdy)*, valamint a további kísérletek *(Heubner, Pitini)* azonban a maretin valódi haemotoxikus hatásáról számolnak be, ami, tekintve e szernek a vérméreg tolylhydrazinnal való rokonságát, eléggé kézenfekvő is. Éppen ez a többször észlelt haemolytikus hatás volt az oka annak, hogy a kezdetben a hazai orvosi irodalom által is igen kedvezően fogadott új szer csaknem egészen kiszorult a therapiából, bár később más szerzők *(Plaut* és *Edens)* úgy találták, hogy a cumulatio veszélyére ügyelve sem haemolysáló, sem egyéb káros mellékhatása, mint profus izzadás, kólika, hasmenés, fejfájás, nem jutnak érvényre.

A maretin gyógyszertani értékét kiváló fájdalomcsillapító, láz- és gyulladáscsökkentő hatásának köszöni, egyesítve tehát magában a jó antirheumaticumokat jellemző tulajdonságokat. Igen jó és gyors, szinte specifikusnak mondható hatása lehet polyarthiritis rheumaticának nemcsak heveny, hanem a szokásos salicylkészítményekkel szemben refractaer subacut, továbbá kiújuló eseteiben is; ez utóbbiaknál némely szerző egyenesen nélkülözhetetlennek tartotta. A polyarthritis rheumaticán kívül haszonnal adták a maretint neuralgiák, fejfájások ellen is, ahol analgetikus hatása szintén jól érvényesült, míg antipyretikus célú alkalmazásra hosszantartó lázas betegségekben (gümőkór, typhus), cumulálóképessége miatt nem bizonyult megfelelőnek.

A cumulatio lehetősége és veszélye a helyes adagolás szigorú betartását teszi szükségessé. Az előállító gyár utasítása szerint a maretinadagolás 5—6 napnál tovább nem tarthat s a felső adag a napi 0.5 g-ot, vagyis azt a mennyiséget, amelyet a felnőtt szervezet egy nap folyamán kiválaszt, csak kivételesen haladhatja meg. Ez a mennyiség leghelyesebben kicsiny, 0.10 g-os adagokban volna nyujtandó. 5—6 nap elteltével legalább 2—3 napos szünetet kell beiktatni, ami után a kezelés hasonló módon tovább folytatható. Gyermekeknek, öregeknek, májbajosaknak maretint adni tilos.

Klinikánkon a maretin évek óta a leggyakrabban alkalmazott gyógyszerek közé tartozik s így annak hatásáról elegendő alkalmunk volt meggyőződni. Alábbiakban 112 maretinnel, illetve azzal is kezelt klinikai betegünk fontosabb kórtörténeti adatait ismertetjük, megjegyezve azt, hogy egyrészt az eredeti előírástól eltérően a szert csak három napon át, de nagyobb — 3×0.25 grammos — adagban adagoltuk, másrészt a javallat területét is kibővítettük, amennyiben azt arthrosisok, pleuritis, pneumonia, perikarditis, endokarditis, tonsillitis, sepsis, ischias némely eseteiben is alkalmaztuk.

A betegség	Az esetek száma	A lobtünetek			A láz			A fájdalom			A kúra után a tünetek		
		teljesen szüntek	részben szüntek	nem szüntek	megszünt	csökkent	nem változott	megszünt	csökkent	nem változott	nem ujultak ki	enyhébb fokban kiujultak	előbbi intenzitással kiujultak
A polyarthritis rheumatica acuta és subacuta	31	17	13	2	20	11	1	17	13	2	16	13	3
Polyarthritis chr.	30	6	23	1	6	13	1	11	18	2	9	26	2
Arthritis go. ...	10		8	2	2	8		3	5	2	3	5	2
Ischias, trigeminus neuralgia, lumbago...	9							2	7		5	9	
Septicus lázas állapotok	11				2	9					5	3	8
Tonsillitis acuta	6				5	1						1	
Pneumonia, pleuritis, pericarditis	15				9	6		7	8			10	

A maretinkezelés idejének rövid tartama miatt természetesen az egyéb antirheumatikus, illetve lázcsökkentő szereket sem nélkülözhettük. Általában úgy jártunk el, hogy *heveny* és kezdettől fogva általunk kezelt *polyarthritisek* gyógyítását három napos maretinadással vezettük be s a tüneteknek

többnyire gyorsan beálló csökkenése vagy megszűnése után a kezelést szükség szerint közepes nagyságú salicyladagolással folytattuk. Tapasztalataink a tabella szerint igen kedvezőek: vagy végleges gyógyulás állott be, vagy a kúra után enyébb fokban tovább fennálló tünetek salicylra csaknem mindig rövid idő alatt meggyógyultak, hamarabb, mint azt pusztán salicylszedés után látni szoktuk. *Subacut és chronikus polyarthritisek* esetén, amelyeket legtöbbször már egyéb szerekkel kezeltek, 10—14 napos intervallumokkal többszöri maretinozásra volt az esetek túlnyomó részében szükség, hogy a tünetek teljesen megszűnjenek, vagy tetemesen enyhüljenek. A maretinkúrák közti időben a betegek egyéb antirheumaticumokat kaptak ugyan, de a martinnapok alatti javulás, főleg az egyéb szokásos készítményekkel szemben refractaer esetekben, így is feltűnő volt. A végleg gyógyult esetek aránya természetesen itt már sokkal kedvezőtlenebb, ugyanúgy, mint a kankós arthritisekben is. Neuralgiákban a fájdalom, septikus betegségekben a láz az első adag bevétele után ½—¾ óra mulva kezd csökkeni s az adagolás tartama alatt jóval enyhébb marad, vagy el is tűnik. A lázgörbén, még akkor is, ha a beteg más antipyreticumot is szedett, a maretinhatás erős, nyeregszerű depressio alakjában tünik szembe. Ez az enyhébb szak a magas láztól elgyötört beteg közérzetét, táplálkozását nagyon megjavíthatja. Heveny tonsillitisekben a hatás a nagy adagú salicyléhez hasonló.

Alábbiakban néhány maretinre szembeszökő módon reagáló esetünk kórtörténetkivonatát közöljük.

1242/38—39. szám. 32 éves nő. 10 évre visszamenő és minden évben főleg tavasszal kiújuló polyarthritis, amelyeket fürdőkúrákkal, salicylatokkal, Solganállal kezeltek. Bejövetelekor mindkét térd- és csuklóizülete duzzadt, felette a bőr sorvadt, activ és passiv mozgás fájdalmas; subfebrilitás. A szokásos salicylatokat, valamint diathermiát, majd röntgenbesugárzásokat alkalmazunk, amire fájdalmai csak kevéssé csökkennek. Ezután maretint adunk és tíz 0.30 g-os por beszedése után a fájdalom, subfebrilitás teljesen elmúlott, a duzzanat lecsökkent. A klinikát ebben a javult állapotban hagyja el.

1494/37—38. szám. 31 éves férfi, négy hónappal ezelőtt heveny sokizületi gyulladás, amely salicylatokra 2—3 hét leforgása alatt elég jól gyógyult. Felvétele előtt pár nappal nagyizületei ismét megduzzadtak, fájdalmasak lettek, testhője subfebrilis. Kezelését maretinnel kezdjük; már az első háromnapos adagolás után az izületi duzzadások csaknem teljesen eltűntek, a fájdalom mérsékelt, a láz eltűnt. Ezután egy héten át salicylt szedetünk, majd ismét maretinkúra; teljesen panasz- és tünetmentes lett s gyógyult állapotban tesszük át tonsillektomia végett a gégeklinikára.

488/39—40. szám. 59 éves férfi. Kryptogen (Brodietályog a femurfejecsben?) sepsis, állandó intermittáló lázzal. Paraaminobenzolsulfamid-készítmények, chinin, salicyl a lázat alig, a fájdalmat is csak kevéssé befolyásolják. A betegség két és félhónapos, végül is halálosan végződő lefolyásában mind a lázat, mind a subjectiv tüneteket illető remissio csupán a közbeiktatott első négy maretinkúrára következik be; később a maretin is hatástalanná vált.

A maretint tehát a többi antirheumaticumokkal teljesen egyenrangú, sőt gyakran azoknál hatásosabb szernek kell tartanunk. Különösen polyarthritis rheumatica ellen hasznos. Haemolytikus hatását egyszer sem; melléktünetként étvágytalanságot, hányingert, hányást csak két, nagyon legyengült betegünkön tapasztaltunk. Sajnálatos, hogy néhány hónap óta, a behozatali nehézségek miatt, ez értékes gyógyszert nélkülöznünk kell.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

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

Tapasztalatok az 1939. évi lengyelországi dysenteria járványról. *K. Steuer.* Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1940, 138, 1.) A szerző 1200 dysenteriás esetet észlelt. Tapasztalatait a következőképpen foglalja össze: Legfontosabb tényező, hogy a betegek minél hamarabb alkalmas gondozásban és ápolásban részesüljenek. Kellő ápolás mellett a könnyű és középsúlyos esetek hamar megjavulnak. Súlyos eseteknél a legfontosabb teendő a keringés biztosítása és a nagy vízveszteség pótlása. Az exicosisnál a vértransfusio nem bizonyult alkalmasabbnak, mint a konyhasós infusiók. Az antitoxikus serum súlyos esetekben korán és kellő mennyiségben adagolva, beválik. A betegség kellő utánkezelésére nagy súly helyezendő. Nemcsak a hosszú hónapokig fennálló túlérzékenysége az emésztő tractusnak, hanem a keringési szervek labilitása is nagy kíméletet igényel. (B. 10.)

Riedl Olivér dr.

Vékonybélfekélyek anaemia perniciosa kapcsán. *E. Schairer.* (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1940, 187, 1.) Két esetben, ahol klinikailag teljes biztonsággal anaemia perniciosa volt megállapítható, a vékonybélben, főleg az ileumban, több fekélyt találtak. Egy esetben a fekély perforált és az általános peritonitis halálhoz vezetett. Az irodalomban közölt esetekből kitűnik, hogy ilyen fekélyek anaemia perniciosa kapcsán nem tartoznak a nagy ritkaságok közé. E fekélyekből gyakran bélstenosisok származnak. Ilyen stenosisok tehát nem okozói, hanem következményei az anaemia perniciosának. (B. 11.)

Riedl Olivér dr.

Az apoplexia kezeléséről. *R. Singer.* (Wien. klin. Wschr. 1941, 4. sz.) Kórbonctani vizsgálatok kimutatták, hogy a legtöbb apoplexiánál agyoedema is fellép. Ezért az apoplexia kezelésénél a fősúlyt a szervezet víztelenítésére és a keringés rendbentartására kell helyezni. Szerző e célból egy kombinált kúrát alkalmazott 28 betegnél, mely állott napi peroralis 0.2 g Digitalis adásából és 5—7 napos időközökben1, majd 2 ccm Salyrgan alkalmazásából i. v. Az agyoedema megszüntetése víztelenítéssel hamarosan a javulás és gyógyulás gyorsítását eredményezte. 61%-ban észrevehető, 18%-ban a Salyrgan-kezelés nélküli kezeléstől nem eltérő eredmény mutatkozott, míg 21%-ban a kezelés hatástalan volt. Solyrgan-kezeléssel néhány complicációt is sikerült eredményesen befolyásolni, mint tüdőgyulladást és hypostatikus bronchitist. (B. 14.

Riedl Olivér dr.

TÁBORI EGÉSZSÉGÜGY ÉS HADISEBÉSZET

Rovatvezető: *Lippay-Almássy Artúr.*

Külön kórházak a csontlövésesek számára. (Tapasztalatok a spanyol háborúból.) *Jimeno—Vidal.* (D. deutsche Militärazt. 1940. 12.) *Kirschner* szerint valamennyi súlyos hadisérülés 85—92%-a csontlövés. Ez beigazolódott a spanyol polgárháborúban is. Akárcsak békében, háborúban is törekednünk kell arra, hogy a nyilttöréses sebesülteket célszerű szervezéssel mielőbb talpraállítsuk; ezt a célt szolgálja a sebesült korai ellátása és tervszerű, egységes kezelése. Az 1936/39-i spanyol háborúban sikerült a sebesültek 90%-át 12 órán belül szaksebészileg ellátni. A tervszerű s egységes kezelés optimumát pedig azzal érték el, hogy átlagban 200 km-nyire az elosztóállomástól három, egyenként 600 ágyas csontlövési szakkórházat állítottak fel, ahova a sebesültek közvetlenül a segélyhely első szükségellátása és az elosztóállomás (nálunk egészségügyi oszlop vagy tábori kórház) sebészi ellátása után kerültek. Így nyugodt időben már 9 óra, harcban legkésőbb 2—3 nap alatt a sérültek a számukra végleges gyógyulást biztosító szakkórházban voltak. Itt elosztották őket tájanatomiai szempontok szerint, úgyhogy pl. a combosztályon időnként 130 combcsontlövéses is feküdt. Ezzel a szervezéssel elérték azt, hogy csontlövéseseiket tervszerű, egységes kezelésben és számos orvost kellő gyakorlati kiképzésben is részesíthettek. Ügyeltek arra is, hogy a szakkórházak ugyan jó utak mentén, de mégis távol a katonai központoktól létesüljenek. A

szállítás tartamát és módját pedig egyszerűsítették azzal, hogy a csontlövéses sebesültek hátraszállítását nem sematikusan, harcsávok vagy ellátási szakaszok szerint, hanem sugárirányban, azaz az elosztóállomástól közvetlenül a legközelebbi, üres ágyakkal rendelkező szakkórházakba irányították. Legjobb szállítási csontrögzítés a gipszkötés. (L. 8.)

Lippay-Almássy dr.

Hadisebészeti feladatok és problémák a harctéren. *Ernst.* (Münch. Med. Wochenschr. 1941. 8.) A mai háborúkban az elülső tábori intézetek csak igen rövid ideig működhetnek egy helyben s azt is igen kedvezőtlen külső feltételek mellett. Sokáig tartott, míg a német tábori sebészek, akik a világháború állásharcaihoz hozzászoktak, megszabadultak attól a felfogástól, hogy a tábori kórház ma kórházi kezelést nem tud többé nyujtani. De a békebeli balesceti sebészet terén nyert tapasztalataikat is hozzá kellett idomítaniok a tábori sebészet követelményeihez. Igy pl. sokkal többet kellett törődniök a segédszemélyzet oktatásával, ellenőrzésével, a műtéti előkészítéssel és az utókezeléssel. Ma sokszor csak a műtőasztalon lehet a súlyos sebesülteket megtisztítani, mert a műtét előtti átrakás, levetkőztetés ártalmas (törési végek elmozdítása, másodlagos infectio, shokos sérült halálos lehülése, stb.). Műtőköpeny helyett jobb a nagy gumikötény. A tábori sebész nem ápolhatja kezét úgy, mint a békebeli, ezért használja fel kevés gumikesztyűjét a nagy testüregek műtéteihez. Életmentő beavatkozást shokban is kell végrehajtania, mint pl. vérzéscsillapítást, nyilt légmell zárását, szétroncsolt végtag csonkítását, annyival inkább, mert az órák múlva a sebész kezébe kerülő sebesült többnyire már a collapsus felé hajlik. Műtéteinkből lehetőleg a legegyszerűbbet válasszuk ki, mert a kivérzett sebesült csak keveset bír el. Igy amputáljunk a roncsolás helyén, mert nem a későbbi csonk, hanem a sebesült életének a megmentése lebeg szemünk előtt. A hadieselekmények forgatagában módosul a haslövöttek műtéti ellátásának lehetősége is. Olyan rosszak a műtéti eredmények, hogy laparotomiát csak akkor végzünk, ha ezzel más sebesült ellátása nem szenved s ha némi utókezelés lehetősége is nyílik. S így vagyunk más nagy beavatkozásokkal is, mint pl. intrathoracalis műtéttel, transdiaphragmalis laparotomiával, laminektomiával, stb. (L. 10.)

Lippay-Almássy dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

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

Köldökzsinórelőesés. *Mengert* és *Longwell.* (Amer. J. Obstetr. 1940. 40. 79.) Anyagukban a 0.61%-ban előforduló szövődmény magzati halálozási aránysáma 46.6%, az anyai 0% volt. Az elsőszülők magzatainak halálozási aránysáma a többszörszülőnőkének majdnem kétszerese. Az ismert kóroktani tényezők mellett különösen a köldökzsinór hosszának jelentőségét hangsúlyozzák. Anyagukban a 75 cm-nél hosszabb köldökzsinór esetén az előesés hatszor volt gyakoribb, mint a többi esetekben. A szövődmény kezelésében az anya életét legkevésbbé kockázható hüvelyi megoldásokat ajánlják. (B. 8.)

Kriszt József dr.

FAGIFOR „CITO"
Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lacto-kreosot-syrup
Ideális enyhe expectorans
Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere
lag. orig. P 2·30, pénzt. csom. P —·96
CITO gyógyszervegyészeti gyár
Budapest, XIV., Lengyel-utca 33

A tüszőhormon fájáskeltő hatásának kérdéséhez. *Schrank.* (Zbl. Gynäk. 1940. 620.) A tüszőhormonnak általában a terhességre vagy a terhes méh izomzatára való hatásáról sok az ellentétes vélemény. A szerző terhes házinyulaknak adagolt a terhesség utolsó harmadában 200 i. e.-től 5000 i. e.-ig terjedő összmennyiségben kisebb részletekben intravenásan tüszőhormont. Egy állatnál sem történt koraszülés, de az esetek 25%-ában a rendes időben halott magzatok születtek, melyeknek nagysága és súlya a kiviselt magzatok átlagos értékének megfelelő volt. Közvetlenül a tüszőhormon adagolása után laparotomizált állatok méhén méhösszehúzódásokat nem észlelt. (O. 6.)

Ember Károly dr.

Veleszületett nyelőcsőelzáródás acut hydramnionnal kapcsolatban. *Fukas.* (Zbl. Gynäk. 1940. 107.) Kísérletileg igazolt tény, hogy a magzat nyel a magzatvízből. Ha valamilyen fejlődési rendellenesség miatt a magzat erre képtelen, kifejlődhetik a hydramnion. Szerző közli esetét, amelyben 7 liter mennyiségű magzatvíz fejlődött ki a magzat nyelőcső elzáródása mellett. Nyelőcső-légcső sipolya nem volt a magzatnak. A többi szervekben sem találtak fejlődési rendellenességet. Az irodalomban eddig kb. 80 esetről számoltak be. A rendellenesség fejlődéstörténeti meggondolások alapján a terhesség 4. hetében következett be. (O. 7.)

Farkas József dr.

A népfelvilágosítás eredménye a rák elleni küzdelemben Westfalen tartományban. *Esch.* (Zbl. Gynäk. 1940. 898.) Szerző ismerteti a westfaleni rák elleni egyesület munkáját. Az egyesület célja minden rákos beteget felfedezni, lehetőleg korai stádiumban. A tervszerű rákelleni küzdelemnek legfontosabb fegyvere a népfelvilágosítás. Az egyesület előadások, ujságcikkek, vándorgyűlések tartásán kívül célravezetőbbnek gondolja az egyéni felvilágosítást. Ebből a célból a rákról rövid, népszerű ismertetéseket tartanak orvostanhallgatóknak és az orvosi segédszemélyzetnek (ápolónők, szülésznők, védőnők), akik aztán egyénileg győzik meg környezetüket, hogy a rák nem gyógyíthatatlan betegség, ha idejekorán szakszerű kezelésbe veszik a beteget. Az egyesület munkája előtt a rákbetegeknek csak 19·8%-a jelentkezett az első tünetek után, míg most 32·8%. Tehát a betegek $^2/_3$-a még most is későn kerül orvos elé. (O. 9.)

Farkas József dr.

FEJFÁJÁS, FOGFÁJÁS, NEURALGIÁK, MEGHŰLÉS ESETÉN:
Antalgin
Gyors hatás ~ kiváló tolerancia
Olcsó! Megbízható! Magyar!
Antalgin scat. orig.
20 tabl. ~ P 1·80.
MEDICHEMIA
MEDICHEMIA R.T. Budapest, X.

Exhepar + Strychnin + P + As

EXHEPARTON inj. CERTA

„CERTA" Gyógyszerészeti Laboratórium R. T., Budapest.

KÖNYVISMERTETÉS

Körperliche Missbildungen. *Helmuth Eckhardt.* Handbuch der Erbkrankheiten. 6. kötet. 225 oldal. 222 ábra. (G. Thieme, Leipzig, kiadása. Fűzve 24 RM.)

Szerzőnek, mint a német nyomorékság elleni küzdelem egyik legelső vezetőjének, alkalma volt igen hatalmas anyagot összegyűjtve a szakirodalom rendelkezésére bocsátani. Már az előszavában hangsúlyozza, hogy a feldolgozott anyag nem kórbonctani torzképződmények gyüjteménye, hanem az életből vett és klinikai vizsgálatok tárgyát képezte. (Klinikák és nyomorékvédelmi tanácsadók anyaga.) Rövid, de igen magvas összefoglalást ad a testi fejlődési hibák lényegét és tudományos felosztását illetőleg. Ugyancsak felesleges sallang és elméletekben való tobzódás nélkül, világosan összegezi a fejlődési rendellenességek oki kapcsolatait is. A rendellenességeket a klinikus szempontjából nézve három csoportban, a rendszeri hibás fejlődés, a syndromák és korrelatiós zavarok, valamint az úgynevezett izolált fejlődési zavarok csoportjaiban foglalja össze úgy, hogy nincs olyan testi fejlődési rendellenesség, mely ezen csoportosítás keretén belül ismertetést ne nyerne. A röntgen és fotokopiáknak, magyarázó rajzoknak és öröklődési családfáknak nagy száma (225 oldalon 222 ábra) szintén arra mutat, hogy a szerző a hatalmas anyagot klinikailag a legrészletesebben feldolgozva, egyenesen hézagpótló munkával gazdagította a szakirodalmat.

Horváth Boldizsár prof.

Kochkunst und Küchentechnik. *Hildegard Schneider.* (Steinkopff, Dresden. 2. kiad. 104 old. Ára: 3 M.) A drezdai Hess Rudolf-kórház élelmezési rendszerének az a jellegzetessége, hogy a nagy kórháztelep betegeit két nagy konyha látja el. Az eredetileg ápolónő-iskolának szánt egyik, viszonylag új épület alagsorának egész területét gyönyörűen berendezett »diaetás nagy konyha« foglalja el, amelyből többszáz »diaetás« beteg kapja az élelmezését. Amíg a többi ápoltak az élelmezőtiszt által irányított »normalis« nagy konyhára vannak kapcsolva, addig ezt az individualizálásra megszervezett nagyüzemet egy diaetás főnéne, jelen könyvnek a szerzője vezeti. Az ételkészítést e nagy konyhában a diaetásnéneképző-iskola növendékei végzik, akik számára főnénéjük nyomtatásban tette közzé a náluk szokványos »diaetás ételek« recepturáját. A diaetetikust különösen a főzelék- és gyümölcsnedvek készítésének gazdag változata érdekli, ami onnan érthető, hogy a kórház híres belgyógyásza: *L. R. Grote prof.*, akinek tudományos munkásságában a nyersnedv-kúrák alkalmazása jelentős szerepet tölt be. A nyerskoszt konyhatechnikája, valamint a vegetariánus étmód ételeinek leírása elég bő teret kapott. Az anyagkiszabás minden ételösszeállításban 20, illetve 2 adagos, amiből következik, hogy intézeti dietás konyhák vezetői e szakkönyvet haszonnal forgathatják. *Soós Aladár prof.*

A Szegedi Egyetembarátok Egyesülete Orvosi Szakosztályának március 5-i ülése.

Bemutatás:

Kassay D.: *Osteoma orbitae esete.* 38 éves férfi bal szemüregéből 4.3×3×2 cm nagyságú, 18.2 g súlyú osteoma eburneumot távolított el, mely az os frontale pars orbitalisából indult ki. Műtétkor a szemöldökben történt metszésen keresztül hatolt be, osteoplastikusan felhajtotta a margo supraorbitalis oldalsó részét kb. 3 cm hosszúságban és 1 cm szélességben. Sem a koponyaüreg, sem a homloküreg nem nyilt meg.

Nemecskay T.: *Retinavérzés terhességben.* 28 éves először szülő nő jobb szemén a terhesség végefelé csaknem teljes megvakulást előidéző retinavérzés. Ehhez a szülés megindulásakor b. o. homályos látás csatlakozott szemfenéki elváltozás nélkül. A szülés után a b. szem látászavara hamarosan gyógyult, a j. szemfenéki elváltozás változatlan. Az érdekes és ritka szövődmény rejtett terhességi toxicosis következményének fogható fel, mivel más okot, amely az elváltozás kifejlődését megmagyarázná, nem lehetett találni.

László P.: *Anaemia haemolytica familiaris.* Minkowsky—Chauffard-typusú haemolyticus anaemiát kutatott fel 10 tagú család 6 tagján. A tünetek: kifejezett hepato-splenomegalia, ikterus, vörösvérsejt-resistentiacsökkenés, anaemia, mikro-, aniso- és poikylocytosis, serumbilirubin-emelkedés, enyhe csontfelritkulás. Kiemeli, hogy mind a 6 betegen határozott K-hypovitaminosis volt kimutatható, amit e betegségben eddig még nem észleltek.

Előadás:

Tószöghy A.: *A Városi Fertőzőbetegkórház betegein elért therapiás eredményekről.* Három év alatt összesen 938 beteget ápolt. Részletesebben csak a skarlát, diphtheria, dysenteria, meningitis cerebrospinalis epidemicáról számol be. 581 skarlátos beteg között 54 szövődményt észlelt és 4 halálesete volt. A kezdeti toxikus tüneteket jól befolyásolja az állati immunsavó, a septikus jelenségeket az emberi reconvalescenssavó. Sulfamid készítmények a lázas állapotot megrövidítik, a szövődményeket kedvezően befolyásolják, a septikus tüneteket kiküszöbölik. Sulfamidot csak kellő indicatio alapján szabad adni. 174 diphtheriás beteg közül csupán egy halt meg. Fontos a gyors serumadás. Dysenteriánál jó eredményeket látott mellékvesekéreghormontól, valamint Sulfapyridin, illetve Ultraseptyltől. Meningitis epidemicánál az Ultraseptylt nagy adagokban lökésszerűen alkalmazta; így kezelt 16 betege közül egy sem halt meg, míg azelőtt 50% volt a halálozás.

NEOTROPARIN-CHINOIN

erőteljes hatású görcsoldószer

Tabletta, 20 drb Ampulla, 6 drb

Mecsér F.: *A rostonyás tüdőlob sulfamid készítményekkel végzett gyógykezeléséről.* A klinikán egy év alatt 48 pneumoniás beteget észlelt, 15—69 éves korúakat. Peroralis Ultraseptyl, Ronin, Sulfapyridin, valamint intravenás Sulfapyridin kezelést alkalmaztak. A sulfamid kezelés ellenére 3 beteg meghalt, 5-ször új beszűrődés, 4 esetben mellhártyaizzadmány, illetve 2-nél tüdőtályog, egy ízben pneumococcus sepsis keletkezett. A gyógyszerelés bevezetése után 3—4 nap mulva a láz lytikusan csökken, közérzet, pulsus, légzés megjavul. A halálozási arányszám előzőévi adatokkal szemben erősen alászállt. A tüdőgyulladás physicalis és röntgenjelei hosszú időn át megmaradnak, ugyanúgy, mintha a beteg specifikus kezelésben nem részesült volna; a pneumococcusok is hosszú ideig kimutathatók a köpetből. Feltűnő, hogy a gyulladás kezdetén a köpetben lévő vegyes flora nagyobb mértékben tűnik el, mint a pneumococcusok. A szer bevezetése a láz újbóli felugrását és szövődmények kifejlődését nem okvetlenül gátolja meg.

Lajos S.: *Ujabb adatok a sulfamid készítmények (Sulfapyridin) hatásmechanismusához.* A Sulfanilszármazékok közül a sulfapyridin hatásmechenismusát vizsgálta. Warburg szerint végzett légzési kísérletekben a Sulfapyridin a pneumococcusok Pn. glukose és tejsav lebontóképességét jelentős mértékben gátolja, a légzés erősen csökkent. A gátló hatás katalase vagy pyroszőlősav jelenlétében is igen kifejezett. A hatás irreversibilis: az oxydo-redox systema egyes vegyületei (B$_1$—C-vitamin, glutathion, cystein) nem képesek a Pn. oxydo-redox potentiálját megjavítani. A Pn. enzymtevékenységének és a szénhydratok oxydatiójának mértéke szorosan összefügg a keletkezett peroxyd mennyiségével. A kísérlet végén az elhasznált O_2 jelentékeny hányada kimutatható H_2O_2 formájában. A Sulfapyridinnel kezelt pneumoniás egyének vérsavója ugyancsak gátolja a Pn. légzését, a gátló hatásban azonban a képződött agglutininek is szerepet játszhatnak. A Sulfapyridin gátló hatása az I. és X. csoportba tartozó VII. typus törzseinél volt a legkifejezettebb.

Bach I.: Saját vizsgálatai azt mutatták, hogy a sulfapyridin és sulfathiazol abban a töménységben, amely az emberi szervezetben gyógyszeres adagolás alatt létrejöhet, a vér katalitikus hatására sem serkentő, sem gátló befolyással nincs. A Sad. használata influenzánál nem indokolt.

Kramár J.: Elismeréssel emlékezik meg a városi fertőzőbetegkórház működéséről s párhuzamot von az előadó megfigyelései s a gyermekklinika tapasztalatai között. Szintén hibáztatja a Sad. úton-útfélen való használatát.

Rávnay T.: A Sad.-et a nemibetegségek közül főleg kankó esetében, a bőrbetegségek közül pedig leginkább erysipelas, genykeltőktől feltételezett esetekben használhatjuk. Mint prophylacticumok csak adott esetben jönnek szóba. Toxikus hatásukra tekintettel a bőrgyógyászok nem adnak oly óriási adagot, mint a belgyógyászok, hanem megelégednek a 4—5 napon át nyujtott napi 3 g-mal, amit egy hét után ismételnek. Ha ez hatástalan, akkor ezt a »lökésszerű« adagolást megismételik.

Szarvas A.: Tapasztalatai szerint nagy adagok ártalmasak. Napi 5—8 g felnőtteknél is a legtöbbször elegendő.

Batizfalvy J.: Hangsúlyozza, hogy a szülészetben a praeventive alkalmazott Sad.-kel tapasztalatai szerint elsőrangú eredmények érhetők el. A kialakult gyermekágyi lázzal kapcsolatban ilyen jó hatást nem látott.

Matolcsy K.: *Gonadotrop hormonnal elért eredmények.* (Kézirat nem érkezett.)

METALIX RÖNTGEN
RÉSZVÉNYTÁRSASÁG
BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KÖRÚT 37
TEL. 182-680, 383-135.

Megjegyzés Galambos J. dr. „Influenzás endocarditis és meningitis" cikkére.

(O. H. 1941. 17. szám.)

Mivel a magyar orvosi irodalomban ismételten jelennek meg olyan influenzával foglalkozó közlemények, melyeknek szerzői tájékozatlanságot árulnak el az influenzáról a legutóbbi évtizedben felderített tényeket illetőleg, szükségesnek tartjuk az alábbiak megállapítását:

1. *Bebizonyított és elfogadott tény, hogy az influenza epidemiás és pandemiás formáját nem a Pfeiffer-bacillus okozza,* amint azt a fentjelzett cikk bevezetésében a szerző megállapítja, *hanem az influenzavirus.* Ezt a filtrálható virust 1933-ban fedezték fel és azóta csaknem az egész világon kimutatták, többek között Magyarországon is, ahol azt 1937 óta minden influenzajárvány alkalmával meg lehetett találni. Erről közlemények jelentek meg az Orvosi Hetilapban (O. H. 1937. 169. old. és O. Gyak. Kérd. 1939. 22. old.), valamint a Népegészségügyben (1939. 291. old.). Nem szolgálja a haladást, ha soha be nem bizonyított, sőt idestova egy évtizede megdőlt elméletre építjük tudásunkat.

2. A Pfeiffer-bacillus kimutatása járványmentes időben nem számít »kivételnek«, amint azt a szerző tévesen megállapítja. Minden bakteriologiai *tankönyv* leírja, hogy ez a bakterium egészséges egyének torkában is magas százalékban található főleg ősztől tavaszig. A Pfeiffer-bacillus kötetekre menő irodalmából tudjuk, hogy azt eddig mind influenzában, mind számtalan egyéb betegségben kimutatták, amiből világos, hogy az csupán *ad hoc* válik kórokozóvá és egészen közismert, hogy meningitist is okozhat.

3. Ami mármost a cikkben foglaltak érdemi részét illeti, a cikk írója szerint a talált bakterium »véres agaron apró, kerek, áttetsző, kissé szürkésfehér coloniákat alkot,... Gram szerint *festődik,* véres táptalajon haemolysist okoz...« és a tenyészetből 2 kacsnyi hasüregbe oltva, egeret, tengerimalacot, 4 kacsnyi pedig »egy jól fejlett nyulat« egy nap alatt elpusztított. Ezekből a cikkíró megállapítja, hogy a kimutatott bakterium Pfeiffer-bacillus és a »kórbonctani diagnosis influenza okozta sepsis volt«. Ezzel szemben megbízható bakteriologiai *tankönyvekben* (pl. *Lovrekovich*) azt olvashatjuk, hogy a Pfeiffer-bacillus véres agaron igen rosszul nő és azon alig észrevehető tűszúrásnyi telepeket alkot, Gram szerint *nem* festődik és a typusos bacillus (a parainfluenza bacillus kivételével) *nem* haemolyzál, tengerimalacra, nyúlra *nem* pathogen, egérre viszont egészen nagy adagokban pathogen lehet. Mondanunk sem kell, saját tapasztalataink alapján, hogy ez minden tekintetben így is van. Ennélfogva meg kell állapítanunk, hogy a liquorban festett készítmény útján kimutatott »Gram-negativ coccoidpálca« nem lehet azonos a tonsillából, vérből, stb. tenyésztett Gram szerint festődő bakteriummal és — ha a leírást vesszük alapul — *egyik sem volt Pfeiffer-bacillus.* A jellemzés még leginkább a streptococcus haemolyticusra illik rá.

Dreguss Miklós dr.,
az O. K. I. influenzakutató osztályának vezetője.

Röntgenterápiás csövet használt állapotban megvételre keresek. Dr. Fürst Sándor Ujverbász, Bácska.

A közegészségügyi szolgálat ellátása a véderő törvény alapján.

A magyar király kormány a honvédelemről szóló 1939 : II. törvénycikk felhatalmazása alapján elrendelte, hogy a közegészségügyi szolgálat biztosítása céljából a belügyminiszter a honvédelmi miniszterrel egyetértve igénybe veheti az orvosokat és gyógyszerészeket. A munkáért a belügyminiszter által megállapított térítés jár, úgyszintén útiköltség.

A rendelet alapján »honvédelmi munkára behívott orvost ugyanaz a jogkör illeti meg, mint azt az alkalmazottat, akinek munkakörében és beosztásában szolgálatot teljesít. A behívott orvos hatósági orvosként is alkalmazható. A rendelet a kihirdetés napján, tehát május hó 7-én lép életbe.«

A honvédelemről szóló törvény 82. §-a ugyanis úgy intézkedik, hogy honvédelmi szolgáltatások »a polgári lakosság egészségügyi szükségleteinek kielégítésére« is igénybe vehetők.

A 93. § szerint a honvédelmi munkára kötelezettnek, ha a munkaideje alatt megbetegszik, ingyenes gyógykezelésre és gyógyszerellátásra van igénye. Az ismertetett rendelkezések nyilván azért váltak szükségessé, mivel a szükségelt orvosi állásokra nem akadt jelentkező.

Ez orvoshiánynak három forrása van:

1. Az orvosi pályától való elriasztás.
2. Az 1939. évi IV. t.-c.
3. Az orvosok helytelen elosztása.

Tulajdonképpen a megnagyobbodott Magyarországon is 1000 lakosra egy orvos esik. Ez az arány elég volna, csakhogy az orvosok túlnyomórésze városokban telepedik le, magában Budapesten kb. 5000 orvos van. Hogy az orvosok nem akarnak vidékre, falura menni, annak viszont két oka van, úgymint: az elégtelen dotatio: 80—100—120 pengő havifizetés mellett, magángyakorlat eltiltásával 28—30 éves orvos nem vállalkozik kórházi szolgálatra. A faluramenteltől a lakásviszonyok és az elégtelen kereset riasztja vissza az orvosokat. A másik ok az, hogy fiatal, lelkiismeretes orvos nem is vállalkozhat, ismerve gyakorlati tudásának hiányát, olyan helyen orvosi állásra, ahol tulajdonképpen az összes orvosi szakmában járatosnak kellene lennie. Ilyen körülmények között az orvosi szolgálatnak kirendelés útján igénybe vétele nem szolgálhatja a lakosság egészségének védelmét és a betegek eredményes gyógyítását. A decentralisatiónak célszerűbb módja volna a kórházi alorvosi és segédorvosi állások betöltését pótlékok nyujtásával, tehát a dotatio megjavításával biztosítani. Nehezebb feladat a községeknek megfelelő orvosi ellátása. Ez már csak nagyobb áldozatokkal lehetséges, mert ez állásokra csak kórházi szolgálatot teljesített orvosok alkalmasak. Nem kételkedünk, hogy az egészségügyi kormányzat meg fogja találni a megfelelő módot, hogy az orvosi ellátást kényszer nélkül is biztosítsa. (Már csak azért is, mert a rendelkezés végrehajtása még többeket riasztana el az orvosi pályától. *Szerk.*)

Grósz Emil dr.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift. 19. sz. *Meisner T.:* A müncheni szemklinika trachomabetegei. *Kalkoff W.:* Lupus vulgaris-okozta orroncsolások és ezek elkerülésének módjai. *Leun W.:* Veleszületett csípőizületi elváltozások téves értelmezése és kezelése felnőtt korban. *Schmitt K.:* Klinikai és röntgenologiai nehézségek magasan ülő vékonybélrákok felismerésében. *Lindner K.:* Trachoma kezelése »Albucid«-dal. *Brücke F. Th.:* Egy új élvezeti és gyógyszer?

Wiener Klinische Wochenschrift. 18. sz. *Lorenz A.:* Sport és hadsereg. *Lachnit V.:* A genuin lipoidnephrosis kezelése. *Pöhacker Fritsch E.* és *Siegl J.:* Vizsgálatok Fermo-Aphylakto serummal lósavó ellen sensibilisált gyermekeken. *Tasch H.:* Hysterosalpingographia jelentősége a nőorvos szakértői működésében.

The Journal of the American Medical Association. Márc. 20. *G. M. Piersol:* A légutak heveny megbetegedései. *A. J. Lanza:* A heveny légútmegbetegedések gyakorisága és költségei az iparban. *T. D. Allen, H. F. Carman:* Szemvédő berendezések az iparban. *F. M. Culler:* Látásképesség. *S. Walker, H. L. Auten:* A szem ipari sérülései. *L. Greenburg:* A látási alkalmatlanság gazdasági fontossága az iparban. *C. P. Mc. Cord:* A légutak megbetegedései és a környezet légszabályozása. *S. L. Koch:* Kézinfectiók. *J. M. Winfield:* A kéz sérüléseinek kórisméja. *H. S. Allen:* A kéz felületes sérüléseinek és égéseinek kezelése. *H. C. Morble:* Sinezés kézsérülések után. *M. L. Mason:* A kéz idegeinek és inainak sérülései. *D. L. Lynch:* Betegek alkalmazása az iparban. *E. J. Stieglitz:* Az öregedés mint iparegészségügyi probléma.

VEGYES HIREK

Személyi hírek. A belügyminiszter *Szász Emil dr.* főorvost a mátraházai Horthy Miklós tüdőbeteggyógyintézet igazgató-főorvosává nevezte ki. — *Szendi Balázs dr.* egyet. magántanárt a miskolci Erzsébet közkórház szülészeti és nőgyógyászati osztályának főorvosává kinevezték.

Halálozás. *vitéz Fialovszky Béla dr.*, a Hangyaszövetkezet igazgató-főorvosa f. hó 11-én 44 éves korában Budapesten elhúnyt.

Neuber Ede prof. — mint tudjuk — az ősszel meghívást kapott Németországba mint csereprofesszor és a berlini, hamburgi, bécsi és lipcsei egyetemeken tartott igen látogatott előadásokat az ő szép felfedezéseiről és eredményeiről, amiket a skleroma, aktinomykosis, blastomykosis, lupus, erysipelas, syphilis és filariasis gyógyítása terén elért s amelyek ismertté tették nevét az egész világon. A német kormány felkérésére most Neuber professzor az előadásait — megtoldva még az ifjúságon debreceni professzor korában végzett egészségügyi vizsgálatairól és a nemibetegségek terén kifejtett kormánybiztosi működéséről tartott előadásaival — német nyelven, pompás albumakban, műnyomó papiron, tökéletes reproductiók kíséretében adta ki, melynek kiviteléért az Egyetemi Nyomdát illeti dícséret. Mi orvosok pedig büszkén sorozzuk be Neuber professzort azon kiváló honfitársaink közé, akiknek szenvedőket mentő, boldogító működése messze idegenben is hirdeti a kultúra terén nemzetünk productivitását.

Vidéki kartárs szakcikkek helyes és pontos fordítását vállalja. Cím a kiadóban.

SEDYLETTA **tabletta** 30×0·015 gr

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

Az Orvosi Nagyhét rendezése folyamatban van *Vámossy Z.* prof. elnöklése és *Horay G.* prof. főtitkársága mellett. A Nagyhéten hat tudományos társulat tartja üléseit és közgyűlését; négy társulat nem Budapesten s így nem a Nagyhét keretében ülésezik, de a közös thema (chemotherapia) vitájában kiküldötte útján résztvesz, három társulat pedig ez évben nem ülésezik: a honvédorvosok, nőgyógyászok és a sebészek, de ez utóbbiak a közös vitában szintén résztvesznek. A Nagyhét az Orvosegyesület Semmelweis-termében ülésezik s munkáját a május 26-án délelőtt 9 órakor tartandó közgyűlés vezeti be, melyen kérjük orvostársaink minél számosabb részvételét. Az első két napot a közös vitathema előadói foglalják le, melynek főreferensei *Issekutz* és *Ángyán* professzorok, valamint *Czeyda-Pommersheim* m. tanár. Az elnökség különben a társulatok tagjainak részletes napirendet küld a hét folyamán. Reméljük, hogy a Nagyhét munkálatai zavartalanul fognak lefolyni.

A Magyar Belorvosok Egyesülete május 28-án és 29-én tartja XI. nagygyűlését. Napirend: *I. ülésnap, 28-án. Vitakérdés: A vérzékenység és vérzéscsillapítás.* Referensek: *Nagy Géza* (Kaposvár), *Armentano Lajos* (Kolozsvár), *Engel Rudolf* (Kassa). D. u. 5 órakor: *Előadások az allergia köréből.* Előadók: *Fornet Béla, Kanócz Dénes, Karády István, Hajós Károly—Faragó Pál, Hajós Károly* és *Tarján Róbert, Udvardy László, Faragó Pál, Radó Sándor, Recht István, Szécsi István. II. ülésnap, 29-én. Vitakédés: A peripheriás keringés.* Referensek: *Molnár István* (Budapest), *Went István* (Debrecen), *Bakay Lajos* (Budapest). Felkért előadók: *Neuber Ernő* (Pécs), *Mező Béla* (Budapest), *Bugár-Mészáros Károly* (Budapest). Május 29-én d. e. 8.30 órakor közgyűlés. A nagygyűlés helye a budapesti Kir. Orvosegyesület előadóterme.

A Magyar Orvosok Tuberkulózis-Egyesületének elnöksége közli, hogy — amennyiben a körülmények lehetővé teszik — XXII. közgyűlését július hó 4—6-a között Kolozsvárott szándékozik megtartani. Előadások és bemutatások május hó végéig jelenthetők be a titkárnál (Budapest, Erzsébet királyné szanatórium).

Az Országos Balneologiai Egyesület május 2-án és 3-án tartotta Budapesten, az Orvosegyesület Semmelweis-termében 50 éves fennállása alkalmából jubiláris 46. kongresszusát és egyben gazdasági nagygyűlését, valamint tisztújító közgyűlését. Május 2-án *Vámossy Zoltán* elnök megnyitójában a jubileumi év alkalmából visszapillantást nyujtott az egyesület történelméről és munkásságáról. *Darányi Gyula* professzor »A fürdővizek és fürdőzés hygienéjé«-ről tartott az OBE igazgatótanácsa felkérésére érdekes és nagy figyelemmel hallgatott előadást. *Zselyonka László* tanársegéd a szénsavgőzfürdők hatásmechanismusáról beszélt az erdélyi szénsavas »gőzlők«-kel kapcsolatban. *Bányai János* geologus-tanár a székelyföldi ásványvizek keletkezését ismertette számos vetített kép bemutatása mellett. *Sárfy Erzsébet* tanársegéd a Juventus-fürdőnek az alapanyagcserére gyakorolt hatását ismertette kísérletei alapján. *Bodnár János* debreceni egyetemi ny. r. tanár előadása május 3-án került sorra »A hazai ásványvizek chemiai összetétele és vizsgálata körül tapasztalt hiányokról« címen, ki tapasztalatai alapján azt javasolja, hogy az ásványvizek 10 évenként kötelezzessenek új és részletes analysis készíttetésére, közte a »physiologiás« nyomelemekre is, az ionok absolut mennyiségének mg-ban való feltüntetésével, a gamma bevezetését ajánlja a physiologiás nyomelemekre. Javasolja továbbá, hogy az üvegcímkéken és a forrásoknál is az ionösszetétel legyen feltüntetve a Than Károly-féle táblázat szerint. *Berencsi György dr.* tanársegéd a Weltmann-reactio és a serum tryptophan tartalmának diagnostikai felhasználásáról tartott előadást a rheumás izületi bántalmak esetében és kísérleteivel kimutatta, hogy fürdőkúra kapcsán megjavult beteg vérének a tryptophan tartalma csökken, ugyanakkor a Weltmann-reactio változatlan marad. *Imre János* kolozsvári egyet. tanár a radioactiv vizek erősségének fokozása címen tartott előadásában rámutatott arra hogy a radioactiv alkatrészek teljesen egyforma physologiai hatásokat fejtenek ki, akár a föld belsejében, akár a felszínen jutnak a vízbe. Ezért a mesterségesen felerősített víz ugyanolyan értékű, mint az eredeti gyógyvíz. Ismertette saját szabadalmazott eljárását, mellyel tetszés szerinti erősségig fokozható a gyógyvizek radioactivitása. *Straub János* m. tanár (Debrecen) a nagyalföldi síkság tóvizek és mélyfúrásokról tartott előadást, melyben a síkság tavaknak a gyógyértékét emelte ki és azok kihasználását ajánlotta. *Pályi Márton* az iparegészségügyi balneologiai vonatkozásairól, végül *Arany György dr.* a diabetes balneotherapiájáról adott elő. Május 3-án délelőtt volt az OBE gazdasági nagygyűlése, melyen *Bánlaky Géza* elnöki megnyitója után *Kertész Ferenc* BSzKRt-igazgató »Keleteurópai idő vagy nyári időszámítás?« című előadásában arra mutatott rá, hogy országunkban gazdasági és egészségügyi szempontokból az állandó keleteurópai idő bevezetése volna szükséges. *Tausz Béla dr.* fürdőink és üdülőhelyeink látogatottságának gazdasági és idegenforgalmi vonatkozásairól, *Benyó János dr.* pedig Magyarország 1940. évi ásványvízstatisztikájáról és Budapest fürdőforgalmáról számolt be. Ugyanekkor tartotta az OBE tisztújító közgyűlését is, melyen a főtitkár az OBE elmult esztendei működéséről számolt be. A közgyűlés elnökké ismét *Vámossy Zoltán professzort,* főtitkárrá *Moll Károly dr.*-t, a tudományos osztály elnökévé *Frigyessi József professzort,* társelnökökké pedig *Belák Sándor* és *Benczur Gyula professzorokat,* jegyzővé *Chatel Andor dr.*-t választotta, a gazdasági szakosztály elnöke *Bánlaky Géza,* társelnöke *Pöltzel Jenő,* jegyzője *Kenessey Elek* lett.

Quarz-lámpa, váltóáramú, alig használt égővel rendelő részére eladó. Telefon: 427—219, d. u. 1—2 óráig, szombat kivételével.

HETIREND

Szerdán, 21-én 6 ó. A Közkórházi Orvostársulat ülése. Bemutatás. *Kulcsár I.:* Arachnitis cystica esete. *Csiky-Strauss A.:* Saját vérkezeléssel gyógyított álizület. Előadás. *Wild M.:* Lúgmérgezett gyermekek osztályunkon szokásos kezelése.

Pénteken, 23-án 6 ó. A Bp. kir. Orvosegyesület ülése. Előadás: *Tátrallyay Z.:* Serologiai adatok a mandulaműtét immunbiologiai hatásához. — Utána: évzáró közgyűlés.

Csecsemők hasmenéses hajlamánál, tejhigitások készítésére kiválóan alkalmas szénhydrat-tápszer a Krompecher-féle *Rizomaltan,* mely szárított rizsnyákot és csecsemő tápcukrot (dextrin-maltose) tartalmaz olyan célszerű arányban, hogy egy mércényi tápszernek a vízzel megfelelően higított tejben való felfőzése által azonnal a szokásos mennyiségű nyákot és 5% tápcukrot tartalmazó standard tejhigitást nyerhetjük. A *Rizomaltan*nak könnyű elkészithetőségén kívül előnye még, hogy kolloid szénhydrátjai kolloidalisan jól oldott állapotban vannak, kevés benne a suspendált alkatrész, ennélfogva könnyen emészthető, jól kihasználható táplálékot nyujt. Kifejezetten antidyspepsiás infekcióknál praeventive adjuk. Kiválóan bevált csecsemők mesterséges táplálására és vegyes táplálásnál kiegészítő táplálék gyanánt, már az újszülött korban is.

Frontátvonulások és kísérőjelenségeik április 6—12. között. A hét első napja felsiklási frontokban, következő néhány napja betörési frontokban volt abnormisan gazdag. A hét végén csökkent a frontalis megterhelés. A frontok részletes adatai:

Átvonulás ideje Budapesten			A front		Kísérő eseményei*
hó	nap	óra	fajtája	fejlettsége	
Április	7	3	Felsikl.	Erős	Erős fülledtség és borulás.
	7	17	»	Erős	Nagy légnyomásnyugtalanság, eső 16 ó.-tól.
	7	24	»	Mérsékelt	Praefrontalis eső 1 mm.
	8	2	Betörési	»	Szélrohamok.
	8	6	»	»	Záporeső, szél, erős lehülés.
	8	11	»	»	Kis záporeső.
	8	12	»	»	Szélrohamok.
	8	16	Felsikl.	»	Praefrontalis eső 13 ó.-tól, 6 mm.
	8	17	Betörési	»	Új szélrohamok és záporeső 2 mm.
	9	4	»	»	Új szélrohamok, maximális sebesség 9 m/mp.
	9	16	»	»	Szélélénkülés.
	9	20	»	»	Szélrohamok, max. sebesség 9 m/mp.
	9	23	»	»	Szélrohamok, max. sebesség 9 m/mp.
	10	7	»	»	Szélrohamok és kis záporeső.
	10	11	»	»	Kis húzápor és utánhavazás 19 óráig.
	11	12	»	»	Kis húzápor.
	11	16	»	»	Kis húzápor.
	11	17	»	»	Kis húzápor.
	11	18	»	»	Kis húzápor.

Fontos megjegyzés: Április 8-ától kezdve az időadatok nyári időszámításban értendők.

* A táblázat utolsó oszlopában szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a M. kir. Orsz. Meteorológiai Intézet öníró műszeres adatai. Részletes magyarázatot l. 1941. évi 1. szám, 15. old.

855/1941. szám.

Vas vármegye és Szombathely város közkórháza.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló Vas vármegye és Szombathely város közkórházánál egy segédorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A segédorvosi állás javadalmazása az állami rendszerű XI. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás fűtés, világítással és 50%-os térítés ellenében I. osztályú intézeti élelmezés.

Csak nőtlen orvosdoktorok pályázhatnak. Magángyakorlat megengedve nincsen. A kinevezés két évre szól, mely pályázat mellőzésével meghosszabbítható.

A szabályszerűen felszerelt kérvények méltóságos vitéz dr. Szüts István főjegyző úrhoz címezve, a közkórház igazgatójához nyujtandók be. A beadás határideje 1941. évi május hó 31. napjának déli 12 órája.

A pályázati kérvényhez a Népegészségügy »Számmagyarázat«-ában 1—12. szám alatt megjelölt okmányok csatolandók.

Közszolgálatban álló pályázók a felsorolt követelmények közül azokat, melyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, az említett törzskönyvi lappal (minősítési táblázattal) igazolhatják.

Elkésve érkezett vagy a fentieknek nem megfelelően felszerelt kérvények figyelembe nem vehetők.

Szombathely, 1941. évi május hó 1-én.

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

Állami forrás

Nieder-Selters

A természetes Selters-víz
régóta bevált
influenzánál, torokfájásnál, láznál és tüdőbajoknál
(Niederselters-víz meleg tejjel). Kapható gyógyszertárakban, drogériákban, fűszer- és csemegekereskedésekben, valamint a vezérképviseletnél:

Édeskuty L. Ásványvíz Kereskedelmi Rt.
Telefon: 181—428. V., Erzsébet-tér 8. Telefon: 181—720.

41/1941. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A keszthelyi közkórháznál megüresedő alorvosi és kisegítőorvosi állásokra pályázatot hirdetek.

Az alorvosi állás javadalma az állami rendszerű XI. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás, valamint az önköltségi ár 50%ának megtérítése ellenében I. oszt. intézeti élelmezés.

A kisegítőorvos javadalmazása havi 80 P fizetés, bútorozott szoba, fűtés, világítással és 50%-os térítés ellenében I. o. intézeti élelmezés. A kisegítőorvos alkalmaztatása ideiglenes jellegű és bármikor minden jogigény nélkül megszüntethető.

Az állást elnyerni óhajtók szabályszerűen felbélyegzett kérvényeiket ezen pályázati hirdetménynek a Budapesti Közlöny c. hivatalos lapban történt harmadízbeni közzétételétől számított 15 napon belül — közhivatalban lévők hivatali főnökük útján — Zala vármegye alispánjához címezve, hozzám nyujtsák be.

A pályázati kérvényhez a Népegészségügy »Számmagyarázat«-ában 1—12. szám alatt megjelölt okmányok csatolandók.

Közszolgálatban álló pályázók a felsorolt követelmények közül azokat, melyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, az említett törzskönyvi lappal (minősítési táblázattal) igazolhatják.

Az alorvosi állás betöltése kinevezés útján 2 évre történik, amelyből végleges kinevezésre jogigény nem támasztható. A kinevezés 2 évre meghosszabbítható.

Az orvosoknak az intézetben kell lakniok, a természetbeni lakást csak saját személyükkel vehetik igénybe s magángyakorlatot nem folytathatnak.

Keszthely, 1941 május hó 8-án.

Olvashatatlan aláírás
igazgató-főorvos

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTÁN.
A szerkesztő fogadóóráját kedden és pénteken 12—1 óra között tartja.

RIZOMALTAN

rizsnyákos csecsemőtápcukor (dextrin-maltose) szénhydrat-tápszer tejhigítások készítéséhez

Dyspepsiára hajlamos csecsemők számára.

Mesterséges táplálásra már az újszülött korban is bevált.

RENDELHETŐ SZABADON:
OTI, DOBI, POSTA: HÉV, Bányatárspénztár, Közgyógyszerellátás, Szfőv. Közkórházak. — MÁV: üzletvezetőség útján, MABI: intézeti rendelőjében.

Egy mérce (7 1/2 gr) Rizomaltan 1 deci tejhigitásban felfőzve, azonnal fogyasztható, a szokásos mennyiségű nyákot és 5% tápcukrot tartalmazó gyógytáplálékot szolgáltat.

KROMPECHER TÁPSZER- ÉS GYÓGYSZERIPARI KFT., Budapest, V., Nádor-utca 15.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Prostatarák.

A prostatarák kifejezetten az öregkor megbetegedése, fiatalabb korban csak kivételesen fordul elő. Régebben ritka megbetegedésnek tartották, manapság azonban mindgyakrabban találkozunk vele. Amíg prostata-hypertrophiával kapcsolatban a régebbi statisztikák 5—8%-ban tesznek említést rákos szövődményről, addig az újabb szövettani vizsgálatok alapján megállapítható, hogy a prostata rákos megbetegedése 15—20%-ban fordul elő. *Bibus* szerint átlag minden 5—6-ik férfi, aki prostatás vizelési zavarok miatt jelentkezik, rákos betegnek bizonyul. A prostatarák biztos kórismézének aránya a klinikai gyakorlatban a kórszövettani megállapításokkal szemben lényegesen kisebb — mint azt később látjuk — a rák fejlődésének tulajdonságai miatt.

Nemcsak a prostatarák százalékos megnövekedésében van különbség a régi és új adatok között, hanem a rákos góc kiindulási helyére vonatkozó megállapításban is. Amíg a régi klasszikus meghatározások szerint a prostata-hypertrophia rákosan elfajulhat és ez alkotja a prostatarák fejlődési helyének nagyobbik százalékát, addig az újabb vizsgálatok alapján (Bibus) a prostatarák majdnem mindig a valódi prostatarészből indul ki. Hypertrophiás adenoma jelenlétében is az eredeti rákos góc az összenyomott prostata szövetállományában, az ú. n. prostatatokban — mely az adenomát körülveszi — található meg. Innen történik a rák szétterjedése a hypertrophiás részre. Ezért van az, hogy a szövettani vizsgálatok alkalmával a hypertrophisált adenomában sokkal kisebb százalékban (5—8%) tudnak kimutatni rákos burjánzást, mint a valódi prostataszövetben (15—20%). Megerősíti ezt az a körülmény is, hogy főleg az adenomás terület széli részein találhatók a rákos elváltozások, amely másodlagos ráterjedést jelent. Így a prostata-hypertrophia és rák legtöbbször két külön fejlődő, de igen gyakran együttesen jelentkező megbetegedés. Kórbonctanilag a hypertrophia központilag (centralisan), a rák kerületileg (peripherikusan) helyezkedik el, de a kórkép előhaladása folytán a két folyamat összekeveredhetik. A hypertrophiás adenoma nélküli tiszta prostatarák sem ritka észlelés, ilyenkor azonban a prostata megnagyobbodása nem okvetlen kísérő tünete a rák jelenlétének.

A prostatarák klinikailag sokkal ritkábban kerül azonban megállapításra és sokkal később, mint ahogy azt a szövettani statisztikák kimutatják. Idős férfiak prostatájában kis rákos gócok tünet nélkül hosszabb ideig állhatnak fenn, melyek lassú növekedésűek. Nem egyszer csak az áttétek hívják fel a figyelmet az elsődleges rákos góc kutatására. Ha már növekedésnek indul a folyamat, átszőheti a prostata egész állományát, majd áttörve a capsulát a környezetére, elsősorban az ondóhólyagra, az ureterek alsó szakaszára, a hólyagfenékre és hólyagszájadékra, később a medence falára terjedhet. Végbélszövődmény ritkábban fordul elő. Kórszövettani formája leginkább az adenocarcinoma és a carcinoma solidum.

A klinikai tünetek nincsenek mindig arányban a rákos góc nagyságával és inkább annak elhelyezkedésétől és szövődményeitől függenek. Ezért sokszor ökölnyi és környezetével összekapaszkodott rákos prostatát tapinthatunk aránylag minimális vizelési panaszok mellett, máskor pedig kicsiny göb mellett is heves vizelési panaszok, általános szervezeti leromlottság vagy áttétek észlelhetők. A prostatacarcinomás tünetek szegények és kétfelé csoportosíthatók: helybeliek és általánosak. A helybeliek a hólyagvizelet kiürítésének zavaraival állanak összefüggésben és részben functionálisak, részben mechanikusak. Az általános tünetek a szervezet leromlását és az áttéteket foglalják magukban.

A helybeli tünetek között a gyakori fájdalmas vizelési ingerek, vizeletretentio vérzések, az ureter beszűkülésekkel kapcsolatos ascendáló ureterpyelum tágulatok és a következményes fertőzések szerepelnek. A rákos góc közvetlenül izgathatja a hólyagnyakat és trigonumot. Megnagyobbodásával eltorzítja a hólyagszájadékot és kiürülési akadályt képezhet, mint azt hypertrophiás prostatában látjuk. Átterjedhet a hólyagfalra, leggyakrabban a hólyagnyakat és trigonumot támadja meg, néha azonban távolabb is subserosus és submucosus csomós áttéteket okozhat. Kifekélyesedéssel járó karfiolszerű áttörés és burjánzás a hólyagban aránylag ritkábban észlelhető, inkább előrehaladott állapotban. A környezettel összekapaszkodása és kiterjedése a prostatatok és környéki idegeket is rákosan körülszövi és ez okozza főleg a gáton, végbélben és keresztcsonttájon, valamint a combokba kisugárzó heves fájdalmat.

Az általános tünetek közé tartozik a nagyfokú gyors általános szervezeti leromlás és fogyás, valamint a súlyos vérszegénység, mely nagyban hasonlít a vészes anaemiához. Egy másik távoli tünet, amely gyakran az első észlelés, ami prostatarákra hívja fel a figyelmet, az áttétel. Gyakoriságára jellemző, hogy Bumpus 1000 biztos prostatarákból 243 esetben talált áttétet. Az áttétek a környéki nyirokcsomókat leszámítva, melyek az eseteknek majdnem a felében rákosan beszűrődöttek, főleg a csontrendszert támadják meg. Semmi más rák nem okoz annyi csontáttétet, mint éppen a prostata. Az áttét gyakori helyei főleg a gerincoszlop, elsősorban az ágyéki csigolyák, a medencecsont, a combcsont, a bordák és koponyacsontok. Kisebb számban más csontokban is észlelhetők. Ezzel szemben a lágyrész áttétek úgy gyakoriságban, mint kiterjedésben lényegesen kisebb mértékben szerepelnek.

A kezdődő prostatarák annyira tünetszegény, hogy amikor már a kórisme megállapítása megtörténhetik, a betegség többnyire jelentékenyen előrehaladt. A kórisme felállítása elsősorban a prostata tapintásával történik. A prostata deszkakeménysége és tömöttsége egyike a legbiztosabb jeleknek, amelyhez az egyenetlen, göbös felszín járul. A megnagyobbodás sok esetben igen jelentékeny, sokszor a prostatának csak egyik oldalára vagy részére vonatkozik, vagy csak egy körülírt göb alakjában tapintható. De lehet az egész prostata jóval kisebb is a rendesnél. Rendes nagyságú és kevésbbé jellegzetes tapintású vagy adenomásan hypertrophisált

prostata sem zárja ki rák jelenlétét. Nem szabad elfelejteni, hogy a végbél felől a prostatának csak egy része tapintható át, tehát negatív lelet mellett különösen, ha a prostata adenomásan hypertrophisált, igen nehéz biztos választ adni. A kórisme megállapításában kisegíthet a hólyagtükrös vizsgálat, mely az esetleges hólyagnyaki egyenetlenség, eltorzulás, oedema, pir, hólyagfal beszűrődése által hívja fel a figyelmünket a rák jelenlétére. A vérkép vizsgálata és csontáttételek keresése, melyet gyanú esetén mindig el kell végezni, segítségünkre lehet.

Elkülönítő kórismézében a már említett prostata hypertrophián kívül az idült prostatitis, a gümőkóros és köves prostata jönnek számításba. A prostatitisek általános és helyi, valamint újabban enyhe dosisú röntgenkezelésre jól reagálnak és így elkülöníthetők. Gümőkóros prostatitis legtöbbször nem egymagában jelentkezik, hanem más húgyivarszervi gümős elváltozással kapcsolódik, a mirígy tapintata pedig lágyabb és tömöttebb területek váltakozásával tűnik fel. A prostataköveket tapintásukkor surlódás érzése jellemzi, valamint röntgenfelvételen is sokszor kimutathatók.

A prostatarák súlyos kórképet jelent a gyógykezelés és kórjóslat szempontjából. Amennyire előnye, hogy csak a késői öreg kor megbetegedése és sokszor igen lassú terjedést mutat, éppoly rossz a kórjóslata a kórisme felállítása után, mert akkor már a betegség legtöbbször előrehaladott állapotban van. Gyógyítására két út lehetséges, a műtéti és sugaras kezelés. Eredményei azonban igen rosszak. Műtétileg csakis az egész prostata kiirtása jöhet szóba, ha a folyamat még kezdeti és a környezettel egyáltalában nem kapaszkodott össze, valamint áttétek biztosan kizárhatók. Ez ritkán fordul elő. A radikális műtét súlyos, eredménye bizonytalan és ezért ezt az utat általában ritkán választjuk. Inkább a sugárkezelés ajánlható. Sajnos, a prostatarák nem eléggé sugárérzékeny, amint azt az eddigi tapasztalatok igazolják. A röntgen- vagy radiumkezelést azonban lehetőség szerint minden esetben ajánlatos elvégezni. Szüksége mutatkozhatik hólyagrák mellett palliativ műtéti megoldásnak, ha a vizelet elvezetésében jelentkeznek nagyobb zavarok. Amennyiben a vizeletretentio vagy társult fertőzés állandó kathéterrel, amelyet az ilyen betegek nehezen tűrnek, meg nem oldható, hólyagsipoly készítése vagy a hólyagkimenet elektroresectiója jöhet szóba.

Prostatarákos betegnek a tökéletes gyógyulási lehetősége meglehetősen kilátástalan. Eddigi eljárásainkkal az életmeghosszabbítás átlageredményei nem haladják meg a két évet. Legszerencsésebbek még azok az esetek, amikor adenomás hypertrophia miatt végzett prostatektomiával kerül eltávolításra aránylag kicsiny kezdeti rákos góc. Ezért a fent elmondott kezelési lehetőségek mellett, a beteg általános erejének fokozására, panaszainak enyhítésére és a szövődmények kifejlődésének megakadályozására kell törekednünk.

Noszkay Aurél dr.
OTBA h. főorvos.

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

Az appendicitis diagnosisának és műtétének egyes kérdéseiről.

A féregnyúlványlob súlyos következményeitől való rettegés és a műtét technikai egyszerűsége az oka annak, hogy manapság appendicitis kórismével számtalan olyan beteget utalnak sürgős műtét céljából kórházba, akiken vakbéltáji fájdalmakon és kisebb-nagyobb nyomási érzékenységen kívül sem appendicitisnek, sem egyéb betegségnek tünetei nem észlelhetők. Ha az ilyen betegeket megkérdezzük, hogy mi a panaszuk, rendszerint azt a stereotyp választ halljuk, hogy »fáj a vakbelem«, jeléül annak, hogy tudatukban az ileo-coecalis fájdalom a vakbélgyulladás fogalmával elválaszthatatlanul össze van kapcsolva. Ezek a betegek tehát azzal a biztos tudattal és elhatározással keresik fel a kórházat, hogy appendicitisük van, amit minél előbb meg kell operálni és csodálkoznak azon, ha a műtétet nem hajtják azonnal végre.

Kérdés, mi legyen ily esetekben a követendő eljárás? Küldjük-e haza a betegeket azzal, hogy az appendicitis diagnosisa legalább is kétes, vagy operáljuk meg őket? Az elhatározás nem lesz mindig könnyű és sokban a sebész vérmérsékletétől is függ, de azt hiszem, helyesen cselekszünk, ha a következőképpen járunk el:

Ha az ileo-coecalis fájdalom és nyomásérzékenység néhány napi ágynyugalom, borogatás, diaeta és enyhe hashajtás után sem szűnik meg és a műtétnek más ellenjavalata nincs, akkor az ilyen betegeket nyugodtan megoperálhatjuk, hiszen a műtét kockázata, főleg ha azt helyi érzéstelenítésben végezzük, jóformán a nullával egyenlő. Igaz, hogy az esetek egy részében a műtéti lelet negativ lesz, de a beteg legalább megszabadult egy felesleges szervétől és attól a nyomasztó érzéstől, hogy magában hord egy őt állandóan veszéllyel fenyegető beteg féregnyúlványt. Sok esetben viszont meglepetéssel fogjuk tapasztalni, hogy a klinikai tünetszegénység ellenére a féregnyúlványon és környezetében feltűnő kóros elváltozásokat, kifejezett heveny vagy chronikus gyulladásos tüneteket, megtöretést, összenövéseket stb. találunk, bizonyítékául annak, hogy beavatkozásunk jogosult volt. Ajánlatos a műtét ilyen bizonytalan esetekben psychikus okokból is, mert ha a beteg azzal a tudattal távozik, hogy talán mégis appendicitise volt, aminek az operatióját elmulasztottuk, ez állandó nyugtalansággal tölti el, neurastheniássá, hypochonderré teheti s addig nem is lesz nyugta, míg valahol meg nem operálják.

Természetesen egészen más beszámítás alá esnek azok az esetek, ahol tünetekben gazdagabb klinikai kép mellett alapos kétely merül fel aziránt, vajjon nincs-e a betegnek valamely más, az appendicitis kórképéhez hasonló, de attól teljesen független betegsége? Itt a műtéti beavatkozás kérdését már sokkal gondosabb mérlegelés tárgyává kell tennünk, mert hibás javallat alapján végzett műtéttel a betegnek semmit se használunk, bizonyos esetekben pedig komolyan árthatunk is.

Tudjuk, hogy milyen óriási nagy az appendicitishez hasonló kórképek száma és bízvást mondhatjuk, hogy alig van még egy betegség, amely téves kórismére annyi alkalmat szolgáltatna. Ileo-coecalis érzékenységet találhatunk a legkülönbözőbb beteg-

ségekben. Gastro-enteritis, colitis, enteroptosis és egyszerű koprostasis, bélfergesség, pyelitis, vándorvese, uretekő, adnexgyulladás, csavarodott petefészektömlő, extrauterin terhesség és corpus luteum vérzés, purpura abdominalis, typhus és ileus, nyombélfekély és epekő, pneumococcusperitonitis, j. o. coxitis, csípőosteomyelitis, lymphadenitis retroperitonealis és még számtalan más betegség adhat okot összetévesztésre.

Nemrégiben hívtak sürgős appendektomia végrehajtása céljából egy fiatalemberhez, akin az appendicitis gyanúját a hirtelen fellépett hasfájás, láz, hányinger, ileo-coecalis érzékenység és leukocytosis keltette fel. A has vizsgálata tényleg a vakbéltájék feltűnő nyomásérzékenységét mutatta. Csak a pontosabb kikérdezés és vizsgálat derítette ki, hogy a betegnek nem appendicitise, hanem epididymitis gonorrhoicája van s a megtévesztést a lobos ondózsinór mentén a vakbéltájra kisugárzó fájdalmak okozták.

Az évenkint ismétlődő influenzajárványok és különböző grippés fertőzések kapcsán gyakran észlelt vakbéltáji érzékenység is sok tévedés forrása lehet. Az idei járvány alkalmával különösen sokszor hívtak bennünket ilyen esetekhez consiliumba. Felesleges hangsúlyozni, hogy ilyenkor a műtét a betegek hurutos állapota miatt éppen úgy, mint a heveny appendicitissel főleg gyermekeken összetéveszthető pneumonia és pleuritis esetében, egyáltalán nem kívánatos.

Kellemetlen meglepetéssel szolgál a sebésznek az is, ha a heveny vagy subacut appendicitis tünetei miatt végzett műtétkor kiderül, hogy nem appendicitisről, hanem bél-, illetve hashártya tbc.-ról van szó. A tévedés menthető, mert bizonyos heveny esetekben a tünetek az appendicitis kórképét teljesen utánozhatják s az anamnesis is sokszor cserbenhagy. A lényeges az, hogy tévedésünket kellő időben észrevéve, az adott helyzetnek megfelelően cselekedjünk. Ha a folyamat jól körülírt tumor alakjában a coecumra és az ileum alsó részére szorítkozik és a radikális műtét technikai és egyéb feltételei megvannak, akkor gyors elhatározással el kell végeznünk az ileo-coecalis resectiót, mert végleges gyógyulás csak ettől remélhető. Ha azonban disseminált hashártya- vagy bélgümőkórral állunk szemben, akkor tartózkodnunk kell a hashártyán vagy a bélen végzett minden beavatkozástól, még az egyszerű appendektomiától is, mert utánuk az esetek nagyrészében spontan sohasem gyógyuló gümőkóros lágyrész vagy bélsársipoly keletkezik.

Itt óhajtok még röviden megemlékezni egy sajátságos és az appendicitissel könnyen összetéveszthető kórformáról, mely csak az utolsó 10—15 évben vált ismeretessé. Ez az ú. n. »appendicitis fibroplastica«. A folyamat, melyet Läwen írt le e néven először, lényegében erős kötőszövetburjánzással járó nem specifikus gyulladás, mely a féregnyúlványról indul ki, innen a coecumra, colon ascendensre és az ileum alsó részére terjed, végeredményben pedig a bélfal hatalmas kérges megvastagodására és beszűkülésére vezet. Ehhez a baj későbbi stádiumában a bél kifekélyesedése, áttörés és sipolyképződés csatlakozhatik. Läwen valószínűnek tartja, hogy az utóbbi időben »ileitis terminalis« néven gyakran leírt kórkép is ebbe a csoportba tartozik, csakhogy a fent leírt fibroplastikus elváltozások itt eleinte csak az ileum alsó, terminalis szakaszára szorítkoznak és innen terjed a folyamat másodlagosan a mesenteriumra és a coecum falára. Histologice a két folyamat teljesen azonos. A bántalom kóroktana még egyáltalában nem tisztázott, mindenesetre chron-fertőzésről van szó, mely az esetek egy részében enterogen eredetű. Erre utal az a körülmény is, hogy a kórelőzményben gyakran hosszantartó, makacs hasmenések szerepelnek, amint ez egy általam megfigyelt esetben is történt. A tünetek, különösen a bántalom heveny stadiumában annyira hasonlíthatnak az appendicitishez, hogy az elkülönítés alig lehetséges. Tévedésünkről rendszerint csak a műtét alkalmával győződünk meg, amikor a várt gyulladt féregnyúlvány helyett egy hatalmas, lobosan beszűrődött coecumot, ileumot és appendixet magába foglaló conglomeratumot találunk, amit első pillanatban tbc.-sal vagy daganattal téveszthetünk össze. Az egyszerű appendektomia, főleg ha már bélszükület is van, itt természetesen nem használ, hanem gyökeres ileocoecalis resectiót kell végeznünk, ami ugyan nagy beavatkozás, de az eredményei igen jók. Egyik ilyen betegem, akit 12 év előtt, teljesen leromlott állapotban operáltam, ma is teljesen panaszmentes.

Nagyon messzire vezetne, ha az appendicitissel összetéveszthető kórképek elkülönítő kórisméjének tárgyalásába bocsátkoznék. Erre nézve utalok e melléklet 1933. 17. számában megjelent közleményemre. Itt még csak azzal a kérdéssel kívánok röviden foglalkozni, hogy mikor operáljuk meg az appendicitises beteget? Olyan kérdés ez, melyre a válasz szinte feleslegesnek látszik és mégsem az, mert bizonyos pontokban a nézetek ma sem teljesen egyezőek. Nincs eltérés abban, hogy a heveny stadiumban habozás és haladék nélkül operálni kell. A többnapos és subacut esetek műtéti idejére nézve azonban már nem ilyen egységes a felfogás. Vannak, akik szerint minden appendicitist válogatás nélkül minden stadiumban azonnal meg kell operálni, mások viszont ma is ragaszkodnak a 48 órás időhatárhoz, amelyen túl csak a súlyos, progrediáló esetekben tartják a beavatkozást jogosultnak. Mindkét felfogás túlzott. Operálni kell 48 órán túli, subacut esetben is minél előbb, ha a klinikai tünetekből arra lehet következtetni, hogy a folyamat nem nyugodott meg teljesen, mert ily esetekben szövődményekre mindig el lehetünk készülve. Egy esetben azonban ma is jogosult a várakozás, és pedig akkor, ha teljesen megnyugtató klinikai tünetek mellett a vakbéltájon nagyobb, jól körülírt periappendicularis infiltratumot találunk. Ha ilyenkor operálunk, akkor könnyen belejuthatunk egy kibogozhatatlan, lobos cseplesz-bél conglomeratumba, melyben az appendixet sokszor egyáltalán nem is sikerül megtalálni, ha pedig erőltetjük a dolgot, akkor a lobos, törékeny bélfalon veszedelmes sérüléseket okozhatunk, az összetapadások megbolygatásával pedig a gyulladás fellángolását és propagatióját segíthetjük elő. Azért ilyen esetekben sokkal rationalisabb nyugodtan bevárni az infiltratum beolvadását, amikor is a műtét egyszerű tályognyitásra zsugorodik össze. Sokszor azonban még erre sem kerül sor, mert az infiltratum teljesen felszívódik, a beteget panaszmentesen hazaküldhetjük és 2—3 hónap mulva, a froid stadiumban, minden veszély nélkül elvégezhetjük az ilyenkor gyakran meglepően egyszerű appendektomiát.

Milkó Vilmos dr.
egyet. c. rk. tanár.

Testi és lelki megrázkódtatások a harctéren.

Régebbi hadisebészeti felfogás alapján a shockot a központi és a környéki idegrendszer megrázkódtatásával magyarázták. A világháborús megfigyeléseket főleg a szövetséges hatalmak gyüjtötték egybe; külön shock-bizottságuk volt Londonban. Ma a shockot részben magasabb agyfunctiók hirtelen megbolygatásának, részben a peripheriás érmozgató rendszer zavarának tekintjük. A vérkeringés szabályozásában az egymásbakapcsolt tényezők egész sora vesz részt (értonus, a szív önkormányzati idegrendszere, a vasomotoros központ, a vér mennyisége stb.); ha egyikük működésében zavar áll be, a többiek megkísérlik a kiegyenlítést; megfeszített működésük elégtelensége azután shockban vagy collapsusban nyilvánul meg. Shockban a vérnyomás süllyed, a savó elárasztja a szöveteket, a vér viscositásának fokozódása folytán a vér megreked a hajszálerekben, az adrenalinnak kiáramlása a vérbe szűkíti a környi ereket, a keringő vérmennyiség kevesbbedik s a hasi sympathicus bénulása folytán a vér felgyülemlik a zsigerek viszereiben. Mindennek következménye a szövetek tökéletlen vérellátása, verőeres hypotensio, ami légszomjhoz, a hőmérséklet csökkenéséhez és az érmozgató központ megfulladásához vezet. Bizonyos tekintetben hasonlít a shock a collapsushoz. Keletkezésére heves külső mechanikus behatások jellegzetesek; ezzel szemben a collapsus a szervezetben magában lezajló kóros elváltozásoknak egyik végeredménye (idült mérgezés, diabetikus koma, peritonitis stb.). A shock átmenet collapsusba, a collapsushoz vezető elváltozások viszont shockra is hajlamosítanak (shockkészség). Mind a kettő elsősorban a vegetativ idegrendszer rendellenes állapota; súlyos esetben pedig a tengéleti functiók szünetelése egyenlő a halállal.

a) *Psychikai (ideg-) shock.* Ilyen betegek igen megható látványt nyujtanak s ezzel a világháborúban nagyon sokan visszaéltek. A betegség fertőző! Nem más, mint az (lelki) idegrendszer harmonikus együttműködésének megbomlása. A psychikai shock feltételei: a kívülről jövő lelki megrázkódtatás mineműsége (közeli robbanás, betemettetés) és ereje, valamint a vegetativ rendszer feszültségi helyzete és állapota. Tudvalevő, hogy a közti agy, az együttérző, a bolygó idegrendszer és a belső elválasztású mirigyek, egyszóval az autonom rendszer reactióképességét és reactiomódját a nagy agyvelő befolyásolja. Igy érthető, hogy olyan ingerhatásokra, mint ijedtségre és örömre az egyedek különfélekép reagálnak. Katonák, akik felváltás nélkül hosszú ideig fáradalmaknak és nélkülözéseknek voltak kitéve, pl. a világháború nagy »anyagi csatáiban« (idegfeszültség, tétlenség tűzben, éhség, szomjúság, álmatlanság, hideg, nedvesség stb., a sebesülés előtt, utána és szállítás alatt), aránylag csekély külső traumára valódi shockkal reagáltak. Ezért alig fordul elő idegshock a mindjobban szaporodó békebeli közlekedési balesetek alkalmával. A mai japán-kínai harctéren, ahol a tüzérségi behatás gyér, a shockot alig ismerik (a japánok lelki edzése is hozzájárul!). Leggyakrabban kiváltja az idegshockot egy lecsapódó gránát, légibomba vagy akna robbanása, még akkor is ha egyébként nagyobb sérülést nem is okozott. Olyanokon, akik huzamosabb ideig a pergőtűz idegbontó hatása alatt voltak, meg szabadság után visszatérő katonákon gyakrabban fordul elő; ezek számára a félelem olyan, mint az izomláz a sokáig pihent lovas számára *(Kemény).* A psychikai shock *lehangolt nyomott* és izgatott hangulattal járó *alakját* különböztetjük meg. Az előbbi hatására a sérültek tökéletes eltompultságba süllyednek, hideg verejték kiveri őket, folyton törlik arcukat, nyakukat, nagy félelmi érzés bénítja meg logikus gondolkodásukat, ijedtségükben székletet, vizeletet maguk alá bocsátanak, ásítoznak, csuklanak; a test minden izmára kiterjedő, meg nem állítható ataxiás remegés ellenére a mozgató idegrendszer ideiglenesen megbénul. Az *izgalmi alakban* a betegek hangosan sírnak, jajgatnak, a helyzetet nem ismerik fel, pl. kiugranak az árokból s kiáltanak az ellenség felé: »Ide lőjj, ha mersz!«, félrebeszélnek, hysteriás görcsökben fetrengenek, őrjöngenek stb.

Ellátás: Ilyen betegeket el kell különíteni, forró itallal belsőleg és takarókkal stb. kívülről is melegíteni, az izgatottakat Dithescop-injectióval megnyugtatni.

b) *Sérüléses shock.* Ezt főleg a hirtelenül beálló, szűnni nem akaró, szörnyű fájdalom okozza. A sérült arca sápadt, szederjes, verejtékes, látái tágultak, tekintete merev; eszméletén van, de szellemileg eltompult, közömbös. A lélekzés felületes, szabálytalan, az érverés kezdetben koppanó, később puha, szapora, alig tapintható, szabálytalan; a vérnyomás csökkent (vérzés szűnik!), a végtagok bőre hideg tapintatú; a reflexingerlékenység, motilitás, sensibilitás, fájdalomérzés erősen leszállított.

Ritka a sérüléses shock *helyi alakja,* amikoris pl. a sérült végtag a sérüléssel magával nem magyarázható, múló, elhalással határos zsibbadtság állapotába kerül. Az *általános alakja* elsődleges vagy másodlagos. Az előbbi függ a sérülés súlyosságától, a sérült erőbeni állapotától és a sérülés helyétől. A másodlagos shock órák mulva jelentkezik, különös hevességgel pl., ha a súlyosan roncsolt végtagról az érszorítót levesszük és a fehérjebomlási termékek hirtelenül elárasztják a szervezetet. A megölt sejtmilliókból felszabaduló autochton histamin (szövetamin) megtámadja azonkívül az érfal izomzatát is s ezzel csak fokozza az érmozgató központ bénulása folytán előidézett vérkeringési zavarokat (30—35 gm izompép, vivőérbe fecskendezve, elegendő egy ember elpusztításához!).

Az *ellátás* igazodik az elmélettel is alátámasztott klinikai megfigyelésekhez: a) az érrendszer feltöltését vérátvitellel vagy hypertoniás konyhasóoldattal, szőlőcukoroldattal kíséreljük meg, avégett, hogy a vizenyős szövetekből az erekbe visszahozzuk a vérsavót; b) a splanchnikus idegrendszer tonisálására a hajszálerek összehúzására Tonogent (Ephedrint, Sympatholt, Veritolt) alkalmazzuk; c) a szív erejét fokozzuk coffeinnel, kámforrral (strophantinnal, strychninnel); d) a lélekző központot izgatjuk Lobelin befecskendezésével, szénsav belélekeztetésével; e) az érmozgató központ serkentését pedig Adigannal (Tetracorral, Coraminnal, Cardiazollal) érjük el.

Az elsődleges sérüléses shockban lévő sérültet nem szabad megoperálni, kivéve, ha őket elvérzés vagy fulladás fenyegeti; ilyenkor is előbb injectiókkal, vérátvitellel igyekezzünk a sérült erőnlétén javítani. Az ilyen sérült elvileg nem szállítható.

Lippay-Almássy Artur dr.
m. kir. 2. o. főtörzsorvos.

II. évfolyam 5. szám Budapest, 1941. május hó 17.

ORVOSTUDOMÁNYI KÖZLEMÉNYEK

Megjelenik minden hónap második és 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 Pázmány Péter Tudományegyetem elme- és ideg-kórtani klinikájának közleménye. (Igazgató: Benedek László ny. r. tanár.)

A palatomentalis és corneomentalis reflexről.

Írták: *Benedek László dr.* és *Angyal Lajos dr.*

Az ember mozgása osztatlan, summatio-feletti egész, amelyet az idegrendszernek fejlődése rendjén a teremtő synthesisnek, az integratiónak elve épít a positiv egészkorrelatumokkal jellemzett részműködéseknek egységévé. Az összszervezet a környezetnek összingere által hozatik tevékenységbe, amelynek rendje éppen a reflexek összehatásának tulajdonítható. Ez a körülmény egymagában is a conativ értelemszerűséget jelenti. A pyramidalis, para- és extrapyramidalis-rendszerek synallacticus alaptervezetének szétbomlása bármely szinten a reflexek működési egyensúlyának meglazulását, egyes reflexjelenségek féktelenedését, felszabadulását vonja maga után.

A szervezet a hyperreflexiák ellen élettanilag az ingerküszöbnek és a summatiónak jelenségével védekezik. Ez a védelem azt jelenti, hogy a kivitelező szervek reflectoros munkábaállása az élettani jelentéssel inkább bíró erőteljesebb ingerek, illetve inger-successiók számára van fenntartva. Míg a »Fremdreflex«-eknél működési áram-vizsgálatok az ingerösszegeződést biztosan kimutathatták, addig az in- és csonthártyareflexekben a küszöbérték és a gátlási szakasz biztosítja a reflex-actiók oekonomiáját. A neuron-határterületek, synapsisok élettani ellenállása függ a motorium oralisabb szerkezeteinek állapotától is. E tekintetben az ú. n. sajátreflexek a lobor-rendszer, a »Fremdreflex«-ek pedig az extrapyramidium károsodásának megfelelőleg mutatnak eltéréseket.

Benedek és *Kulcsár* 1928-ban magyarul (Gyógy.), majd 1930-ban francia nyelven lueses paralysis pseudobulbaris esetében egy új reflexet ismertettek, amely sem más betegségben, sem egészséges egyéneken nem volt észlelhető, a naso-oralis reflexet: az orrcsúcsnak reflexkalapáccsal megütésére a körkörös szájizom összehúzódik, az ajkak mérsékelten előcsucsorodnak. Erősebb ütéskor a reflex kisugárzik az arc szomszédos izmaira is, így elsősorban az orrszárnyakra és az áll izomzatára, tehát nem követi az inreflexekre általában érvényes »minden vagy semmi« elvet. A reflex kétségtelenül valódi reflex, amennyiben az orrcsúcs porchártyáján alkalmazott inger egy távolabbi izomban, az állizomban hoz létre összehúzódást. A reflex a szerzők megállapítása szerint a cortico-bulbaris pályák kétoldali roncsolása esetében jelentkezik és a *Simchowicz*-féle naso-orbitalis és naso-mentalis reflextől megjelenésében és kórtani jelentőségében elkülönítendő. Felemlítjük, hogy 1929-ben *Astwazaturow* a *Benedek—Kulcsár*-féle reflexet ugyancsak paralysis pseudobulbarisban naso-labialis reflex néven, mint csonthártyareflexet újból leírta. Ő a reflexet az orrgyökre alkalmazott inger által váltja ki (megkopogtatás a reflexkalapáccsal) és a kérgi gátlás alól felszabadult fajfejlődésileg ősi szopási mechanismus megnyilvánulásaként magyarázza; figyelmét azonban a korábban megjelent közlemény teljesen elkerülte.

A régebbi szerzők közül már *Bouchaud, Zahn, Oppenheim* és mások a praecentralis regio alsó szakaszának szervi megbetegedéseiben, illetve hibás fejlődése esetén a bulbaris reflexjelenségek fokozódását említik. Comában, továbbá diplegia inf. spast.- és pseudobulbaris paralysisben szenvedő betegeken az ajkak erőművi ingerlésére *H. Oppenheim* rhythmusos szopási, rágó- és nyelőmozgásokat észlelt (Fressreflex). *Oppenheim*, majd *Fürnrohr* epilepsiás roham alatt is megtalálták ezeket és a tünetnek kórjelzéstani fontosságot tulajdonítanak. *Carpenter, Probst* és mások az érdekelt vezető pályák lefutásával is behatóan foglalkoztak. Már eben az időben az extrapyramidium, így elsősorban a subst. nigra jelentőséghez jutott.

Nem célunk az arcon vagy a szájtájékon bizonyos kóros dissolutio következtében beálló valamennyi reflexjelenség felsorolása és így csupán azok felemlítésére szorítkozunk, amelyek az állon jelentkeznek vagy az állra is kiterjednek. Ide tartoznak a *Benedek—Kulcsár* és *Simchowicz* által leírt reflexeken kívül a *Cornil*-féle linguo-mentalis és a *Sarno*-féle palmo-mentalis reflexek. Míg a *Benedek—Kulcsár*-féle naso-oralis reflex esetében — amint láttuk — a mentalis componens csupán a reflex kisugárzásaként jelentkezett az inger fokozásakor és előfeltételét a kétoldali cortico-bulbaris pályák roncsolásában lehetett feltalálni, addig a *Simchowicz*-féle naso-mentalis reflex a naso-palpebralis reflex általánossá válásaként jelentkezett, könnyen kimerült s parkinsonismusban, továbbá néha neurosisokban és psychosisokban volt észlelhető. A linguo-mentalis reflexet *Cornil* 1926-ban ismertette. Kiváltási módja a következő: ha a kiöltött nyelv elülső részét enyhén megszúrjuk, az ingerelt oldalon az állizomzatban gyors összehúzódás jelentkezik. Az előadás csak rövid német ismertetésében áll rendelkezésünkre, amely a reflex kóros jelentőségére nézve adatot nem tartalmaz. Végül a *Sarno* által 1927-ben leírt palmo-mentalis reflexet említjük fel, amely szerzője szerint segmentreflex és a tenyér izgatásakor az állizmok lassú tartós, nehezen kimerülő összehúzódása formájában jelentkezik. *Sarno* szerint a palmo-mentalis reflex egyes esetekben egészségeseken is előfordul, de mindig kiváltható parkinsonismusos betegeken, még pedig főképpen az erősebb remegésnek megfelelő oldalon. Viszonylag gyakran észlelhető volt a reflex parkinsonismusos képet nyujtó paralytikusokon, hemiplegiás betegeken a spastikus oldalon és végül a serdüléses elmezavar kataton alakjában.

Alábbiakban röviden egy amyotrophiás lateralsclerosisban szenvedő beteg kórrajzát ismertetjük. A betegen két új, amennyire a vonatkozó irodalmat át tudtuk tekinteni, eddig nem ismertetett reflex volt feltalálható, amelyeket a kiváltási hely és a

reflexmozgás figyelembevételével *corneo-mentalis*, illetve *palato-mentalis* reflexnek neveztünk el.

K. M., 42 éves. Felv.: 1940. X. 15. *Kórelőzmény:* Családi terheltség nem ismeretes. Lueses infectióról nem tud. 20 év előtt typhus abdominalis. Jelen betegsége 2 év előtt kezdődött: először a bal, majd a jobb lába gyengülni kezdett, járása merevvé vált, talpával a padozatot súrolta. Kb. 1 év óta kezei is gyengülnek. 4—5 hónapja járni már egyáltalán nem tud, 3—4 hónap óta beszéde romlik, időnként félrenyel, a legutóbbi időben légzési nehézségek is jelentkeznek. Fájdalmai nincsenek. Szék- és vizeletürítés, nemi képesség megtartott.

Jelen állapot: Belgyógyászatilag negativ. Vérnyomás 155/105 Hg. mm.

Pupillák egyenlőek, kp. tágak, kerekek, úgy fényre, mint alkalmazkodásra és összetérítésre egyaránt jól reagálnak. Szemmozgások szabadok, nystagmus nincs. Facialisok egyformán jól innerválnak. Kinyujtott nyelv középállásban, mozgásai szabadok. A nyelv baloldala kissé lelapult, a nyelvben diffuse fibrillatio észlelhető. Uvula mérsékelten jobbra térül, egyébként a lágyszájpad symmetriás, hangadáskor jól emelkedik. Trigeminus érző- és mozgatóága egyaránt ép. A vizsgálatkor a rágás és nyelés részéről zavar nem mutatkozik. Masseter-reflex, garat- és nyelvcsapreflex erősen fokozott. A beteg beszéde enyhén nasalis jellegű, különösen feltünő a kemény mássalhangzók és a torokhangok elkent volta, a helyenként mutatkozó szótagbotlás, nemkülönben a beszéd tempójának és hangsúlyozásának az elégtelensége. Az agyidegek részéről más kóros tünet nincs.

Mindkét kézen az interrosseumok besüppedtek, ezenfelül feltűnő a thenar és hypothenar izmainak sorvadása. Súlyos sorvadás észlelhető mindkét alszáron, valamint mindkét láb izmaiban. Mindkét lábfej kifejezett equinovarus tartásban, a lábakat bokaizületben mozgatni képtelen, ugyancsak teljesen képtelen a lábujjakat active mozgatni. Súlyos kiesések mutatkoznak a kéz mozgásaiban. Állni és járni csupán botra támaszkodva és segítséggel tud: a járás ilyenkor igen nagyfokban paretikus és spastikus jellegű, léptei kicsinyek, csoszogóak, közben erősen előredől, alsó végtagjait circumdukálva hozza előre. Segítség nélkül megállni egyáltalában nem tud. Testszerte az izomzatban fibrillatio észlelhető, legkifejezettebben azonban az alsó- és felső végtagok izmaiban. Úgy a felső, mint az alsó végtagok izomzata pyramis typusu, elosztásában jellegzetes, spastikus tonusfokozódást mutat. Biceps-, triceps-, radialis-reflex m. o. fokozott, Mayer-reflex m. o. renyhe, Léri-reflex m. o. hiányzik. M. o. kifejezetten positiv Hoffmann és Trömnerféle reflex. Térdreflex m. o. spastikusan fokozott, a reflexogen zóna az egész alszárra kiterjed. Achillesreflex m. o. hiányzik. Has- és cremaster-reflex m. o. egyaránt renyhe. M. o. néma talpreflex. M. o. kifejezett »triple flexion«. B. o. térdclonus. Babinski, Oppenheim és Rossolimo tünet negativ.

Ataxia nincs Kóros kisagyi tünetek nincsenek.

Sensibilitas ép, a vizeletben kóros elem nincs. Vérben Wa. r. negatív.

A betegen a következő kóros reflexjelenségek voltak észlelhetők a száj körül és az állizomzatban:

1. Palmo-mentalis reflex: a tenyér bőrének izgatásakor (szúrás vagy karcolás) közepes gyorsaságú, tartós, ki nem merülő összehúzódás jelentkezik az azonosoldali állizomzatban.

2. Linguo-mentalis reflex: a nyelv elülső részének izgatásakor (szúrás, simitás, ill. megérintés kutasszal vagy nyelvlapoccal) a fentihez hasonló rángás jelentkezik az állizomzatban. Ha az ingert a nyelv oldalsó részén alkalmazzuk, az összehúzódás csupán az azonosoldali állizomzatban mutatkozik, a nyelv középső részének ingerlésekor az összehúzódás kétoldali.

3. *Palato-mentalis reflex:* a kemény szájpadnak nyelvlapoccal vagy kutasszal való izgatásakor az állizomzatban összehúzódás jelentkezik, amely lefolyásában (a rángás gyorsasága, tartóssága, a kimerülési hajlam hiánya) ugyancsak azonos a palmo- és linguo-mentalis reflexszel.

4. *Corneo-mentalis reflex,* amely a szaruhártya megérintésekor az azonosoldali állizomzat hasonló összehúzódásában jelentkezik. A reflexmozgás az áll bőrének emeléséből és annak ráncolásából tevődik össze és a m. mentalis (levator menti) hatása folytán áll elő. A reflex állandó receptiv mezővel és elég állandó küszöbértékkel bírt. Más reflexjelenségeknek módosító- vagy gátló hatását nem állapíthattuk meg. A reflex sorozatos kiváltáskor is csak lassan merül ki; az egymásután következő kiváltások sorozatában az első tagok egymást terelően befolyásolják — a közti idő szerint. Láncreflexszerü jelenségek a reflexmozgás nyomában nem jelentkeznek.

Külön kiemelendőnek tartjuk, hogy esetünkben a különben gyakori száji felszabadulási reflexek, mint a labio-oralis *(Toulouse—Vulpas),* a szopási és a palato-oralis *(Lähr—Henneberg)* reflexek nem voltak kiválthatók, továbbá, hogy a *Benedek—Kulcsár*-féle naso-oralis reflex, valamint a corneomandibularis reflexek éppen csak jelzettek voltak. Egyáltalában nem jelentkezett reflexmozgás az *Astwazaturow* által leírt módon, tehát az orrgyök megkopogtatásakor. Esetünkben a fennálló beszéd- és a kezdő nyelési és légzészavarok, nemkülönben a masseter-, a nyelvcsap- és garatreflex erős fokozódása a cortico-bulbaris pályák kétoldali bántalmát kétséget kizáróan igazolják és a cortico-bulbaris pályák roncsolásának az említett mentalis reflexcsoport létrehozásában játszott kórnemző szerepét valószínűsítik. Külön tartva az incidentiamezőt, a reflexogen zóna kiszélesedését a »Verbreiterung der Erfolgs-Sphäre«-től, azt kell állítanunk, hogy ezen leépülési reflexek egy részében reflexogen-zóna megnagyobbodás, egy másik részében pedig a *Foerster* által körülírt kiviteli zóna-szélesedés van jelen.

Foerster arteriosclerotikus izommerevség és Parkinson-tünetegyüttes esetében az orr- és járomcsont csonthártyájáról, nem ritkán a homlokcsontról és az állkapocsról kopogtatással ugyanazon, de olykor a túloldali arcizomzatban is rángásokat válthatott ki. A *Foerster* által leírt utóbbi reflexjelenségeket *F. Duensing* »Fremdreflex«-eknek minősíti és a kopogtatási bőrdeformatióból vezeti le. Hogy az általunk leírt naso-oralis reflexre ez a felfogás nem általánosítható, az kitetszik azon körülményből, hogy a bőr vongálásával ezen reflexjelenségek nem voltak kiválthatók, míg a porchártyának már könnyű kopogtatásos izgalma is a reflexet előidézte. Ezen reflexmozgások »idegen« (»Fremdreflex« *Hoffmann),* avagy »saját«-reflex (»Eigenreflex«) természetét nem mindig könnyű megállapítani. Úgy klinikailag, mint élettanilag nem ritkán átmeneti formákkal találkozunk. Ilyen átmeneti reflexformákat írt le *F. Duensing* röviddel ezelőtt megjelent monographiájában athetosisban szenvedő betegeken, amelyek »egyes« ingerekre, mint »egyes« rángások állottak elő és összegeződési jelenségeket nem engedtek felismerni, — eltekintve a kimerülésre való hajlam hiányától. Az athetoticus mozgászavarnál észlelhető »athetosisos reactio«, ha az »egyes« ingerhez csatlakozott, époly hosszú lappangással bír, mint a »Fremdreflex«, a reflex-idő sem különbözik szükségképpen, bár általában az »Eigenreflex«-eknél 12—14σ, a »Fremdreflex«-eknél 30—50σ

szokott lenni. A működési áram-diagrammokban úgy a »saját«, mint az »idegen« reflexeket biphasisos görbe jelzi, míg az athetoticus reactiókat összefolyó tetanusos összehúzódásoknak kis hullámai jelzik. Az athetosisnál és más extrapyramidalis bántalomnál *Friedrich Duensing — M. Schneider*nek élettani vizsgálataival is megalapozva — a saját-reflexekhez hasonló »Fremdreflex«-eket talált, amelyek egyes rángásokból állnak, egyes ingerekre következnek be és alig merülnek ki. A somatotop tagoltság, az electiv sejtpusztulás és az egyes extrapyramidalis központok közti működési egyensúlyzavar olyan tényezők, amelyek kóros »Fremdreflex«-eknek különleges typusait meghatározzák. *Schriever* állatkísérletei világosan mutatták, hogy a középagy basisán olyan szerkezetek vannak, amelyeknek condensator-kisülésekkel eszközölt izgatásával a gerincvelői synapsisoknak izgalom-átbocsátó képessége, tehát a reflexizgalomnak kisugárzása határozott emelkedést mutat. Az állatkísérleti eredményeket az emberi motoricara átvive, *Schriever* ezt az ú. n. összegeződési központot a striatumba kívánja elhelyezni. Ezen kísérletek nyomán *Duensing* az athetosisos fokozott reflex-igénybevehetőséget a bőrreflexek területén extrapyramidalis túlműködéses munkamódnak minősíti és úgy véli, hogy embernél a szóbanforgó központot a pallidum vagy a középagy tartalmazza és az idült gyulladásos vagy egyéb károsító folyamat ezen központ felszabadításával hatna serkentően. A striatum ellenőrzése a feltételezhetően caudalisabban fekvő reflexközpontra nem érvényesül. Az ú. n. »Fremdreflex«-eknél két helyen tételezhető fel fokozott synapsis-átjárhatóság: egyfelől az érző gyökérrost és közti neuron-sejt, másfelől az utóbbi és a mozgató elülső szarv-dúcsejt között.

Fulton-, Kennard- és *Kellernek* emberszabású majmokon végzett kísérletei, *P. C. Bucy-* és *D. N. Buchanannek*, továbbá *Th. I. Casenek* az athetosisnál a »cortical level« magasságában végzett műtéti eredményei, az »idegen« és átmeneti reflexeknek az athetosissal való kapcsolata az agranularis homloki formatiónak és a parapyramidalis rostoknak jelentőségére utal a leépülési jelenségek létrehozásában. Utalunk itt *Dusser de Barennere*, akinek gerincvelői strychnin-kísérletei a bőrreflexekre nézve megvilágították a reflexogen zónák kiterjedésének és az effector munkaterületek rendellenes igénybevételének mechanismusát; mindkét lehetőség egymástól függetlenül is kóros körülmények között előfordulhat. Egyénfejlődésileg a lelki tartalmakkal telt mimika a csecsemőnek arctömegmozgásaival tart fenn összeköttetést; az amorph reactiv automatismusokból különböződnek ki az önállóbb, lelki tartalommal telt kifejező formák. A kisugárzó reflexféleségek visszaütést jelentenek ezen fejlődési szakaszhoz.

Összefoglalás: Amyotrophiás lateralsclerosis egy esetében a szájtájék deliberatiós reflexeinek egy különleges csoportja, a mentalis reflexcsoport erősen positiv volt. A Sarno-féle palmo-mentalis és a Cornil-féle linguo-mentalis reflex mellett szerzők két új mentalis reflexet ismertetnek, amelyeket a kiváltási mező és a reflexmozgás figyelembevételével corneomentalis, ill. palato-mentalis reflexnek nevezték el. A cortico-bulbaris pályák kétoldali bántalma a klinikai tünetek által kétséget kizáróan igazolt volt. Az ismertetett reflexjelenségek visszatérést jelentenek egy korábbi egyénfejlődési állapothoz, a csecsemő arc-tömegmozgásaihoz.

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

Befolyásolják-e sugárhatások (Rtg. kvarclámpa) a fonálgombák megtelepedését a bőrön?

Írta: *vitéz Berde Károly dr.*

Afelől nincs kétely, hogy a hajban-szőrben élősködő fonálgombák okozta betegségeknek, mint a trichophytiának, mikrosporiának és favusnak röntgenkezelése alkalmával a beteg gócra bocsátott epilatiós hatású sugármennyiség magukra a kórokozó gombákra semmi különösebb hatást sem gyakorol. *Sabouraud* már évtizedekkel ezelőtt hangsúlyozta, hogy bármilyen fontos és nélkülözhetetlen is a röntgensugár a gyógyulás kiváltásában, hatásának lényege nem a gombákban, hanem a gazdaszövetben létrehozott változásokon nyugszik. A sugárhatás lényege az epilatio előidézésében, azaz a hajszál anyasejtjeire gyakorolt befolyásban van, aminek következtében a kihulló hajszállal együtt kiküszöbölődnek a gombák is a bőrből.

Sabouraud emez állítását — igaz, hogy csak bizonyos egyoldalúsággal — számos kísérlet igazolta. Az előző két évtized folyamán csaknem minden, a gyógyászatban használatos sugárféleség hatását megvizsgálták a növényi kórokozókra gyakorolt befolyás szempontjából. E vizsgálatok eredményéből a továbbiakra tekintettel a következőket emeljük ki: *Halberstädter* és *Mayer* megállapították, hogy a hasadógombák, azaz bakteriumok megölésére az emberi bőrön gyógyítás céljából alkalmazott röntgensugármennyiségek elégtelenek. Egy prodigiosus-tenyészet elpusztításához pl. akkora röntgensugáradagra van szükség, amekkora az ember testén igen mélybe terjedő nekrosist idézne elő. *Ellinger* és *Gruhn* szerint bizonyos bakteriumtenyészeteket már 500 r. is megtámad, de vannak olyan fajok, amik 100 kw feszültség mellett 15.000 r.-nek is ellenállnak. A sarjadzógombák alaptypusán, az élesztőn *Nadson* végzett ilyen kísérleteket, megállapítva, hogy a röntgensugár okoz ugyan degenerativ jelenségeket azok testében, ezek azonban még messze vannak az elhalástól. A fonálgombákon, elsősorban a Mikrosporon Audouini-n magunk is megállapítottuk, hogy az a röntgensugárnak a végtelenségig ellenáll akár parasita, akár saprophyta állapotban. Ezeket az eredményeinket más hajszálélősdieken, elsősorban trichophytonokon *Jacobson* megerősítette. A határsugarak hatástalansága felől ugyanez derült ki *Muskatblit* és *Ouspensky* vizsgálataiból, akik szerint 50.000 r. sem képes a fonálgombák életképességét és növekedését akadályozni. *Troeltsch* a rövidhullámú sugárzást alkalmazta a trichophyton gypseum és violaceum telepein, de a 6—12 méter hullámhossz is alig fejtett ki rajtuk biologiai hatásokat.

Simič és *Milosevič* a rádium β és γ -sugarainak tették ki a trichophytonokat és megállapították, hogy 4 cm-ről 8—9 millicurie már akadályozza ugyan növekedésüket, de elpusztulásukról nem tesznek említést.

Másként állunk a látható fény, továbbá a hő- és az ultraibolyasugarak hatása tekintetében. Ezekkel szemben a gombák ellenállóképessége sokkal csekélyebb. Amint annak idején még a szegedi bőrklinikán megállapítottam, a gombák sötétben tenyésznek legjobban s a nap- és az izzólámpa fénye — mindket-

tő gazdag hő- és ultraibolyasugarakban is — megtámadja a saprophyta-telepeket, de sokkal kevésbbé a hajszálon élő gombát. Ugyanakkor azt is megállapítottam, hogy a látható spektrumszakasz egyes részei, az azonos fényforrásból különböző színű szűrőkön átbocsátott fény, nevezetesen a vörös, sárga, kék, különböző módon hatnak a fonálgombatelepek növekedésére és anyagforgalmára. Érdekesen egészítette ki vizsgálatainkat *Thibaut*, aki a spektrum ultraibolya szakaszát egyes apróbb szakaszocskákra bontotta és bocsátotta külön-külön a gombatelepekre, megállapítva, hogy a láthatatlan szakasz egyes hullámhosszai sem egyformán hatnak a gombákra.

A sugárzó energia egyes alakjai között — amint látjuk — éppen a gombás hajbetegségek gyógyításában oly nagy eredménnyel alkalmazott röntgensugaraknak van a legkisebb abiotikus hatásuk, míg a gombás hajbetegségek gyógyításában értéktelen és nem is alkalmazott más sugárféleségek sokkal erélyesebben tudják a gombákat károsítani.

A gyógyítás tehát nem a sugarak abiotikus képességétől függ.

A kérdés azonban ezzel még nincs lezárva, mert ezek a kísérletek egyoldalúak. Mindnyájan csak a gomba és a sugár viszonyait vizsgálják, holott az élő és gyógyítandó bőrben a sugárzó energiának nemcsak a gombára gyakorolt hatásával kell számolnunk, hanem a gazdaszövetre gyakorolt olyan hatásokkal is, amelyek azután közvetett úton befolyásolhatják a parasitát. Az utolsó két évtized folyamán végzett vizsgálatok a sugaraknak a bőrben kifejtett biologiai hatása felől olyan adatokat is tártak fel, amelyek újabb mérlegelésre késztetnek bennünket a sugárhatás és gyógyulás viszonyának megítélésében.

A röntgensugarak hatása alatt a bőr minden rétegében fermentativ és kolloid-chemiai változások állnak be *(Rost)* és számos sejttevékenység is megváltozik. E változásoknak fizikai, chemiai és szövettani módszerekkel kimutatható következményei vannak. *Cohnen* vizsgálatai szerint pl. a nyúlon végzett röntgenepilatio, amelyhez 840—2100 r-re van szükség, sejtdegeneratiókra vezet a szőrszál gyökérhüvelyén, a hajszálpapillában, festékszaporulatra az alapsejtekben, változásokra az érfalban, fibroblasták felszaporodására a tüszők körül és a rugalmas rostrendszer sérüléseire. E változások tartósságát és mélyrehatóvoltát jelzi az a régen ismert jelenség is, hogy az epilatio után annak területéből hónapok múlva sötétebb színű, vaskosabb, sőt esetleg göndör hajszálak nőnek ki, azaz más typusú haj, mint amilyen előzőleg ott volt. *Masumuto* úgy találta, hogy a radiumsugarak hatása alatt a hám szabad idegelemei mintha eltűnnének, alig sikerül őket kimutatni már akkor, amikor még gyulladás, vagy nekrosis semmi jele sem látható a bőrben. *Windholz* mind az apró vénákon, mind az apró arteriákon szöveti elváltozásokat figyelt meg, *Turano* pedig még ezek fellépte előtt capillarmikroskoppal kimutatható rhytmikus tágulásokat és szűkületeket figyelt meg rajtuk.

A mi kérdésünk szempontjából különösen fontos körülmény, hogy az epilatiós röntgensugáradag egyben a bőr elválasztó tevékenységét, a verejtékezést és a faggyútermelést is csökkenti. *Speierer* emellett azt is állítja, hogy az epilatiós hatású röntgensugármennyiség megváltoztatja a bőrfelszín pH. viszonyait, verejték és faggyútermelését és feltételezi, hogy ez a gombák megtelepedése és tenyészése szempontjából is kedvezőtlen körülményeket teremt. Ezért szerinte a Röntgen-epilatio gyakorlati értéke ebben a tekintetben is fölötte áll pl. a thallium-epilatiónak.

Az ásványi sók viselkedéséről a bőrben röntgensugarak behatására újabban a *Meltzer H.* és *Kühtz* spodographikus vizsgálatai révén nyertünk érdekes adatokat. Ezek szerint 220—1100 r. hatása alatt a nyúl bőrében a Ca., Mg., P. és Fe. vegyületeinek eloszlásában kétfázisú változás áll be, mind emez anyagok mennyiségében, mind pedig egymásközti arányában. Hogy ez miként hat ki a felszín és a szaruréteg ásványi viszonyaira, azt ugyan még nem tudjuk, de reá kell itt mutatnunk *Vámos* vizsgálatainak eredményére, amelyek szerint az anorganikus sók, alkaliák és földfémek, valamint az ammoniák magasabb töménysége a táptalajon — esetünkben a szarurétegben — gátlóan hat a gombatelepek fejlődésére.

A Rtg.-sugár azonban immunbológiai tekintetben is átalakítja a bőr reactióképességét. Amint *Kisselev* állatkísérletekkel kimutatta, az előzetes Rtg.-besugárzás helyileg felfokozza a bőr ellenállóképességét és csökkenti gyulladáskészségét a bakterium-mérgekkel szemben. Emberen is a reactióképesség allergiás megváltozására kell gondolnunk, amikor azt látjuk, hogy aphlegmasiás gombás gócok epilatiós besugárzását kerion-képzés követi vagy ha kerion besugárzása után általános tünetek mellett mykidek borítják el a köztakarót.

Milbradt a határsugarak hatása felől végzett vizsgálatokat a bőrben és úgy találta, hogy e sugarak keménységük szerint változó mértékben szembetűnő módosulásokat váltanak ki a bőr fizikai, fizikochemiai és vegyi viszonyaiban. Hatásuk alatt megváltozik a bőr hőmérséke, rugalmassága, fehérjéinek egymásközti viszonya, víz-, cukor- és lipoidtartalma. Eltolódások állanak be az anionok és kationok egymáshoz való viszonyában, a chlor, az alkali, a phosphatok mennyiségében, a hámban pedig alaktanilag is kimutatható jelenségek állanak be, mint hyperkeratosis, dús sejtmagvak, festékszaporulat, stb.

A felsoroltak ismeretében jogosan merül fel a gyanú, hogy mindemez elváltozások a bőrben a szaruréteg minőségét, annak vegyi és fizikochemiai viszonyait is befolyásolják, azaz *talán kedvezőtlen irányban megváltoztatják a parasitáló fonálgombák számára a táptalajt* s így közvetett úton bár, de végeredményében *a sugárhatásnak az epilation kívül más úton-módon is szerepet juttatnak a gombás folyamat gyógyításában.*

Erről kísérletesen kívántunk tájékozódni, mégpedig egyébként egészséges emberek bőrén. Kísérleti tervem az volt, hogy a próbáknak alávetendő emberek egyik csoportjának valamelyik szőrtelen testtáját előzetesen besugározom s azután megkísérlem trichophytonnal fertőzni. Egy másik csoportjukon pedig előzetesen fertőzöm a bőrt s azután sugározom be epilatiós adaggal. Szőrtelen testtájon az epilatiónak szerep nem jutván, az esetleges eredmény a sugaraknak a bőr egyéb képleteire gyakorolt hatását fogja elárulni. Ellenőrző próbák gyanánt mindkét csoportban a kísérleti egyén másikoldali megfelelő bőrterületét ugyanazon módon fertőzöm, de nem sugarazom be.

A kísérletek végrehajtásában klinikám gyakornokai, dr. *Dávid* Margit és dr. *Nagy* József voltak szorgalmas segítőtársaim.

Az első kísérletcsoportot tizenöt egészségesbőrű,

nemibetegségben szenvedő fiatal nőn hajtottuk végre. Kísérleti terület az ágyéki tájék, mégpedig a főkísérlet számára a gerincoszloptól balra, az ellenőrző kísérlet számára attól jobbra. A felszínt benzines törlővel letakarítva és zsírtalanítva a két oldal felelkező pontjára üvegpapír segítségével ugyanazon trichophyton gypseum asteroides két-háromhetes tenyészetéből kb. egy kacsnyit dörzsöltünk a hámba, amíg a dörzsölt felszínen enyhe savós nedvezés indult meg. Ekkor a bedörzsölt területeket száraz kötéssel fedtük. A felszínes trichophytia kialakulásának megindulása rendszerint az ötödik napon vált észrevehetővé. Ezért a fertőzést követő 3—5-ik napon a baloldali fertőzött területre epilatiós Rtg.-sugáradagot adtunk, a jobboldali fertőzött szakaszt pedig ellenőrzés gyanánt besugárzás nélkül hagytuk. Az eredmény a következő volt: a fertőzést követő két héten belül a 15 eset közül mindkét oldalon kialakult a trichophytia typikus góca kb. egyforma terjedelemben, hét esetben. Csupán a sugárzott területen két esetben. Negativ maradt a fertőzési kísérlet mindkét oldalon hat esetben (összesen 15). Olyan esetünk egy sem volt, amelyikben a fertőzés csupán a sugarazatlan területen fogamzott volna meg és a sugárzott területen elmaradt volna. A hat, mindkét oldalon negativ esetről fel kell tételeznünk, hogy azokban vagy a fertőzés technikájába csúszott be valami hiba, vagy ezek a személyek egyéb okból alkalmatlanok voltak a fertőzés megfogamzására.

E kísérletcsoport eredménye szerint tehát a fertőzést 3—5 nap mulva követő epilatiós Rtg.-sugármennyiség piheszőrös területen nem hoz létre olyan változásokat a bőrben, amelyek a trichophyton gypseum asteroidesnek e felszínen való megtelepedését megakadályozná vagy az általa létrehozott kórképet bármilyen módon befolyásolná.

A gyógyulási hajlamban sem vettünk észre semmi különbséget a két oldal között. Higított jódtinktúra és 5%-os salicyl-zinkpaszta alatt mindkét oldal gócai egyformán és azonos idő alatt gyógyultak.

A kísérletek második csoportjában megfordítottuk a sorrendet. 30 személyen először besugaraztuk az ágyéki tájék bal felét s öt nappal ezután kíséreltük meg fertőzni a tájék mindkét felét. Az eredmény meglepően egyöntetű volt: 26 esetben mindkét oldalon egyformán fogamzott meg a fertőzés, négy esetben pedig egyik oldalon sem fogamzott meg. A lefolyásban és a gyógyhajlamban sem mutatkozott semmi különbség .

Az epilatiós Rtg.-sugáradagnak tehát egyik kísérletsorozatban sem láttuk olyan következményét a bőrben, ami alkalmatlanná tenné a felszínt a trichophyton gypseum asteroides megtelepedésére, a typikus trichophytia superficialis kialakulására vagy a folyamatnak vegyi anyagokkal végzett gyógykezelése folyamán a gyógyulás gyorsabbá tételére.

Párhuzamosan ezekkel a kísérletekkel, vizsgálatainkat egy másik irányban is kiterjesztettük. A kvarclámpa fényének hatása alatt ugyancsak vegyi, fizikochemiai és biológiai változások sorozata áll be a bőrben. Durvább jelenségeit, mint a gyulladás, a hólyagképzés, hámlás, festékszaporulat mindennapi tapasztalataiból ismerjük. A finomabbakat az utóbbi évek folyamán *Heringa* tanulmányozta tüzetesebben. Szerinte az ingerküszöb határán túl a hámsejtek duzzadnak, az alapsejtek sorából pigmenttartalmú sejtek lépnek át a tüskésrétegbe, a szarurétegben parakeratosis látható, de különösen a bőr zsír- és lipoidtartalmában jelentkeznek a megszokottól eltérő jelenségek. Már az irhában zsírszemcsékkel zsúfolt histiocyták szaporodnak fel az erek körül. A tüskéssejtek belsejében nagy zsírcseppek jelennek meg s a szaruréteg zsírtartalma is megnövekszik. Nevezett szerző vélekedése az, hogy itt nem degeneratioszerű kolloidchemiai változásokról van szó, hanem a histiocyták szállítják a zsírt a mélyből a felszín felé. Ez a jelenség a besugárzás után 3—4 nap múlva éri el a tetőpontját s a szerző ezt »lipophanerosis«-nak nevezi. *Castellino* a besugárzott bőrterület katalase-aktivitásának változásáról számol be. *Wels* az ultraibolyasugarakról, *Ortmann* pedig a spektrum látható szakaszának a rövidebb hullámú részéről állapítja meg, hogy azok lényeges mértékben emelik a hám redukálóképességét. Ezek mellett azonban a bőr immunbiológiai viszonyaiban is változások állanak be. Amint *Bratusch-Marrain* és *Asperger* közlik, a Pirquet- és a Schick-reactiók az előzőleg besugárzott, egyébként nem gyulladt bőrön intenzívebbek, de gyorsabban is fejlődnek vissza.

A kísérleteink harmadik csoportjában tehát vizsgálat alá vettük a kvarclámpával enyhe pir beállтáig sugárzott, de már nem gyulladt bőr fogékonyságát a trichophyton gypseum asteroidessel szemben. 30 fiatal nő ágyéki tájékának baloldalát besugároztuk, majd 3—4 nap múlva, amikor a gyulladás tünetei már lezajlottak, s a *Heringa*-féle lipophanerosis sejthetően a csúcspontjára ért, a tájék mindkét oldalát megkíséreltük fertőzni a fentebb leírt módon. Az eredmény körülbelül azonos a két előbbi kísérletcsoport eredményeivel. A 30 személy közül huszonnégynek mind a sugárzott, mind a sugárzatlan területén egyformán megfogamzott a fertőzés, négy személyen egyik oldalon sem fogamzott meg, egyen pedig megfogamzott a besugarazott helyen, míg negatív maradt a sugarazatlanon.

A kvarclámpával keltett enyhe gyulladás lezajlása után tehát nem állanak be olyan változások a bőr felszínén, amelyek a trichophyton gypseum asteroides megtelepülését zavarnák, vagy egyébként befolyásolnák. A kétféle fertőzött területen a kórlefolyás és a gyógyhajlam is azonosnak bizonyult.

Összefoglalva vizsgálataink eredményét, megállapítjuk, hogy 75 emberen végzett kísérletünk szerint sem az epilatiós Rtg.-sugáradag, sem a kvarclámpa fényének píradagja nem tud olyan biológiai, fizikai vagy fiziochemiai változásokat létrehozni a besugárzott bőrben és annak felszínén, amelyek szőrtelen területen alkalmatlanná tennék a hámréteget a trichophyton gypseum asteroides megtelepedésére, s a trichophytia kialakulására. E kísérletsorozat tehát más oldalról megerősíti *Sabouraud* ama régi megállapítását, hogy szőrös területek mély trichophytiájának gyógyítása alkalmával az epilatiós Rtg.-sugáradagnak valóban nincsen semmi más szerepe, mint a gombatartalmú hajszálak kihullasztása révén a gombák tömegének eltávolítása a beteg területről.

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 elme- és idegkórtani klinikájának közleménye (igazgató: Benedek László ny. r. tanár).

A kobrakígyóméreg alkalmazása tabeses gyöki izgalmi tünetek kezelésében

Írta: *Horányi Béla dr.*, egyet. magántanár, adjunctus.

A kígyóméregnek az idegrendszer egyes részeire, illetve működéseire gyakorolt hatásának ismerete véletlen megfigyelésekből indult ki. *Spangler* (1910.) észlelte, hogy súlyos epilepsiás egyénnél kígyómarás után 2 éven keresztül minden gyógykezelés nélkül szüneteltek a rohamok. E megfigyelés alapján többen kísérleteztek epilepsiánál crotalinnal, kielégítő eredménnyel. Pár évvel ezelőtt azután különösen a kobrakígyóméreg neurotoxinjának fájdalmakat csillapító hatását ismerték fel egyebek között *Calmette* nem szándékos önkísérlete alapján, amely szerint ő kobrakígyó harapása után egész testében anaesthesiássá vált, amíg antiserumot nem kapott. A párisi Calmette-intézetben systematikusan vizsgálták a kobrakígyóméregnek különösen a daganatok által okozott fájdalmakra gyakorolt hatását. *Monaelesser* és *Taguett* 1933-ban már 115 rákesetről számol be, ahol a kobratoxin a rákos daganatok által okozott fájdalmakat kedvezően befolyásolta; emellett a rákos daganat fejlődésére is gátlólag hatott. *Klobusitzky* 1937-ben összeállította az irodalomból a kobrakígyóméreggel kezelt rákos eseteket. Adatai szerint 564 fájdalmakkal járó rákoseset közül 414-ben jelentékenyen csökkentek a fájdalmak kobrakígyóméreg kezelésre. A kobrakígyóméreg fájdalomcsillapító hatását más fájdalmas betegségek egész soránál, mint tabesnél, neuralgiáknál, migrainenél, stb. megpróbálták alkalmazni. *Rottmann* a bécsi klinikán systematikusan vizsgálta a kobrakígyóméreg hatását a tabes dorsalis tüneteire, különösen a lancinálásokra és a gastrikus crisisekre. *Rottmann* szerint a kígyóméregnek a tabeses gyöki izgalmi tünetekre gyakorolt kedvező hatása nemcsak a kígyóméreg neurotoxinjának specifikus fájdalomcsökentő hatásán alapszik. Szerinte a kobraméreg a nervus radicularisok területén spirochaeták hatására képződő lueses granulatiós szövet fejlődését gátolja, illetve a már kialakult granulatiós szövet vérkeringési viszonyait javítja és ezáltal a szövetek fellazulását, az ideggyökerekre gyakorolt nyomásnak csökkenését idézi elő a vegetativ idegrendszer áthangolása mellett. *Rottmann* kiindulási alapja tehát a tabes pathogenesisének *Richter, Sharapov* és mások által propagált felfogása. Saját, szorosan arra irányuló szövettani vizsgálataim, vajjon megállapítható-e közvetlen összefüggés a lueses granulatiós szövet jelenléte, illetve minősége (friss, heges szövet) és a radicularis izgalmi tünetek között, nem tudták a *Richter*-féle felfogás klinikai-pathologiai általános érvényét igazolni, nevezetesen tabeses crisisekben szenvedőknél rendszeresen vizsgáltam a megfelelő thoracalis gerincvelői gyökereket, s ezen vizsgálatokban nem nyert megerősítést a nervus radicularis bántalmának közvetlen összefüggése a klinikai képpel. Nevezetesen crisis-negativ esetekben is található volt a megfelelő thoracalis hátsó gyökereken a nervus radicularisok területén nagymennyiségű granulatiós szövet, viszont crisispositiv esetekben nem volt található.

Ha a szövettani vizsgálatok nem is erősíthették meg *Rottmann* elgondolását a kobraméreg hatásmechanismusáról tabeses radicularis izgalmi tüneteknél, *Rottmann* közleményeiből kétségtelennek látszik, hogy a kobraméreg-kezelés kedvezően befolyásolja az egyébként olyan nehezen kezelhető lancinálásokat és crisiseket. *Rottmann* legutolsó közleményében már 50 kobrakígyóméreggel kezelt tabes esetről számol be; valamennyien évek óta a legkülönbözőbb kezelésekkel dacoló lancinálásokban és crisisekben szenvedtek. 39 esetben a liquor negativ volt. Az 50 eset közül 23 esetben aránylag rövid ideig tartó kobrakezeléssel volt elérhető teljes fájdalom, illetve crisis-mentesség, 15 esetben hosszabb ideig tartó kezelés vezetett ehhez az eredményhez, 9 esetben csak állandó tört dosisokkal történő tartós kezelés tudta a fájdalom-mentességet fenntartani és csak 3 eset volt teljesen refractaer. Ezek a számok rendkívül biztatók olyan betegségnél, ahol gyakran még a *Foerster*-féle radicotomia is csak átmeneti eredményekhez vezet. Da a tabes egyéb tüneteit is kedvezően befolyásolja *Rottmann* vizsgálatai szerint a kobrakígyóméreg. 19 ataxiás esete közül 8-ban megszünt, illetőleg lényegesen csökkent az ataxia, több esetben megszűnt az aortagia. Több seropositiv esetben a liquorlelet teljes sanálódását észlelte különösen salvarsankúrával combinált kezelésnél. Legújabban *Rottmann* úgy találta, hogy különösen a kobraméregnek jódinjectóikkal való combinálása vezethet szép eredményhez.

A budapesti elme- és idegkórtani klinika anyagán utánvizsgáltuk a kobraméreg therapiás hatását lancináló, illetőleg gastrikus crisiseket mutató tabeses esetekben. Ebben a cikkünkben csupán 18 olyan esetről szándékozunk beszámolni, amelyeknél a kúra lefolytatása óta legalább 8 hónap telt el, hogy ezáltal a kezelés hatásosságának időtartamára vonatkozólag is képet nyerjünk. A 18 eset közül 11 lancináló beteg volt, 5 gastrikus crisisekben, 2 pedig lancinálásokban és crisisekben szenvedett, valamennyi olyan eset, amelyek már számtalan antilueses kúrán, röntgenbesugárzáson, rövidhullámkezelésen, stb. estek át számbavehető eredmény nélkül. A 18 eset közül 14 oligosymptomás tabes volt; a képet lancinálások, illetve crisisek uralták, ezenkívül csupán reflektorikus pupillamerevség, reflexhiány volt észlelhető. Általános tapasztalat, — erre *Rottmann* is utal — hogy éppen az oligosymptomás tabeseknél a leggyakoribb a lancinálás, illetve crisis. 4 esetben volt komolyabbfokú ataxia, 2 esetben hólyagzavar, 2 esetben érzészavar, 1 esetben optikus atrophia jelen. Mindjárt megemlíteném, hogy az optikus atrophia kezdeti stadiumban volt és a tűrhetetlen lancinálások miatt szántuk el magunkat a kobrakezelésre, de már a harmadik óvatosan bevezetett kis dosis kobraméregnél is a látás romlani kezdett. Ezen tapasztalat alapján fontosnak tartjuk, hogy minden tabeses beteget kobrakezelés előtt alapos szemészeti vizsgálatnak vessünk alá és olyan esetekben, ahol optikus atrophiának akár csak legkezdetibb jelenségei mutathatók ki, tekintsünk el a kobrakezeléstől. Különösen olyan optikus atrophia esetekben legyünk óvatosak, ahol a centralis látás kezdettől fogva csökkent vagy ahol a látóterek zöldre és pirosra erősen beszűkültek, mert *Behr* vizsgálatai szerint ezek az esetek ab ovo rossz prognosisúak. A 18 eset közül serologiai vizsgálat történhetett 16 esetben, ez esetek közül 7 teljesen negativ volt (a liquorban az összes reactiók, a colloidealis görbéket is beleértve, negativok voltak), 4 esetben csupán a colloidealis görbékben volt eltérés, 5 esetben a liquorban a Wa. r. positiv volt. A 18 eset

közül 12 a kezelés tartama alatt semmiféle más kezelésben nem részesült (fájdalomcsillapítóktól eltekintve), 4-ben a kobrakezelés mellett antilueses kúrát is végeztünk salvarsannal és bismuttal, 2-ben a kobrakezelést a *Hilgermann—Benedek*-féle activ spirochaeta immunizálással combináltuk.

A kezelést a Wiener Seratherapeutisches Institut által előállított és rendelkezésre bocsátott kobrakígyóméreggel végeztük; az anyag 5 ccm-es fiolákban kerül forgalomba. A kezelést 0.1 ccm-rel kezdtük subcutan. Miután a befecskendezés helyén, különösen az első injectiók után, többször fájdalmas körülírt duzzadásokat észleltünk, célszerű a befecskendezést a hát bőrén, a scapulák alatt végezni, ahol a fájdalmas duzzadás a mozgásokat nem akadályozza. Ha kifejezettebb melléktünetek (l. a következőkben) nem jelentkeztek, 3 nap mulva adtuk az újabb injectiót 0.2 ccm-t. Hetenként rendszerint 2 injectiót adtunk, eleinte 0.1 ccm-rel, később, ha nagyobbfokú reactio nem jelentkezett 0.2 ccm-rel emelkedtünk. 1 ccm-nél nagyobb dosist sohasem adtunk. Melléktünetek jelentkezése esetén 5—6 napos pausát tartottunk és ugyanazt a dosist megismételtük. A kúrát addig végeztük, míg a fájdalom-, illetőleg crisismentesség beállott, utána csak 2 injectiót adtunk a hatás stabilizálására. Ha 5 ccm beadása után 2 hét alatt eredmény nem mutatkozott, a kúrát eredménytelennek nyilvánítottuk és tovább nem folytattuk. A *Rottmann* által ajánlott hosszabb ideig tartó, sőt egyes esetekben csaknem állandónak mondható kezelést a rendelkezésünkre álló kísérleti anyag korlátolt volta miatt nem végeztük. Ezt a tényt eredményeink megítélésénél szem előtt tartottuk.

A 11 lancináló eset közül a kúrára teljesen fájdalommentessé vált 4 eset (36.4%); a 4 eset közül az egyikben a kobrakezelés mellett *Hilgermann—Benedek*-féle activ spirochaeta immunizálást is végeztünk. 2 esetben a lancinálások ritkábbá és enyhébekké váltak; végül 5 esetben (45.5%) eredményt nem láttunk. A teljes és jó eredményt egyesítve a 11 lancináló eset közül 6-ban (54.6%) láttunk egyszeri, aránylag kis mennyiséggel végzett kúrától számbaveendő eredményt. Tekintettel arra, hogy a kúra óvatosan végezve semmiféle veszéllyel, sőt kellemetlenebb melléktünettel nem jár, technikája is egyszerű, ezeket az eredményeket kedvezőnek kell mondanunk. A mi eredményeink nem érték el *Rottmann* számait, aki, mint láttuk, eseteinek több mint 90%-ában tudott legalább is lényeges javulásokat elérni, azonban a mi eredményeink nem hasonlíthatók közvetlenül össze *Rottmann* eredményeivel, miután mi csak rövid ideig tartó, legfeljebb 5 ccm mérget jelentő kúrákat végeztünk. Ami a mi eseteinkben elért eredmények tartósságát illeti, a következőket találtuk. A 6, szép eredményt mutató eset közül egynél 5 hónap mulva, egynél 7 hónap mulva recidiváltak a lancinálások, 4 azonban 8 hónap mulva is tünetmentes; ezek közül az egyik *Hilgermann—Benedek*-féle activ spirochaeta immunizálásban is részesült. Még ha e 4 eset is recidiválni fog a jövőben, akkor is 8 hónapi tünetmentesség ilyen fájdalmak mellett nagy nyereséget jelent.

Az 5 gastrikus crisises eset közül 3 vált tünetmentessé a kúrára, e 3 eset közül az egyik a kobrakezelés mellett *Hilgermann—Benedek*-féle activ immunizálásban is részesült, 2 eset teljesen refractaernek mutatkozott. 8 hónap mulva a 3 tünetmentessé vált eset közül egy 4 hónap mulva recidivált, 2 eset azonban 8 hónap mulva is tünetmentes; ez esetek egyike a *Hilgermann—Benedek*-féle kezelésben is részesült.

A 2 esetünk közül, ahol intensiv lancinálások mellett gastrikus crisisek is jelen voltak, az egyik esetben láttunk javulást, a másik esetben számbavehető eredményt nem észleltünk. A javult eset 7 hónap mulva recidivált.

Összefoglalva azt mondhatjuk, hogy 18 lancinálásokat, illetőleg gastrikus crisiseket mutató, más kezelésekkel dacoló tabes eset közül 10-ben, azaz 61%-ban láttuk a kobraméregkezelés után a tünetek megszűnését, illetőleg lényeges javulását. Az elért eredmények elég stabilaknak mondhatók, mert 8 hónap után a 10 tünetmentes, illetve lényegesen javult eset közül 6 eset még tünetmentes, 1 eset 4 hónap mulva, 1 eset 5 hónap mulva, 2 eset 7 hónap mulva recidivált. A recidivákat anyaghiány miatt már nem volt módunkban kezelni, így nem tudjuk, hogyan reagálnak a recidivák a már egyszer kobrával kezelt eseteknél.

Figyelemreméltó, hogy 2 olyan esetünkben, ahol a kobraméregkezelést a *Hilgermann—Benedek*-féle activ spirochaeta immunizálással combináltuk, a hatás nemcsak kitünő és prompt volt, hanem az elért hatás stabilizálása szempontjából is kedvező volt, amennyiben mindkét eset 8 hónap mulva még tünetmentes volt.

A tabes egyéb tüneteire a mi eseteinkben a kobraméregkezelés nem gyakorolt kedvező hatást. Az optikus atrophiára gyakorolt kedvezőtlen befolyását fentebb már megemlítettük. A 4, ataxiát mutató eset közül egynél inkább romlott az ataxia, 3 esetben változatlan maradt. Ataxiás, különösen nagyobbfokú ataxiát mutató tabeses esetekben tehát ezen tapasztalatok alapján nem célszerű a kobraméregkezelés, mert eredmény tőle nem várható, sőt a helyzet esetleg rosszabbodhatik. A hólyagzavarokat is inkább talán kedvezőtlenül befolyásolta.

Vizsgálataink alapján megerősíthetjük *Rottmann* észlelését, hogy a kobraméregkezelés a liquorpositivitásra is kedvezően hat. A 9 esetünk közül, ahol a liquorreactiók elváltozásokat mutattak, 4 esetben a kúra után a liquor negativvá vált; a 4 eset közül 3-ban a kobraméregkezelésen kívül egyéb kezelést nem végeztünk és így a liquor-reactiók negativvá válása a kobrakezeléssel hozható összefüggésbe. Úgy találtuk, hogy különösen a colloidealis görbékre volt kedvező a kobraméregkezelés, míg a complement kötési reactiót kisebb mértékben befolyásolta. A liquorra gyakorolt hatás mechanismusa nem világos, de tekintettel a kobraméregnek a vegetativ legmagasabb központokra gyakorolt hatására, valószínű, hogy a méreg vegetativ-vascularis úton hat a liquorra.

Néhány esetben a kúra alatt követtük a vérkép elváltozásait. Minden esetben az eosinophilek kismértékű emelkedését (5—10%), valamint kisfokú lymphocytosist észleltünk. Valószínűleg ezek az elváltozások nem a kobrakígyóméreg közvetlen hatására vezethetők vissza, hanem a kobraméregnek a központi vegetativ sejtcsoportokra gyakorolt hatásának közvetett kifejezői.

A kezelés kapcsán észlelt melléktüneteket két csoportba oszthatjuk: 1. localis, 2. általános melléktünetek. A localis melléktünetek az injectio helyének sok esetben észlelt megduzzadásából és fájdalmassá válásából állanak. A localis melléktünetek külön kezelést nem igényelnek, pár nap alatt eltűnnek. Úgy találtuk, hogy a localis érzékenység is

csökken a kúra folyamán. Az általános melléktünetek valamennyien a vegetativ idegrendszer izgalmára utalnak: szívdobogás, hányinger és hányás, hasmenés, izzadás, szorongásos affectusok, álmatlanság, spastikus migraine-re emlékeztető fejfájások. Megfigyeléseink szerint mindezek a tünetek főképpen vegetative stigmatizáltaknál fordulnak elő. Az említett általános melléktünetek tapasztalásaink szerint befolyásolhatók a Sandoz-féle Bellargallal (3-szor 1 tabletta naponta), ami a vegetativ idegrendszer nyugtatójának tekinthető. Az olyan betegeinknél, ahol a vegetativ stigmatizáltság kifejezett volt vagy ahol az első injectiókat az említett általános vegetativ tünetek kísérték, már praeventive Bellargalt adtunk. Ilymódon kísérleteink második felében melléktüneteket már alig észleltünk. Az említett melléktünetek a mi észleléseinkben általában enyhébbek voltak, mint *Rottmann* leírásaiban, aminek az oka nyilván az, hogy mi általában kisebb dosisokkal dolgoztunk és óvatosabban haladtunk a kezelésben, mint *Rottmann*.

A kobraméreg therapiás hatásmechanismusát illetőleg biztos adatokkal nem rendelkezünk. Kétségtelennek tekinthető, hogy nemcsak direct fájdalomcsillapító hatásról van szó. Erre utal az a tapasztalat is, hogy a kobraméreg nem minden betegségnél csökkenti a fájdalmakat, sőt *Seiler* vizsgálatai szerint arteriosklerotícus, endarteriitises, ischiasos fájdalmakat ellenkezőleg az elviselhetetlenségig fokozni képes. A gastrikus crisisekre gyakorolt kedvező hatást sem magyarázhatjuk a kobraméreg peripher hatásával, amennyiben *Macht I. David* élettani vizsgálatai szerint a kobraméreg a belső szervek sympathicus és parasympathicus végkészülékeit még direct applicatio mellett sem bénítja. *Rottmann* szerint a kobraméreg therapiás hatásáért a lueses granulatiós szövetnek vegetativ úton bekövetkezett befolyásolása tehető felelőssé, emellett antitestek nagyobb mértékben való termelésére is gondol. Mi a *Rottmann*-féle magyarázatot nem találjuk kielégítőnek, mivel — mint említettük — a szövettani vizsgálataink szerint több crisises esetben a megfelelő gerincvelői gyökerekben egyáltalában nem találtunk granulatiós szövetet. Valószínűnek tartjuk, hogy a kobraméreg a vegetativ idegrendszernek különösen központi részeire való hatása révén a szervezet összmechanismusának átállítása útján idézi elő a lancinálások, illetőleg crisisek javulását, részleteiben azonban ezt a hatást ezidőszerint meghatározni nem tudjuk.

A maláta az egészséges és beteg csecsemők étrendjében.

Irta: *Rohrböck Ferenc dr.* egyet. magántanár.

Mindaddig, amíg kellő mennyiségű anyatej áll a csecsemő rendelkezésére, fejlődése és gyarapodása biztosítottnak tekinthető. Sajnos azonban, napjainkban a szoptató anyák száma csökken, különösen a dolgozó nők kategóriájában és a mesterségesen táplált csecsemők száma növekszik. Mivel pedig a még oly ideálisnak gondolt vagy beállított póttejek mindegyike messze alatta marad az anyatejnek, ez egyrészt a hibaforrásokat lényegesen növeli, másrészt az ezek következtében előálló ártalmak, hiányok okozója is lehet.

Minden, de különösen a mesterségesen táplált csecsemő helyes táplálásának megítélésekor három támpontra kell támaszkodnunk. Ezek: 1. testsúly (egyenletesen emelkedő), 2. turgor, 3. széklet. Ezeket kiegészíti, de nem okvetlen kórjelző: a közérzet. Nem is olyan régen egyedül csak a széklet minősége volt a döntő a táplálék megválasztására; ma ezt túlhaladottnak kell tekinteni és ha csak a székletek hirtelen megváltozásáról nincs szó, a fentiek mellett a széklet megítélése csak a beavatkozás indikátora kell hogy legyen (Hainiss).

Minden esetben, mikor e három tényező egyensúlyának megbomlásáról van szó, a tennivaló azoknak helyreállítása lesz. Ámde amilyen egyszerűen hangzik e tétel, annyira nehéz sokszor a keresztülvitele.

Ha anyatej vagy női tej áll rendelkezésre, tennivalónk rendszerint nem nehéz. Nem is ezek a nehéz esetek. A mesterségesen táplált vagy ilyen módon kiegészített táplálékon élő csecsemők könnyen hajlanak leromlásra, mert ezek rendszerint nehezebben reparálódnak. A csecsemők mesterséges táplálékát igyekezünk alapismereteink szerint a női tejhez hasonlóvá vagy azt megközelítővé tenni. A három fő alkotóelem: zsírok, fehérjék és szénhydrátok százalékos összetételének megközelítésére történik egyrészt a tej higítása, másrészt a higítás folytán beállt szegényedés javítása végett bizonyos anyagokkal, így elsősorban a szénhydrátokkal való pótlások. A csecsemő szervezete nem mindig tűri jól a zsírokat és a modern paediatriában különösen a táplálkozási zavarok gyógyításában nagy szerepe van a zsírszegény (sovány) tejnek akár édes, akár a Hainiss-féle savanyú formában való alkalmazása, mert a zsírok jól pótolhatók szénhydrátokkal, de a fordítottja nem áll fenn. Ám a szénhydratok csökkentése csaknem mindig a csecsemő szervezetének több-kevesebb ártalmával jár. Igy az észrevehető súlycsökkenés, a turgor-rosszabbodás, halványság, rosszabb közérzet legelső jelei a táplálék összetételbeli hiányosságának. Kérdés azonban, melyik az a szénhydrát, ami akár az egészséges csecsemő normalis étrendjéhez, akár a beteg csecsemő táplálékának elkészítéséhez szükséges és megfelelő?

Magától adódik a fentiek kapcsán a kettéválasztás szükségessége: anyatejet nélkülöző *egészséges* vagy *beteg* csecsemőről van-e szó? Mind a két esetben más a tennivaló.

Amíg az egészséges csecsemők számára tulajdonképpen csak a hiányzó anyatejet kell lehetőleg ahhoz hasonló összetételben összeállítani, a nélkül, hogy a csecsemőnek valamely különös kisebb igényére tekintettel lennénk, mert feltételezetten normális vitalitású csecsemőt veszünk alapul, addig a beteg csecsemő esetén különös adottságokkal is számolni kell. Ezek igen különbözők: számbaveendő a csecsemő vitalitása, konstituciója, aminek fontosságát különösen erősen hangsúlyozza *Hainiss*, de különösen figyelemmel kell lenni, a táplálék összeállításakor a székletek milyenségére és vele kapcsolatosan a súlygörbe viselkedésére is. Régebben a tejcukrot gondolták az anyatej utánzására a legalkalmasabb kiegészítő tápszernek (*Heubner-Hoffmann* keverék). Csakhogy mint említettem, a csecsemő széklete a mértékadó a táplálék kihasználásának megállapítására. A tejcukor pedig savanyodó, laza, tehát erjedéses székleteket produkál. Közelfekvő volt tehát az a gondolat, hogy az egyszerű nádcukrot használjuk a tehéntej higításakor elszenvedett szénhydrát-hiány pótlására. Ám ennek is van hátránya. Ha a fejlődést, súlyemelkedést biztosítani akarjuk, a cukor

(szénhydrát) mennyiségét sokszor lényegesen emelnünk kell, aminek kettős hátránya lehet. Egyrészt a túlédes volta miatt a vele készült tápszerek íze lesz túl édessé, émelyítővé és ezért számolnunk kell a csecsemő averziójával, másrészt és sokkal inkább az ilyen szénhydrátok alkalmazása és fokozása a legtöbb esetben hasmenést idéz elő még a normális konstituciójú csecsemőnél is. Másfajta szénhydrátok (laevulose, dextrose, maltose) egyedül adva rendszerint nem váltak be. Ha azonban a cukorhoz egy második szénhydrátot kapcsolunk be, (liszt vagy dextrin alakjában), egycsapásra megszűnnek a fenti hátrányok, amelyek viszont ha a cukrot egyedül adjuk, vagy főleg fokozott mennyiségben, károsan hatnak a mesterségesen táplált csecsemő fejlődésére és székletére.

Ezen elgondolás alapján született meg tulajdonképpen a *Soxleth*-féle tápcukor és a *Liebig*-féle malátaleves. Mindkettő vízben jól oldódó, kevéssé édesízű por. Az eredeti összetétel szerint a Soxlethcukor: 41.26% dextrin, 52.44% maltose és 2% konyhasó tartalommal; a Liebig-féle malátaleves: 22.5% dextrin, (tehát csaknem fele százaléka a Soxlethcukornak) és 61.8% maltose tartalommal. Amíg tehát a maltose egyedül nem vált be, a dextrinnel párosítva mint polysaccharid, úgy az egészséges, mint a beteg csecsemő étrendjében igen jól használható tápszer lett. A szénhydratok a modern felfogás szerint a csecsemőknek szükséges táplálékok alapanyagai, az úgynevezett *elsőrendű tápanyagok* közé tartoznak, melyek nem nélkülözhetők, de nem is pótolhatók. »A sejtek anyagforgalmában a víz és sók képezik a duzzasztó-, a fehérje pedig a duzzadó anyagot, míg a szénhydrát a duzzasztó erőt« (Hainiss). Ezen megállapítás érdekesen világítja meg a szervezet szénhydrat anyagcseréjének forgalmát és menetét. Mert mi más a hasmenés, mint elsősorban víz-, illetve folyadékveszteség, aminek a pótlása legfontosabb feladata a csecsemő diaetetikusnak. Nem sikerül ez, ha olyan formájú szénhydráttal pótoljuk a szervezetet, ami maga is hasmenést idéz elő (nádcukor), sőt a folyadékveszteség fokozódásához is vezet és viszont: eredménnyel jár, ha ezen duzzasztó erők pótlására olyan szénhydrátot állítunk be, ami maga hasmenést nem okoz. Ez a szépen megokolt tétel gyakorlati megvalósítása a maltose+dextrinkeverék, ami a csecsemő diaetetikában »tápcukor« néven van forgalomban és használatos kiterjedten.

Javallata tulajdonképen a fentiek kapcsán önként adódik. A maláta mint maltose képviseli az édesítő szénhydratot, a dextrin a második polysaccharidot; ha a magasabb tápanyagot képviselő maltosét dextrinnel párosítjuk, a maltosenak székhigító hatása háttérbe jut, de fokozódik a tápértéke és így elsősorban a hasmenéses jellegű székleteknél indokolt, kivált akkor, ha a hasmenéshez, mint tünethez, a fejlődés és súlygyarapodás hiánya vagy zavara is társul. Igy tehát a beteg csecsemő étrendjének szinte nélkülözhetetlen kelléke, valóban »elsőrangú alapanyaga« a tápcukor néven használatos maltose+dextrintartalmú szénhydrat keverék. Különösen fontos a különböző eredetű hasmenéseknél használatos antidyspepsiás étrendek összeállításánál a maltose-dextrin tartalmú tápcukor, akár az egyszerűen higított tejszínkészítményeknél, akár a mindjobban tért hódító zsírszegénnyé tett sóványtejnek (savanyú sóványtej) elkészítésénél. Természetesen ezen tápcukorral készült mesterséges tápszereket az egészséges csecsemő is jól hasznosíthatja, de mindig számolni kell a csecsemő egyéni hajlamosságával is. Az a priori obstipatiós hajlamú csecsemők étrendjénél céltalan, sőt célszerűtlen is a tejnek tápcukorral való gazdagítása. Ez esetekben egyenesen kívánatos a tápcukor helyett nádcukornak enyhe széklazító hatás végetti alkalmazása.

A szénhydrát-erjedést fokozó zsíroknak a lehető legkisebb mértékre való redukálásánál a *megfelelő*, jól hasznosítható szénhydrát alkalmazása felette fontos. Az antidyspepsiás hatást a fehérje aránylag csekély ennyisége miatt fokozott mértékben tudja kifejteni és így a vízveszteségeket (testsúly-csökkenést vagy stagnálást) okozó hasmenéseket a legkönnyebben befolyásolja. Megkönnyíti a dietás tejkeverékek elkészítési módját, ha a maltose tartalmú tápcukor már elkészítésre kész állapotban tartalmazza a hasmenés elleni étrendet. (Maltiron.)

Minthogy az egész csecsemőgyógyászatot tulajdonképpen irányítja a csecsemő súlyának és székletének viselkedése, joggal mondhatjuk, hogy a csecsemő étrendjében a malátának, maltosenak ki nem kapcsolható, fontos szerepe van. Ma a csecsemő (akár egészséges, akár pedig főleg beteg csecsemők) étrendje a maltose tartalmú tápszer, illetőleg tápcukor nélkül szinte el sem képzelhető. Alkalmazásuk oly széles indikációs alapon történik, hogy t. k. helytelen a »tápcukor« elnevezés, mert hiszen édesítő, tehát cukor jellege alig van (külön ízesítés végett sokszor megengedett és kívánatos is a vele készült tápszereknek sacharinnal való utóédesítése). De mint »tápszer«, a szó szoros értelmében megfelel a követelményeknek, mert használata és alkalmazása a csecsemő táplálékszükségletének biztos alapon nyugvó kiegészítő része, elismert és elfogadott, főleg közismerten a beteg csecsemő étrendjében van.

A malátás tápcukor néven ismeretes tápszereken kívül a maláta más alkalmazásban is szerepel a csecsemő étrendjében. Ennek bevezetése *Keller* javaslatára történt, a *Keller*-féle malátaleves alakjában, amit később malátás tápliszt alakjában hoztak a gyárak forgalomba. Alkalmazásának indítóokát *Keller* abban látta, hogy a csecsemők gyomorbélzavarainak, illetőleg az abból folyó következményes hypotrophiának a gyomorban feleslegesen képződő savak volnának okozói, amelyek a szervezet alkaliáit megkötve, lassankint egy bizonyos fokú acidosisos állapotot idéznek elő. *Hainiss* szerint a bél hurutos betegségeinél inkább a rothadásos hasmenés van jelen és ezért az erősebben erjedő malátaleves alkalmazását elméletileg ilyenkor nem kifogásolja, mert az erősebb erjedést a rothadás ellenszerének fogja fel, ámbár a tolerancia határának megterhelését kissé aggályosnak tartja. *Lukács* a malátalevest bizonyos állapotoknál átmenetileg jól használhatónak mondja, de állandó táplálásra egymagában nem tartja alkalmasnak. Magam 16 év előtti ezirányú észleléseimből, akkor még aránylag csekély anyag alapján beszámolva, azt láttam, hogy főleg a hiányosan táplált csecsemőknél vagy pedig az ismételt táplálkozási zavarok folytán beállt leromlásoknál igazoltnak látszik *Finkelstein* azon felfogása, hogy a malátalevessel elért azon eredmények, melyek sokszor meglepőek, nem specifikusak, hanem a magas szénhydrát tartalommal okolhatók meg. *Finkelstein* szerint talán a malátában jelenlévő valamelyes »pótanyagok« is szerepet játszanak. Akkor mi a vitaminokra gondoltunk, ma azonban már tudjuk, hogy a vitaminok jórésze a magas hőnél — amivel a maláta is készül — elpusztul.

Lukács főleg a tejártalomnál látja indokoltnak a malátaleves alkalmazását, amikor is — *Ederer-Kramár* szerint — egy endogen avitaminosis fejlődik ki, mert a bélben a rothadásos folyamat előretörése folytán alkalikus közeg jön létre, ami viszont a vitaminokat redukálja. Hozzáteszi azonban *Lukács*, hogy a malátalevesek, mivel fehérje- és zsírszegény szénhydrátdús táplálék, *állandó* táplálkozásra alkalmatlanok. Alkalmazhatóságát kiemeli a dysenteriánál, ahol fokozódó, időnként emelkedő százalékban rizsnyákkal kombinálva látja tanácsosnak az adását és alkalmazását.

Magam a Stefánia egyik régi intézetében hat éven át, majd részben ezzel egyidejüleg a MABI gyermekrendelésén, most már 15 év óta állandóan kiterjedten alkalmazom a malátalevest úgy az egészséges, rosszúl fejlődő (satnya fejlődés), mint a beteg csecsemők étrendjében. Amíg az azelőtti észleléseim csak egy bizonyos csoportra vonatkozó klinikai észlelések voltak, melyek a malátaleves használatát indokolttá tették, addig az elmult 15 év bőséges alkalmat adott arra, hogy most már nem az egyes eseteket lássam magam előtt, hanem az egész hatástant összefoglalva vizsgáljam meg bőséges anyagom ezen másfél évtizedes gazdag tapasztalatai alapján. A malátaleves indikációja nemcsak *egy* kórformánál és állapotnál merül fel. Alkalmazhatóságát eléggé kiterjedtnek látom a nem fiatal csecsemőknél, de különösen jól alkalmazható a dystrophiák azon csoportjánál, ahol dyspepsiás székletek váltakoznak jobb vagy rosszabb fokozatban és minőségben és e mellett a súlygörbe ellapulása lesz szembeötlővé, a turgor kifejezett csökkenésével; a tejártalom többé-kevésbbé kifejezett alakjainál, továbbá az olyan rosszul táplált csecsemőknél, ahol a szénhydrát tartalom hiánya vagy csökkent volta kétségtelenül oki alapnak vehető fel, különösen akkor, ha a cukor mennyiségének egyszerű emelésével a testsúlygörbének lényegesebb javulása nem észlelhető.

De jó, sőt igen jó hatású a malátaleves akkor is, ha a csecsemő akár alkati sajátosságánál fogva, akár alimentáris úton létrejött okonál fogva obstipatiós hajlamosságú. Mindezek természetesen vonatkoznak azokra az esetekre, amelyekben az anyatej hiányában mesterséges táplálékot kell a csecsemő étrendjébe beiktatni. Alkalmazását nemcsak mint gyógyító étrendet bizonyos *rövidebb* időszakaszoknál látom csak szükségesnek és hasznosnak, hanem Lukácstól eltérőleg, aki a malátás táplisztet csak *átmeneti* időleges tápszerként ajánlja, a táplálkozási egyensúly visszabillenése után is mint állandó és rendes tápszert, jó eredménnyel, károsodás nélkül tudtam és tudom felhasználni. Különösen szembeszökő eredményeket természetesen ott volt alkalmam észlelni, ahol a szervezet szinte víztelenített állapotba jutott erősen csökkent turgorral, tehát a hasmenéses állapotok *után* is, amikor is a különösen hydrolabil csecsemők amilyen könnyen tudják leadni háztartásuk vízmennyiségének kisebb-nagyobb részét a híg vizes hasmenések alakjában, rendszerint éppoly könnyen tudják azt az esetek egy részében megint megkötni, megfelelő tápszer bevitele révén (vízretentio!).

Hosszú évekre terjedő tapasztalataim azt mutatják, hogy nem egészen ritka ilyenkor a heti 350—400 grammos súlyemelkedés, sőt volt alkalmam heti 520 gr-os súlyemelkedést is látni. Ezen vízretentiónak tartott súlyemelkedés azonban a továbbiakban is megtartott marad, azon hozzáadással, hogy a további malátás tápszerek adagolásánál már nem látunk ilyen nagymérvű súlyemelkedést, de viszont a megtartott súlyemelkedés folytán a csecsemő szinte láthatólag és rövid időn belül felvirul, turgora észrevehetőleg gyorsan megjavul, a tónus fokozódik és a közérzetnek kedvező megváltozása is hamarosan észrevehető. Fontos e mellett a második tényezőnek, a székletnek viselkedése is. A székrekedésre hajlamos csecsemők széklete lassanként, nem egyszerre, mindinkább elpuhul és napi 2—3 pépes vagy higas-pépes világos, inkább citromsárga színűvé válik a nélkül, hogy hurutos jelleget mutatna. A hasmenéses hajlamoknál viszont nem észlelhető a hasmenések fokozódása, a székletek hurútossá válása, főleg nem akkor, ha kezdetben csak az eredeti előírás szerinti s felényi mennyiségű táplisztte l készítik a malátalevest és csak ha a székletek nem romlanak, emeljük fel azt a kellő koncentratióra. Ezen malátás tápszerek hosszú évek alatt szerzett tapasztalataim szerint nemcsak átmeneti gyógyító vagy rövid időre szóló reparáló étrendként alkalmazhatók, hanem hosszabb időn át, pár hónapon keresztül is nyugodtan, veszély nélkül adhatók. Sőt különösen a vegyes, leves-főzelék étrendre való áttérés után, amikor sokszor a sóval készült ételek megszokása nehézségekbe ütközik, a közbeeső étkezéseknek malátalevessel való pótlása íz szempontjából is jobban megfelel, mint egyéb tápszer. Hátránya a malátaleveseknek az íznek bizonyos fokú, talán nem eléggé édes, vagy nem kellemes édes volta. Ott, ahol ez az akadálya a fogyasztásának, könnyen és úgy tudunk segíteni, hogy az íz javítása végett sacharint is adunk hozzá. Azokban az esetekben, ahol nyákos, hurutos székletekre való hajlamosság, illetőleg erre való visszatérési készség van jelen, viszont a malátának kedvező hatása mégis kívánatos, jól használható a malátaleves+nyákleves együttes kombinációja.

Hogy mi az a tényező, ami a malátás tápszereknél (tápcukor malátaleves) a kívánt kedvező hatást, főleg a súlygyarapodást előidézi, vajjon egy második szénhydrat-e az, vagy pedig a maltosenak, mint különös szénhydratnak, van-e olyan hatása, ami ezt előidézi, nem bizonyos. A malátalevest illetőleg lehet, hogy a *Hainiss*-féle elmélet is lényegesen elősegíti annak kedvező hatását, ami szerint az erősebben erjedő malátaleves ellenszere a rothadásnak és ilymódon áll be a hydrolabilis konstitutiójú csecsemőknél a gyógyhatás és az általános állapot javulása. Nincs kizárva, hogy a maltose egy fajlagos szénhydrat, ami főleg az exsiccosisra hajlamosaknál az intra-, illetőleg extracellularis vízveszteség pótlására vízkötő képességénél fogva előnyösen alkalmas. Számtalanszor látjuk, hogy míg az egyszerű cukorral készült higításos tejkészítményeknél a testsúly alig befolyásolható, addig egy másik polysaccharidnak (a maltose+dextrin) beiktatása után a súlygörbe lényegesen jobb emelkedést mutat. Az eredetileg gondolt vitaminhatás aligha állja meg ma már helyét, mert hisz a maláta csíráztatásakor szükséges 105—110 C° mellett a hőt nem álló vitaminok elpusztulnak; közelfekvő a gondolat, hogy főleg a toxicosisos állapotban a májfunctio zavara következtében előállott szénhydrat dysfunctio pótlására, illetőleg helyreállítására a maltose talán a legjobban megfelelő. Hogy a májfunctio zavara könnyen beállhat, közismert, gondoljunk csak az ilyenkor sokszor látható és észlelhető cukorvizelésre.

Bármiképp is magyarázzuk a malátakomponensnek a csecsemő diaetetikájában így megállapított kedvező hatását és használhatóságát, a jó hatás nem

azon fog múlni, hogy melyik készítményt adjuk, hanem azon inkább, hogy mit, mikor és mennyit adunk belőle a beteg, vagy egészséges, de nem jól fejlődő csecsemőnek. Találóan jegyzi meg *Hainiss*, hogy a tudományosan megalapozott antidyspepsiás gyógytáplálékok mind jók, csak azok alkalmazásának ideje vagy megválasztása lehet sokszor rossz és így hatástalan vagy eredménytelen. Bármilyen táplálékot is adunk, annak megválasztásánál mindig számolhatunk részbeni vagy egészbeni eredménytelenséggel is. Ha akár külső körülmények játszanak közre, akár valamely belső tényező (konstitutio) a zavaró momentum, számításainkat mindezek egyike részben vagy egészben keresztülhúzhatja.

Rá kell még mutatnunk a malátás tápszereknek az exsudativ diathaesis-sel kapcsolatos viszonyára és alkalmazhatóságára.

A csecsemők egy része akár a túlzott fehérje megterhelés folytán, akár pedig alkati sajátosságánál fogva — és ez a gyakoribb eset — különböző fokú és kiterjedésű kiütéses jelenségekkel reagál, ami sokszor igen nehéz problemája az orvosnak. Mert ha egyedül külső kezelésre átmeneti javulások beállnak ugyan, a diathaesis továbbra is fennáll és nagyon kis fehérje-túlterhelés elég ahhoz, hogy az exsudatiós jelenségek újra fellángoljanak. Már régebben rámutattam arra, hogy az e. d. tünetek igen jól megjavulnak a malátaleveses étrend beiktatására. Hosszú évek utáni tapasztalataim a 16 év előtti megállapításaimat mindenben megerősítették, sőt ezt azzal egészíthetem ki, hogy kizárólagosan malátás tápszereken élő csecsemőknél e. d.-t látni nem igen volt alkalmam. Igaz ugyan, hogy az exsudatiós kezdeti tünetek rendszerint — bár nem mindig — már az egészen fiatal csecsemőknél kezdődnek, viszont a kizárólagos malátatápszerek alkalmazása inkább az idősebb, 3 hónapon túli csecsemőknél használatos és ajánlatos, mégis azt hiszem, nem esem túlzásba, ha az e. d.-nél külső localis kezelés mellett a malátás étrendre való áttérést is javasoltnak mondom, különösen ha a későbbi 3 hónapon túli csecsemők anyatejjel való kielégítő fejlődése mellett az általános kezelési módokkal nem jutunk előre. Ezek azok a mondhatni sokszor kétségbeejtő e. d.-es esetek kicsi százaléka, ahol még az anyatejnek részleges (napi egy vagy kétszeri) malátalevessel való pótlását is indokolttá tehetik, természetesen a súlygörbének és székleteknek fokozottabb ellenőrzése mellett. A malátás tápszerek ezen kedvező hatásának magyarázata nem nehéz, mert a szénhydratdús táplálék mellett a fehérjék, de különösen a zsírok csökkentése is szóba jöhet (sovány-tej), amiknek változatlan vagy fokozott mennyiségbeni adása az exsudatióra hajlamos csecsemőknél viszont fokozza az exsudatiós jelenségeket. Hogy az egyszerű szénhydrát hatása mellett a malátának nincs-e valami specifikusan kedvező hatása az e. d.-re, biztosan nem állíthatom, de azt sem, hogy a kedvező hatás milyen módon jön létre.

Hogy a fenti javallatok alapján mikor és melyikfajta malátás tápszert használjuk, azt mondhatom, hogy a javallatok kellő betartása esetén a malátás tápszerek mindig jó eredménnyel használhatók. Arra a kérdésre, hogy melyiket használjuk, *Hainissnak* generális érvényű megállapítását kell idézni, hogy minden tudományosan megalapozott és ilyképen előállított tápszer a maga helyén és idején alkalmazva: jó és megfelelő. En ezen másfél évtized alatt a Szent István-tápszerművek *Demaltos* és *Maltosit* tápszerét használtam úgy régebben a Stefániának egyik védőintézetében, mint később a MABI-nak igen nagyszámú ambulantiáján (átlagosan évi 7500 csecsemő), Összetételük minimalis százalékos eltéréssel mindenben megfelel az eredeti Soxlet-féle tápcukornak (Demaltos), illetve a Keller-féle malátalevesnek (Maltosit) és 15 éves tapasztalatom alapján a velük elért eredmények teljesen igazolják jó használhatóságukat mind a beteg, mind pedig az egészséges csecsemő étrendjében.

A berlini egyetemi Női Klinika (igazgató: W. Stoeckel ny. r. tanár) és a budapesti Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. Női Klinikájának (igazgató: Burger Károly ny. r. tanár) közleménye.

Kiviselt és túlhordott hasüri terhességi esetek.

Írta: *Pallos Károly dr.* egyetemi tanársegéd.

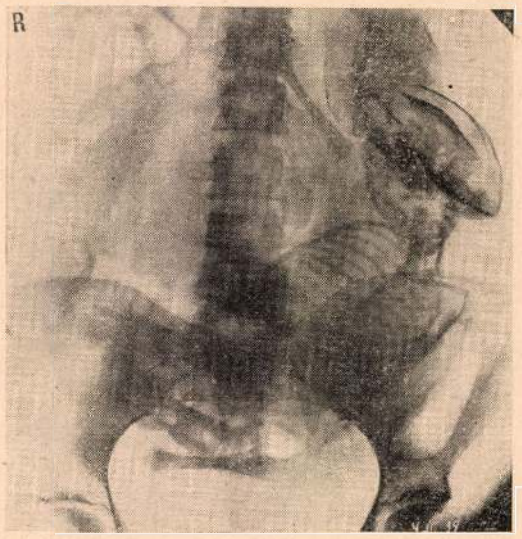
A tubaris terhesség korai kimenetelének mindennapos alakjai közismertek, diagnostikájuk exact, műtéti eljárásunk egyöntetű. Az operált eseteken kívül bizonyára nagy számmal vannak olyanok, amidőn a petevezetőből ruptura, illetve abortus útján a hasüregbe került pete felszívódik, szervül, mumifikálódik. Ellenben ritka, hogy a hasüregbe jutott pete valahol megtapad, befészkeli magát és továbbfejlődik. Az így létrejövő kórkép, amelyet másodlagos hasüri terhességnek nevezünk, sok vonatkozásban veszélyes az anyára. Kétes kimenetelű a magzatra nézve és nem egyszer állítja az orvost is nagy és nehéz feladatok elé.

Az irodalomban ismertetett előrehaladott hasüri terhességek száma elég nagy ugyan, de korántsem elég ahhoz, hogy az esetek diagnostikai módszerét, de még inkább therapiás megoldását illetően egyöntetű eljárás alakult volna ki. A kérdés nem olyan egyszerű, hiszen hiányzanak a műtét előtti diagnosis biztos eszközei, emellett a szövődmények sokfélesége miatt rendkívül változatos a kórkép és változatosak a laparotomiás leletek is. Nem lehet tehát csodálkozni azon sem, hogy az egyes iskolák között lényegesek a különbségek a therapiás megoldást, a műtét idejét és módját illetően is. Ezért nemcsak kívánatosnak, de szükségesnek is tartjuk további olyan esetek ismertetését, amelyekkel kapcsolatban rámutathatunk egyrészt a kórkép diagnosisának lehetőségeire, másrészt a therapiát illetően elfoglalt álláspontunkra.

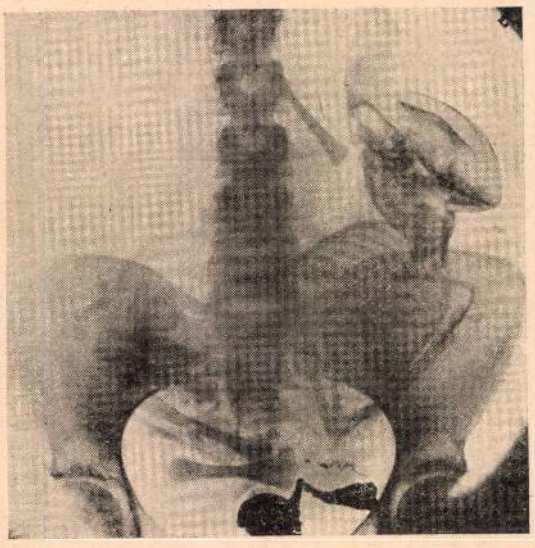
Az alábbiakban két másodlagos hasüri terhességi esetet ismertetünk a berlini női klinika anyagából.

Az első esetünk a bielefeldi városi kórház szülészeti osztályáról származik (Dr. Nölle főorvos). A 31 éves I. P. asszonynak 17 éves korában jelentkezett első menstruatiója, mely azóta 28 naponkint ismétlődik, 4 napig tart. 13 éves korában appendectomia történt. Terhességének második hónapjában rövid ideig keveset vérzett. Ugyanekkor igen erős alhasi fájdalmai és bélpanaszai miatt bélelzáródás gyanújával kórházban feküdt. Panaszai néhány nap alatt megszűntek és a kórházból terhességi pyelitis kórjelzéssel bocsátották el. Egész terhessége alatt erős hasi fájdalmai, hányingerei voltak, sokszor hányt is. A szabályos időben jelentkező magzatmozgásokat még a kilencedik hónap elején is érezte és ekkor bábája szívhangokat is hallott. Terhessége végén orvosa elhalt magzat kórjelzéssel küldte be a szülészeti osztályra. Ekkor a bordaívig terjedő, feltűnően fixált, nyomásra fájdalmas resistentia volt tapintható magzatrészekkel. Szívhangok nem voltak hallhatók, magzatmozgásokat az anya nem érzett. Belső

vizsgálattal balra helyezett, feltűnően kis portio volt tapintható, magasan a symphysis mögött. Az uterus külön nem tapintható. A medencebemenet üres. Az anamnesis és vizsgálat alapján hasüri terhesség gyanúja miatt röntgenfelvétel készült (1. ábra), amelyet utero- és salpingographia követett (2. ábra).



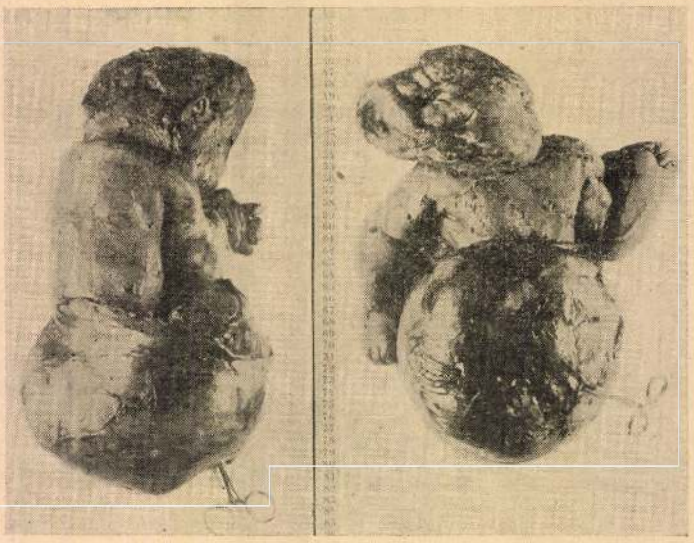
1. ábra: Egyszerű Röntgenfelvételen a harántul fekvő magzat gerincoszlopának magas állása ektopiásan elhelyezkedő magzatra enged következtetni.



2. Utero és salpingographia. Kis méh magasan balra nyomva. Erősen tágult bal petevezető. A jobboldali tuba nem telődik.

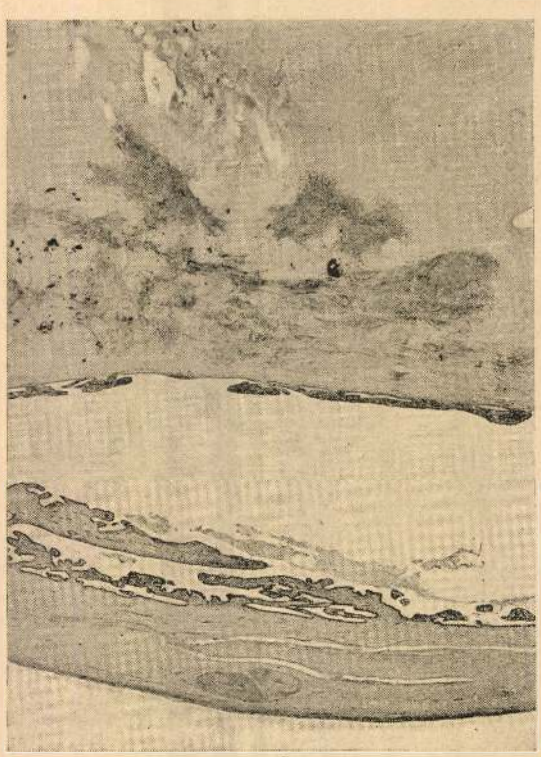
Az utóbbi felvételen jól kivehető a kismedencébe magasan felnyomott és balra helyezett uterus. A bal petevezető hasüri vége erősen kitágult. Kevés lipijodolt a hasüregben is látni. A jobb petevezető nem telődik. A hasüregben ferdén elhelyezkedő magzat koponyacsontjai igen nagyfokú deformitást mutatnak. Kiviselt, elhalt hasüri terhesség diagnosisa miatt azonnal hasmetszést végeztek. A hasüreg megnyitása után néhány összenövést kellett oldani a cseplesz, vékonybelek és a hasfal között, majd a petezsákon szélesen tapadó bélkacsokat választottak le. Ezután könnyű volt kiemelni a belek közül a petezsákot, mely kiemelés közben megnyílt és kevés zöldes-szürkés magzatvíz ürült. A petezsák kissé tapadt még az uterus hátsó felszínén. E lenövés oldása után könnyen sikerült leválasztani a ligamentum latum mindkét lemezén tapadó méhlepényt, mely a széles szalag hátsó lemezével kétujjnyi kocsánnyal függött össze. A kocsányban futó erek lefogása és átvágása után a petezsákot a magzattal együtt eltávolították. A baloldali ovarium és petevezető nem mutattak elváltozást. A jobboldali petefészket nem találták. Az uteruson és beleken tapadó kis burokrészletek eltávolítása és a ligamentum latum megnyitott területének peritonizálása után hasfalzárás. A beteg a műtét utáni 17. napon gyógyultan távozott.

A klinikánk pathologiai intézetébe küldött műtéti készítmény a placentával összefüggő petezsákból áll, amelyben még benne van a magzat (3. ábra). Az 52 cm



3. ábra: Az eltávolított magzat a petezsákkal.

hosszú, 2900 gr súlyú magzat az érettség összes jeleit mutatja. A koponyacsontok erősen lötyögők, a varratok tátonganak, a fej nagyfokban összenyomott, teljesen deformált. A belső szervek nem mutatnak kóros elváltozást. Fejlődési rendellenességnek, luesnek semmi nyoma. A placenta normális nagy, feltűnően vastag, tele nagy, fehér infarctusokkal. Méretei: 21×18×7 cm, súlya 1300 gr. Sima anyai felszínének közepetáján gyermektenyérnyi területen felszínes roncsolás látszik. Itt hüvelykujjnyi széles kocsányban vastag, thrombotizált erek futnak. E terület közelében húzódik a lepény anyai felszínén az erősen megnyúlt, nyitott abdominalis végű petevezető, mely egy helyen szélesen összenőtt a lepénnyel. A petefészket nem találtuk. A burkok a placentával határos részeken vaskosak, távolabb vékonyak, áttűnőek, belső felszínük sima, a külsőn az oldott összenövések nyomai látszanak. A köldökzsinór a lepény szélétől 3 cm-re vitorlásan tapad. A metszetekben



4. ábra: A petevezető egy részén közvetlenül tapadó elhalt lepény.

a lepényszövet teljesen elhalt. A boholyárnyékokban nagymennyiségű mész látszik. A lepény anyai felszínén keskeny fibrinoid réteg alatt rostos, nagyfokban hyalinos kötőszövetes réteg fekszik, amelyhez síma izomnyalábok keverednek. A petevezető ellapult, redői elsimultak, a nyálkahártya stromája idült lobos gyulladás jeleit mutatja. Egy helyen a placenta közvetlenül fekszik a petevezető izomzatán anélkül, hogy a bolyhok az izomzat nyalábjai közé nyomulnának. (4. ábra). A burkok helyenkint jól kivehető két rétegből állanak. A külső rostos, sejtdús kötőszövetes rétegen hyalinos, magfestést alig adó vékonyabb belső kötőszövetes réteg fekszik, amelyen helyenkint még egyrétegű köbös hámsejtsort lehet felismerni. Ovariumszövetet a készült nagyszámú metszeteken nem találtunk.

Epikrisis: 31 éves I. P. menstruatiójának kimaradása után egy hónappal keveset vérzett. Ugyanekkor heves alhasi fájdalmai miatt ileus gyanújával kórházi kezelésbe került. A terhesség IX. hónapjának elején kimaradtak a magzatmozgások. Az anamnesis és a manualis vizsgálat alapján hasüri terhesség gyanúja támadt, amelyet utero és salpingographia igazolt. Azonnali műtétet végeztek, melynél a ligamentum latum mindkét lemezén tapadó méhlepényt könnyű volt leválasztani. A magzat macerált volt.

Második eset: 34 éves II. P. nő felvétele előtt 12 évvel normalis szülésen esett át. Vetélése nem volt. Első vérzését 16 éves korában kapta meg, azóta havivérzései szabályosan jelentkeznek. Mostani terhességének harmadik hónapjában 4 héten át tartó véres folyása volt. Magzatmozgásokat először a terheség hetedik hónapjában érzett. A következő hónapban a magzatmozgások kimaradtak, de orvosa állítólag még a terhesség tizedik hónapjában is hallott szívhangokat, melyek csak a következő hónapban maradtak ki. Mivel a fájások a következő három hónapban sem indultak meg, orvosa a terhesség 14. hónapjában szülésmegindítás végett kétízben laminariát helyezett be eredmény nélkül. A laminaria kivételénél erős vérzés támadt, a miatt tamponálás vált szükségessé s a beteget beszállították a klinikára. Orvosa azon gyanújának adott kifejezést, hogy tamponálás közben perforálta az uterust. Beszállításkor, jóllehet a hőmérséklet 39° C, az érverés 120, az asszony elég jó állapotban van. Az emlőkből nyomásra sok colostrum ürül. A hasban a köldök fölé érő, kerek, tömött daganat tapintható. A medencebemenet szabad. Nyomásérzékenység és kisfokú tympania a symphysis és az egész has felett. A hüvelyből véres folyás. A portio roncsolt, a nyakcsatorna 6-os Hegarig átjárható. Narkosisban a hasi daganat előtt jól tapintható a normalis nagyságú uterus. A méhürbe vezetett sonda előretoláskor a hasüregbe jut és a hasfal alatt érezhető. Röntgenfelvételnél erősen összenyomott magzatot látni harántfekvésben. A kismedencében uterusárnyék. Diagnosis: Graviditas ektopica. Perforatio uteri. Peritonitis diffusa. A műtét az uterus és mindkétoldali adnexumok eltávolításából állott hasüri és Douglas-üri drainage-zsal egybekötve. A hasüreg megnyitásakor a szabad hasüregben sok véres, savós, bűzös folyadék található. A cseplesz nagyrészt betakart egy emberfőnyi, tömött, sötétkék, részben sárgás, gennyes lepedékkel borított daganatot. A cseplesznek az oldása és részben eltávolítása után kiemelhető a környező belekkel és a fali hashártyával szélesen összenőtt petezsák, amelyen a jobboldali petevezető fekszik rajta. Itt ovariumot nem látni. A daganat előtt helyezkedik el a rendes nagyságú méh, melynek fundusán hátul látható a perforatiós nyílás. A jobboldali parametrium infiltrált, a baloldali adnexumok épek. A szélesen tapadó vékonybélkacsok tompa oldása után eltávolítjuk a petezsákot az uterussal és a baloldali adnexumokkal együtt. A hasüreg kitisztítása és peritonizálása után drainalunk a hasfali seben és a Douglas-üregen át. A hüvelyváladékban és a később eltávolított tamponokon streptococcus non haemolyticus mutatható ki. A műtét után i. v. Locke-oldatot és cardiotonicumokat adtunk. Hat héten át 38.2° C-ig terjedő temperaturái voltak a betegnek. Ezután láztalanná vált és másodlagosan gyógyult, a drainageok helyén jól sarjadó sebbel távozott.

Az eltávolított, rendes nagyságú uterus hátsó falán borsónyi perforatiós nyíláson sipolyjárat vezet az uterus üregébe. A baloldali ovariumban kis folliculusok, corpora albicantiák mellett egy erősen visszafejlődésben lévő régi corpus luteumot látni. A jobboldali ovarium helyén 2 cm hosszú lig. ovarii propriumon emberfőnél nagyobb daganat ül, amelybe közvetlenül megy át a 20 cm-re kinyult petevezető külső része. A petevezető ampullaris vége nagy fokban kitágult és egy második cysticus terimenagyobbodásba megy át. Ez utóbbinak a fala vékony és benne fekszik a két részből álló placenta. A köldökzsinór a kisebbik, vastagabb placentarészhez közel tapad és hosszú ereket küld a nagyobbik, teljesen különálló lepényrészhez. A burkokban közel golyószerűleg összenyomott magzat foglal helyet eltorzult végtagokkal. A fej hossztengelye irányában

5. ábra. Tuboabdominalis terhesség erősen összenyomott torz magzata.

hátranyomott, annyira, hogy az arc hátra, a gerincoszlop irányába tekint. (5. kép.) A fej, arc nagyfokban lelapult. A nyomás következtében a magzat egyéb testrészei is rendellenes alakúak és helyzetűek. Így rendellenesek a kezek és lábak, valamint ezeken az ujjak és körmök is. A kórosat nem mutató végbélnyílás előtt keskeny gát van. A nagyajkak elülről hátrafelé lelapítottak. A jobboldali nagy- és kisajkak 4 cm hosszú, 1½ cm széles penisszerű képletbe mennek át, amely a vulvát befedi, elülső felszínén lanugoszálakat tartalmaz, hátsó felszíne síma. A hasüreget jobboldalon a rekesz rendes magasságban választja el a mellüregtől. Baloldalon a rekesz majdnem függőlegesen áll és a mellcsonton tapad, ezáltal a hasüreg úgyszólván az egész mellüreget elfoglalja. Mindkét tüdő csökevényes. A hasüri szervek erősen összenyomottak, a máj kicsi, lapos. A belső nemiszervek normalis bonctani viszonyokat mutatnak.

A placentából készült szöveti metszeteken kiterjedt elhalt lepényrészletek mellett még aránylag jó magfestést adó bolyhok is felismerhetők. A bolyhok közötti térben nagyfokú genyedést látni. A jobboldali petevezető nagyfokban kitágult, a nyálkahártya ellapult, hámja csak helyenként ismerhető fel. A petezsákot rostos, nagyfokban hyalinos kötőszöveti réteg alkotja, amelyen vékonyabb belső réteg fekszik. E belső réteg sejtszegény, vizenyős kötőszövetből áll, helyenként felismerhető köbös hámsejtsorral. A külső rétegen vaskos összenövések láthatók nagyfokú lobos beszűrődéssel, bakteriumfelhőkkel. Ovariumszövetet nem találtunk.

Epikrisis: 34 éves II. P. nő terhességének 11. hónapjában kimaradtak a szívhangok. Orvosa a terhesség 14. hónapjában szülésmegindítást kísérelt meg laminariával, de eredménytelenül. A laminaria kivételekor megindult vérzés miatt tamponált és átfúrta a méhet. A hashártyagizgalom tünetekkel beszállított asszonynál manualis és röntgenvizsgálattal ektopiás terhesség volt megállapítható. Műtét. Graviditás tuboabdominalis. Perforatio uteri. Peritonitis diffusa. Extirpatio uteri cum adn. Hasüri és Douglas-üri drainage. Az asszony gyógyultan távozott.

A hasüri terhesség *kórismézése* kettős feladat: először meg kell állapítani a terhességet és másodszor fel kell ismerni azt, hogy a magzat méhen

kívül helyezkedik el. Amennyire könnyebbé válik a terhesség felismerésének lehetősége, párhuzamosan annak előrehaladásával, annál nehezebb annak a megállapítása, hogy a magzat ektopiásan, a hasüregben helyezkedik el. Ugyanúgy, mint az intrauterin terhességnél, vannak jelek, amelyek felhívják a gyanút a magzat ektopiás elhelyezkedésének lehetőségére, vannak jelek, amelyek ezt valószínűvé, illetve bizonyossá teszik. Az előrehaladott hasüri terhesség *gyanújeleit* a pontosan felvett anamnesisből meríthetjük, éppen ezért erre mindig nagy gondot kell fordítanunk. A petének a hasüregben való másodlagos megtapadásával kapcsolatban a betegek túlnyomó részénél heveny hasi tünetek fejlődnek ki, amelyek a terhesség ezen korai időpontjában a legkülönbözőbb téves kórismékhez vezethetnek. Appendicitis acuta, bélcsavarodás, ovarialis cysta kocsánycsavarodása, pyelitis, stb. gyanújával kerülnek az intézetbe, a tünetek gyors megszűnése miatt azonban ritkán kerül csak sor műtétre. A pete másodlagos megtapadása és ezzel kapcsolatban a hasi tünetek fellépése *Novey* szerint a 3—4., *Tonneau* szerint a 2. hónapban, *Colvin* szerint a 4—8. héten következik be. A fájdalmakkal egyidőben vérzési rendellenességek fordulnak elő, amelyek részben a havi vérzések kimaradásának bizonytalanságában *(Reel)*, részben hosszabb-rövidebb ideig tartó rendellenes vérzésekben nyilvánulnak meg *(Hoffström, Reid, Colvin* és *Mc. Cord)*. Az említett tünetek — hasi roham és vérzési rendellenességek — mellett a hasüri terhesség *korai* időszakában gyakori rosszullét, ájulások, hányinger, hányás fordulnak elő. Mivel ezek méhüri terhesség mellett is mindennaposak, diagnostikailag csak a többi tünetekkel együtt értékesíthetők.

A hasüri terhesség *valószínűségi* jelei közé tartoznak az igen heves alhasi fájdalmak a terhesség egész tartama alatt. *Mikulicz—Radecki* typusosnak tartja a hasi fájdalmakat hasüri terhesség mellett és a szerzők nagy része nyomatékosan hívja fel erre a figyelmet *(Ito, Hoffström, Colvin* és *Mc. Cord)*. A terhesség későbbi idejében igen hevesek és fájdalmasak a magzatmozgások *(Novey, Ito, Reel)*. A magzat könnyen kitapintható, a has rendszerint puha. Belső vizsgálatnál a karcsú és magasan a symphysis mögé helyezett cervix tűnik fel. Kitűnően használható valószínűségi jelet szolgáltatnak a hasüri terhesség kórismézéséhez az ezen célra elsőízben *Hoehne* által ajánlott hypophysis hátsólebeny kivonatok, melyeknek i. v. beadására az ektopiás petezsák — a terhes méhtől eltérőleg — nem húzódik össze.

Néhány esetben sikerül a hasüri terhesség *bizonyos* jele gyanánt a magzatot tartalmazó petezsák mellett külön tapintani a kissé megnagyobbodott, rendszerint magasra és valamelyik oldalra nyomott méhet. A diagnosist végérvényesen a röntgenfelvétel dönti el. A síma felvétel az esetek nagy részében nem nyujt kellő felvilágosíást, ellenben a magzat előtt esetleg helyetfoglaló belek jelenléte, illetve harántfekvése esetén a gerincoszlop magas állása *(Mikulicz-Radecki)* mutathatnak a magzatnak az uteruson kívül való elhelyezkedésre. Ezért szükséges a röntgenfelvételnek utero, illetve histerographiával való egybekötése *(Greenhill, Friedmann)*, mely a hasüri terhesség kórismézésének legkétségtelenebb jele.

Elkülönítő kórisme szempontjából a terhesség első felében myoma uteri, petefészek daganat, illetve ennek kocsánycsavarodása, átfúródásos hashártyagyulladás, a terhesség második felében a fentieken kívül pyelitis, heveny bélelzáródás, tubacsavarodások jöhetnek számításba *(Reichelt, Ruiz)*.

Jóllehet a terhesség hasüri elhelyezkedésének ilyen nagyszámú tünete, e mellett megállapításának biztos jelei is vannak, műtét előtt kórismét az eseteknek csak felében sikerült felállítani. Az esetek többi részében elhalt magzat mellett a szülés meg nem indulása vezet a helyes kórisméhez, vagy a bizonytalan hasi tünetek miatt végzett hasmetszés tisztázza a kórképet. Az egyáltalában nem, vagy a hibásan kórismézett esetekben a tévedések végeredményben arra vezethetők vissza, hogy hiányos volt az amnesis és nem gondoltak a hasüri terhesség lehetőségére. Elsősorban ezek az okai annak, hogy jónak kell tartanunk *Colvin* és *Mc. Cord* eredményeit, akik 16 ismertetett esetükből 62.5%-ban állítottak fel helyes kórismét.

Mint ritka lehetőséget említjük csak meg, hogy élő magzat esetén a terhesség végén fájások indulhatnak meg. A kórismét ilyen esetekben a bemenet felett álló fej mellett a szülés megállása, a méhszáj meg nem nyílása, továbbá a nagy fájások és a szülés állása közötti inkongruentia terelik a helyes irányba.

Amennyire nehéz az esetek nagy részében a hasüri terhességnek a műtét előtti kórisméje, annyira eltérők a nézetek a *therapiát* illetően is. A véleményeltérések a műtét idejét és módját egyaránt illetik. A szerzők nagy része várakozó álláspontot foglal el élő és elhalt magzat esetén is *(Beck, Titus, Novey, Posner, Colvin* és *Mc. Cord)*. Élő magzat mellett, amennyiben lehetséges, kitolják a műtétet a magzat életképességének határáig, rendszerint a szülés várható időpontja előtti 2. hétig. Véleményük szerint ugyanis nemcsak az anya, de a magzat életét is meg kell menteni. Halott magzat mellett azért operálnak 6—8 héttel a magzat elhalása után, hogy a placenta ereinek idejük legyen a rögösödésre.

Hasüri terhesség esetén már biztos kórjelzésnél is a műtétnek az említett indokolások alapján való kitolása ellen úgy az anyát, mint a magzatot illetően, komoly ellenérvek hozhatók fel. Annak eldöntéséhez, hogy szabad-e, vagy kell-e a méhenkívüli magzat életét is tekintetbe venni, a kérdést minden oldalról meg kell világítani. *Sittner* 1906-ig összeállított statisztikájában 179 összegyüjtött esetből mindössze egy, *Dehler* 1907—1923-ig terjedő időből származó statisztikájában 240 élő gyermekről számol be. *Dehler* az általa talált nagy szám alapján kijelenti, hogy a méhenkívüli magzatnak igenis joga van az élethez. *O. Hoehne* nem osztja *Dehler* nézetét, hanem felhívja a figyelmet arra, hogy a terhesség előrehaladásával napról-napra nagyobb veszély fenyegeti az anyát a lepény leválása okozta vérzés, vagy a bélrendszerből áttevődő fertőzés alakjában. Emellett nem ritkán a bélelzáródás tünetei *(Runge, Haid* és *Potter)*, emboliák, thrombosisok léphetnek fel *(Strassmann, Franz)*. A terhesség előrehaladásával fokozódnak a végül el nem kerülhető műtétnek a technikai nehézségei is és az esetek jórészében fiatal anyák méhe és függelékei is áldozatul esnek. Ha mindezekhez hozzátesszük még azt, hogy az ektopiás magzatok nagy százaléka fejlődési rendellenességgel születik, *(Hoehne, Olow)* továbbá, hogy életképességük is erősen csökkent *(Evans, Colvin* és *Mc. Cord)*, azt kell mondanunk, hogy a méhenkívüli magzat életének a megtartására irányuló törekvések nem jogosultak, ellenben inkább ártalmasak. Jogosan és kellő

megfontolások alapján veti el tehát ma már *Werth* és *Veit* tanítása értelmében a legtöbb sebész a várakozó álláspontot megállapított hasüri terhesség esetében *(Amreich, Franz, Eymer, Beckmann, Mauthner, Sztehlo)*. *Stoeckel* a német iskola álláspontját tankönyvében a következőkben foglalja össze: »Ein Versuch, in solchen Fällen das Kind bis zur Lebensfähigkeit heranreifen zu lassen ist, mit Rücksicht auf die schon geschilderte körperliche Minderwertigkeit derartiger Kinder und auf die von Tag zu Tag grösser werdende Gefahr für die Mutter als schwerer Fehler zu bezeichnen. Der durch eine Röntgenaufnahme gesicherten Diagnose, schon der Warscheinlichkeitsdiagnose muss die Laparotomie unmittelbar folgen.«

Maga a műtét kétféle: radicalis és várakozó. Az első az összes terhességi productumok azonnali eltávolításából áll. A várakozó eljárásnál csak a magzatot távolítjuk el, a visszamaradt mellékrészek vagy a hasfalon, vagy a hüvelyen való tamponáláson át ürülnek ki, vagy felszívódnak *(Tóth, Mikulicz-Radecki)*. Egyedül tökéletes megoldás természetesen az összes terhességi productumok eltávolítása *(Stoeckel, Franz)*. Ezen eljárás *Sittner* statisztikai adatai szerint háromszor jobb eredménnyel jár a várakozó eljárásnál. Ez azonban nem vihető mindig keresztül. Igy technikai szempontból igen jelentős különbségek mutatkoznak a szerint, hogy a műtét élő magzat, vagy megállt placentaris vérkeringés, thrombolizált lepényerek mellett történik-e. Rendkívül változatosak lehetnek a lepény eltávolításának nehézségei annak elhelyezkedése szerint is. Ennek megfelelően leválasztása életfontos szervek sérülése mellett sipolyképződéssel és nem egyszer súlyos vérzéssel járhat. A lepény leválasztása főleg az utóbb említett körülmények között való erőszakolása az oka annak, hogy a hasüri terhességek műtéti halálozását az egyes szerzők oly nagy százalékra teszik *(Novey 50, Colvin 31, Ito 30, Ruzicska 26, Reel 20%)*.

A műtéti halálozás magas volta miatt a szerzők ma már engednek a lepény eltávolításának eddig oly radicalis módszeréből és mindinkább megegyeznek abban, hogy az eljárás kiválasztására vonatkozólag nem lehet előre elvet felállítani. A tennivaló mindig a műtét alatt adódik. A műtő természetesen igyekezzék esetét minél gyökeresebben, a terhességi productumok eltávolításával megoldani, annál is inkább, mert a lepény visszahagyása a fertőzés és vérzések veszélye mellett még síma gyógyulás esetén is tartós ágybanfekvést igényel és hasfali sérvet von maga után. A gyökeres megoldás azonban csak elvben helyezhető az inkább várakozó eljárás fölé. Ehhez kell folyamodnunk olyan esetekben, melyekben a lepény életfontos szerveken tapad, vagy akkor, ha a leválasztás az előrelátható nagyfokú vérzés miatt a beteg életét veszélyezteti. Ilyen esetekben a leghelyesebb a burkokból annyit eltávolítani, amennyit csak lehetséges. A megmaradó burokrészeket kivarrjuk a hasfalhoz, azután szádlózzuk a hasfali seben át, vagy a hüvelyen keresztül. Az amerikai szerzők újabban jó eredményekről számolnak be az ilyen — a lepény visszahagyásával megoldott — esetekben. Természetes, hogy fertőzött esetekben, septicus tünetek mellett szádlózáshoz kell folyamodnunk. *(Szenteh, Tonneau, Nicolescu, Mikulicz-Radecki)*.

A magzat elhalása után a nemiszervek és az emlők szokásos gyermekágyi elváltozásai lassan visszafejlődnek. Majd megindul a szokott ovulatio és a szabályos menstruatio. A magzat mindinkább veszélytelenebbé válik az anyára nézve. Jól érzi magát, sőt normalis méhüri terhességeket és szüléseket panaszmentesen állhat ki. Sok eset ismeretes az irodalomban, amidőn az anya hosszú hónapokig, évekig hordta mumificalt, petrificalt magzatát. *Colvin 13, Aschmann* 15 hónapos lithopaedionokat írnak le. *Scheiber* esetében 6, *Platareanu, Kramer* esetében 7, *Kahn* esetében 8, *Boerma* esetében 15, *Hofmeier* esetében (71 éves asszony) 21 évig hordták a kőmagzatot. Ezen esetek azonban csak ritkák. Rendszerint visszatérő fájdalmas rohamoknak, kiújuló gyulladásos folyamatoknak vannak az ilyen asszonyok kitéve és fennáll a fertőzés lehetősége, a gennyesedés és a folyamatnak a szomszédságba való betörése is. Ezért a lithopaedion korántsem közömbös az anyára nézve és a kiviselt, elkövesedett magzatok kórjóslata az anyára nézve kétséges.

A Pázmány Péter Tudományegyetem I. számú belklinikájának közleménye. (Igazgató: Herzog Ferenc ny. r. tanár.)

Epeköves nők alkata.*

Írta: *Telegdi István dr.*

Míg régebben az epekő keletkezésében nagy jelentőséget tulajdonítottak külső tényezőknek (fűzés, a terhes méh mechanikai hatása, túlbő táplálkozás stb.), *Beneke* már a hetvenes években az alkati hajlamosságra hívta fel a figyelmet, mikor boncolási leletei alapján úgy látta, hogy kapcsolat van az epekő és más betegségek (az erek atheromás elfajulása, rák, elhízás stb.) között. De bizonyosfokú ellentétességet észlelt epekő és gümőkór között, az utóbbi betegséget inkább a sovány, gracilis csontozatú, gyakran hypoplasiás érrendszerű emberekben találta.

A sok szerző közül, aki az epekövesek alkatával foglalkozott, csak *Stillert* idézem, aki így ír: »Az epekő túlnyomólag jól táplált embereknél fordul elő érettkorban... ahol *fiatal* egyéneknél észleltem epekövet, azok majdnem mindig astheniásak voltak.« *Stiller* még megemlíti, hogy a betegség — mint ismeretes — főként nőkön fordul elő; *fiatal férfiakon* a legnagyobb ritkaság, és ilyenkor sohasem hiányzott az astheniás habitus túlságos mértéke.

Érdemes megemlíteni, hogy ezzel szemben *Naunyn* minden kapcsolatot kétségbevont epekő és elhízás vagy atheromatosis között és éppen az epekő és gümőkór együtt előfordulását hangsúlyozta.

Mióta a variációs-statisztikai módszer az alkattanban otthonos lett, az ilyen kérdéseket ez hivatott eldönteni. A betegségek együttes előfordulása a correlatiós coefficiens kiszámításával vizsgálható. Az alkati különbségeket pedig — megfelelően megvizsgált anyagban — a hibaszámítás igazolja. Dolgozatomban csak az utóbbi kérdéssel foglalkozom, bár a mérési eredmények felvilágosítást adnak az epekő és elhízás kapcsolatáról is.

Részletes méréseket *Martin* szerint 95 nőbetegen végeztem az I. belklinika, az I. és II. sebészeti klinika anyagában. A testsúly és magasság és a belőlük számított alkati mutató szempontjából még felhasználtam a Szent János kórház I. belosztályának adatait, ahol a kórtörténetekben a testsúlyon kívül a testmagasság is megtalálható és így epe-

* Az Országos Természettudományi Tanács támogatásával készült dolgozat.

köves betegeim száma 301-re növekedett. *Verebély* és *Bakay* professzor uraknak, valamint *Szinnyei* főorvos úrnak itt is hálás köszönetemet fejezem ki. Normalis adatok hiányában az epeköves betegeken nyert középértékeket az I. belklinikán megmért 340 különböző belbeteg adataihoz hasonlítottam (ebben az anyagban az epeköves nők is benne vannak). A testsúly és testmagasság szempontjából felhasználtam a Szent János kórház I. belosztályának mintegy 2500 adatát különböző belbetegekről. Ennek az anyagnak részletes feldolgozása *(Juvancz* és *Telegdi)* most van folyamatban.

A méréseken, a kórelőzmény, az alkat jellemző sajátságainak feljegyzésén kívül, igyekeztem a betegeket ismert typusokba is besorozni. Bár ez csak kisebb-nagyobb erőszakkal történhetik, mégis fontos, mert a beteganyagról szemléletesebb képet ad, mint a mérési eredmények. A betegeket két csoportba osztottam: fiatalokra és idősebbekre. A kettő közti határnak alkati szempontból legalkalmasabb a 40. év. A typusok szerinti eloszlás 40 év alatt és 40 év felett a következő volt:

Alkati typusok	Esetek száma		
	40 év alatt	40 év felett	Összesen
Pyknikus	17	31	48
Astheniás	14	5	19
Kövér, nem typusos pyknikus	4	5	9
Muscularis athleta	5	2	7
Nem osztályozható	3	1	4

A táblázatból azt látjuk, hogy a betegek túlnyomórésze pyknikus nő volt. Ezekre a betegekre jellemző volt a közepes vagy annál alacsonyabb termet, széles arc, domború mellkas, előredomborodó, gyakran elhízott és lógó has, zsírlerakódás a medence, csípő táján, a háton. Ritka volt az általános, a nyakra és végtagokra is kiterjedő nagyfokú elhízás.

Az astheniás alkat a 40 évesnél idősebb betegek között alig fordult elő, a fiatalok között azonban nem volt ritka. Negyven év alatt az alkattypusok eloszlása a következő volt:

Év	Pyknikus	Astheniás
21—30	4	5
31—40	13	9

Tehát amíg 31—40 év között még több volt a pyknikus alkatú, a kilenc 21—30 éves beteg közül 5 astheniás volt. Ezeket a kis számokat csak azért tartom érdemesnek megemlíteni, mert egyesnek *Stiller*, *Bauer* és *Konrád* tapasztalatával, akik szerint, ha az epekő a harmadik, sőt a második évtizedben jelentkezik, a betegek gyakran astheniásak. Astheniás betegeink közül egyik 13, másik 11 éves korára vezette vissza panaszait. Az egyik esetben családi terheltség is volt, amiről különben több beteg beszámolt (leginkább az anyának volt epeköve).

Felvetődik az a kérdés, hogy a 40 évesnél idősebb pyknikusok között nincsenek-e elhízott astheniások. Ennek ellene szól, hogy az összes pyknikus nőbeteg között csak egy esetben találtam szabad 10. bordát, mely az astheniás alkatra jellemző, míg a 14 fiatal astheniás beteg között 9, az öt 40 éven felüli astheniás között 4 esetben. Hegyes epigastrialis szöglet a 48 pyknikus között csak egy esetben fordult elő, míg a 19 astheniás között 15 esetben. Érdemesnek tartom még megemlíteni, hogy a 14 fiatal astheniás beteg közül négynek szerepelt az előzményben »tüdőcsúcshurut«, az öt 40 év feletti astheniás nő közül pedig egyik ugyanerről számolt be, a másik fiatalkori tüdővérzésről, ami összhangba hozható *Bauer* észleletével, aki a fiatal astheniás epékövesekben fibrosus csúcsfolyamatot is észlelt. *Konrád* epeköves betegeinek 14%-a volt tüdőgümőkóros, *Cserey-Pechány* egyetlen ilyen beteget sem észlelt, sőt epeköves betegeinek szülői közül is csak egy volt tüdőgümőkóros. A 31—40 év feletti pyknikus nők közül egyik sem tudott ilyen betegség-

	Összes belbetegek			Epekőbetegek			Középértékek különbsége (D=Me—Mö)		Középértékek különbsége a valószínű hibával (D/VH$_D$)	Valószínűsége annak, hogy csak a véletlen nem okoz ekkora eltérést
	Esetszám (n)	középérték (M) ±m	Szóródás (σ) ±m	Esetszám (n)	Középérték (M) ±m	Szóródás (σ) ±m				
Vállszélesség (TA)	340	33·93	±0·07	95	33·63	±0·16	2·4	±0·12	—0·3	±0·18	1·67	62·87%
Spinák távolsága (TSAS)	330	25·41	±0·08	91	25·6	±0·19	2·63	±0·13	+0·19	±0·2	0·93	46·48%
Középmellkörf gat (KMK)	340	87·4	±0·32	95	90·08	±0·6	8·85	±0·43	±2·58	±0·69	3·9	99·15%
Rel. vállszélesség (100TA/M) ...	338	21·99	±0·05	95	21·91	±0·09	1·36	±0·07	—0·08	±0·1	0·77	39·40%
Rel. spinák távols. (100 TSAS/M)	329	16·58	±0·06	91	16·72	±0·11	1·57	±0·08	+0·14	±0·13	1·12	55·00%
Rel. középmellkörfogat 100 KMK/M)	339	56·52	±0·22	95	58·23	±0·4	5·88	±0·28	+1·71	±0·46	3·72	98·78%
Spina vállarány (100 TSAS/TA)...	330	75·9	±0·3	91	76·18	±0·68	9·77	±0·48	+0·28	±0·75	0·375	19·70%
Testmagasság (M) 40 évesig ...	1371	156·6	±0·11	133	155·35	±0·3	5·09	±0·21	—1·25	±0·27	4·13	99·47%
Testmagasság (M) 40 évestől ...	1177	154·86	±0·13	165	154·76	±0·31	5·9	±0·22	—0·1	±0·33	0·3	16·00%
Testmagasság (M) összes	2561	155·8	±0·08	301	155·06	±0·21	5·59	±0·15	—0·74	±0·23	3·2	96·91%
Testsúly (S) 40 évesig.....	1371	56·47	±0·2	133	61·86	±0·68	11·83	±0·48	+5·39	±0·71	7·63	99·99993%
Testsúly (S) 40 évestől ...	1177	61·79	±0·26	165	64·94	±0·58	11·17	±0·41	+3·15	±0·64	4·95	99·915%
Testsúly (S) összes	2571	58·97	±0·16	301	63·63	±0·45	11·58	±0·32	+4·66	±0·47	9·88	99·999999995%
Kaup-index (S/M^2) 40 évesig.....	1373	2·306	±0·007	133	2·55	±0·027	0·47	±0·019	+0·244	±0·028	8·67	99·999999%
Kaup-index (S/M^2) 40 évestől ...	1179	2·578	±0·01	165	2·728	±0·019	0·45	±0·013	+0·15	±0·025	5·89	99·99%
Kaup-index (S/M^2) összes	2565	2·432	±0·006	301	2·642	±0·018	0·507	±0·013	+0·21	±0·019	11·13	99·99999999999%

ről, a 40 év alatti 17 pyknikus nő közül pedig csak egy 38 éves nőbeteg, kinek 25 éves korában volt tüdőcsúcshurutja. Ez a különbség az anamnesisben, a 10. borda és az epigastrialis szög viselkedésében, de az egész alkati képben ellene szól annak, hogy az idősebb pyknikusok között legalább is nagyobb számmal szerepelnének elhízott astheniások.

A typusokba való sorozás mindig többé-kevésbbé subjectiv és erőszakolt, ezért szükséges a méretek variációs-statisztikai feldolgozása. A sok méret közül, melyeket felvettem, csak azokat említem, melyek az alkat legjellemzőbb tulajdonságaira vonatkoznak. A legfontosabb alkati különbség az emberek között a szélességi (tömegben való) fejlődésben található. Ennek a variációs sornak az egyik végét alkotja az astheniás, a másikat a pyknikus alkat. A szélességi fejlődés vizsgálatára a testmagasság és a testsúly, illetőleg ezek viszonya szolgál, legmegfelelőbben az úgynevezett Kaup-index formájában $\frac{\text{testsúly}}{\text{testmagasság}^2}$, mely fiatal, arányos alkatú felnőtteken 2.3 körüli értéket ad. Fokozott szélességi fejlődés esetén mind ez az index, mind a körfogat-értékek megnagyobbodnak. Utóbbiak jellemzésére a mellkaskörfogat szolgált.

A harmadik normalis alkati változat az athleta-alkat. Ezt egyes szerzők nem akarják elismerni a szélességi változatokkal egyenértékű alkattypusnak. Más szerző viszont, mint *Makarow*, úgy fogja fel az athleta-alkatot, mint a nemi variációs sor szélső tagját, melynek ellentéte a feminin alkat, melyet ő a pyknikussal azonosít. *Buday L.* kifogásolja, hogy *Makarow* felosztásában az astheniás alkat nem kap helyet és mind a két variációs sort elismeri, mind a szélességi, mind a nemi változatokat. Így a nemi variációs sor egyik pólusát a szélesvállú athleta-alkat teszi, melyet *Fauszt* és *Augustin* gyakran talált ulcus duodeniben, ebben a jellegzetes férfi-betegségben, a másik pólusát pedig a hyperfeminin (keskenyvállú, széles csípőjű) alkat, melyet *Juvancz* Basedow-kórban, ebben a typusos női betegségben talált meg. Mivel az epekő is főleg nőkben fordul elő, itt is figyelmet fordítottam a vállszélesség (távolság az akromionok között, TA) és a medenceszélesség viszonyára. Utóbbit a spina ant. sup.-ok távolsága (TSAS) jellemzi, mivel a csípőtövisek előrenéznek, az elhízás nem befolyásolja úgy a méreteket, mint a két crista ilei távolságának mérésekor. A felsorolt méretek variációs-statisztikai feldolgozása az alábbi táblázatban látható, amely a középértéken kívül magában foglalja az esetek szóródását és mind a középértékek, mind a szóródási értékek valószínű hibáját, végül a »középértékek különbsége« oszlopban a legfontosabb adatokat, a középértékek közötti különbséget és a különbség valószínű hibáját. Ezek magyarázatát l. *Juvancz* cikkében, itt csak annyit jegyzek meg, hogy a középértékek közti különbséget *jelentősnek* mondjuk, ha legalább háromszorosa saját valószínű hibájának. Ezeket a hányadosokat az utolsóelőtti oszlop tartalmazza. Az utolsó oszlop végül azt mondja meg, hogy mekkora a véletlen valószínű szerepe a talált különbségekben.

Ha végignézzük az utolsóelőtti oszlop számait abból a szempontból, hogy melyik érték nagyobb 3-nál, tehát hol található az epekövesek és az egész belbeteganyag átlaga között jelentős különbség, akkor azt találjuk, hogy ilyen nem fordul elő a váll-, csípőszélesség és ezek arányára vonatkozólag. A vállszélesség mindössze 0.3 cm-rel volt kisebb, a medenceszélesség 0.2 cm-rel nagyobb az epeköves nőkön, tehát olyan hyperfeminin alkat, mint Basedow-kórban, nem állapítható meg. A kérdés azonban nincs még végleg lezárva. A betegek jórésze ugyanis az átlagosnál kövérebb volt, a zsírréteg pedig egyoldalúan megnagyobbítja a vállszélességet, mivel ezt oldalról mérjük és kevésbbé növeli a spinák távolságát, mivel ezt elölről mérjük. Ezt a kérdést igazán csak a csontméretek tisztázhatnák.

Ami a szélességi fejlődést illeti, ez az epeköves betegeken határozott irányú eltérést mutat. A 40 év alatti epeköves nők átlagos testmagassága 1¼ cm-rel az átlagos alatt volt, testsúlyuk azonban 5 kg-mal nagyobb. A 40 év felettiek testmagassága kb. egyezik az átlagossal, testsúlyuk 3 kg-mal volt nagyobb. Az epeköves nők absolut és relativ (a testmagassághoz viszonyított) mellkaskörfogata ugyancsak nagyobb az átlagosnál, és olyan értéket ad, melyet *Brugsch* a tág mellkasra tart jellemzőnek. A Kaup-index ugyancsak jelentősen nagyobb az átlagosnál, tehát a betegek szélességi (tömegben való) fejlődése tetemesen nagyobb.

Az epekövesek nagy testsúlya kétségtelenné teszi az epekő és elhízás szoros kapcsolatát, melyet *Naunyn* tagadott, de melyet bizonyára egy sebész sem vont volna kétségbe, aki a zsírréteg vastagságát szeme előtt látja, mint a kórboncoló *Beneke*.

A mérések és az anamnesis alapján, úgy látszik, hogy éppen a hízásra való hajlam egyik legfontosabb alkati tulajdonsága az epeköves nőknek és ez a lelet megerősíti mindazok véleményét, akik *Aschoff* nyomán a zsír- és cholesterin-anyagcsere eltérésének tulajdonítanak jelentőséget az epekőképződésben. Minden betegnek megkérdeztem 20 éves kori testsúlyát és a testsúly későbbi alakulását. Különösen a 40 év alatti betegek között volt feltűnő a testsúly gyors megnövekedése már a harmadik és negyedik évtizedben, tehát jóval a climax előtt.

Néhány példa a testsúly alakulására:

A beteg kora a vizsgálatkor	Testsúlya (kg)						
26	20 éves korában	58	26 éves korában	68.5
36	20 „ „	71	36 „ „	83
39	20 „ „	60	34 „ „	87
28	20 „ „	60	26 „ „	78
38	20 „ „	60	33 „ „	78
32	20 „ „	70	29 „ „	86
34	20 „ „	50	29 „ „	62
41	20 „ „	54	21 „ „	68
43	20 „ „	55	23 „ „	71
45	20 „ „	76	38 „ „	90

Ezek az adatok mind a pyknikusok közül valók, akik a typusos epeköves alkatot képviselik.

Akik fiatalon betegedtek meg, azok általában fiatalon is híztak meg és kezdettől is inkább súlyosak voltak. Azok a pyknikusok, akikben a betegség csak 40 év után lett súlyos, 20 éves korukban nem ritkán »soványak« voltak és ha emlékeztek a súlyra, az több esetben 50 kg alatt volt, míg a fiatal pyknikusok között ez sohasem fordult elő.

Így arra lehet gondolni, hogy azok a nők, akikben a feltételezett anyagcserezavar nagyobb, már korábban megbetegednek, még pedig, úgy látszik, elsősorban a terhességgel kapcsolatban, melynek hatása a zsír- és cholesterin-anyagcserére ismeretes; akikben kisebb a zavar, ott az epekő később jelentkezik az idősebbkorbeli hízással együtt, bár előfordulhat az is, hogy a hízás az epekőpanaszokat

jóval megelőzi. Így egyik beteg már első terhessége alatt, 21 éves korában 103 kg-ra hízott, epepanaszai csak 46 éves korában kezdődtek.

Ha a betegek a panaszokat a terhességgel hozták összefüggésbe, többnyire azt mondták, hogy a betegség *a szülés után* kezdődött. Ha a terhességgel kapcsolatos epekő valóban a vér- és epecholesterin növekedésével függne össze, így ez a lelet érthető volna, mert *Bacmeister* és *Havers* szerint az epében különösen a szülés után szaporodik meg a cholesterin. A hypercholesterinaemiára nyilván a magzatnak van szüksége és a máj a megszaporodott cholesterint csak a szülés után engedi át nagyobb mennyiségben az epébe. Fiatal nők elhízása a terhességgel kapcsolatosan, vagy anélkül is, mindenesetre figyelmet érdemel az epekő megelőzése szempontjából.

A pyknikus betegek közül többen beszámoltak arról, hogy testsúlyuk könnyen ingadozik. Jellemző a betegek fogyása a panaszok idején és az erős hízás a jól sikerült műtét után. Betegeink egy része is 1—2 év előtt műtéten esett át és többségük panaszmentes volt és meg is hízott.

Az alkatnak fontos tulajdonsága a pigmentatio, mert ez az élet folyamán kevéssé változik. Különböző betegségekben a pigmentatio foka eltérő, de ennek alapja még nincs tisztázva.

Az epeköves nők haj- és szemszínét egyéb betegek adataival hasonlítottuk össze. A hajszín megoszlása a következő volt:

	Haj színe				
	fekete	barna	szőke	vörös	összesen
Epekő	10	65	15	1	91
Egyéb	19	122	35	3	179

Az ilyen sorokat legmegfelelőbben az χ^2-próbával vizsgáljuk. $\chi^2 = 0.618$; P (valószínűség) $= 0.88$. *P* ezen értéke azt jelenti, hogy azonos anyagból is 100 alkalom közül 88-ban ekkora vagy nagyobb eltérést kapunk. A hajszínben talált különbséget tehát a véletlen okozza, nem jelentős.

	Szem színe					
	fekete	barna	zöld	kék	szürke	összesen
Epekő	2	42	16	12	12	93
Egyéb	4	86	39	42	16	187

$\chi^2 = 12.615$; $P = 0.01$. Eszerint nagyon kicsi a valószínűsége annak, hogy az eltéréseket csak a véletlen okozná. Úgy látszik, hogy a kék szem ritkább az epekövesek között. Gyakran fordulnak elő a szürkés színek.

Összefoglalás: Az epeköves nők között 40 év alatt nem ritka a typusos astheniás alkatú beteg, de e korban is gyakrabban találkozunk jól táplált és elhízott, szélesarcú, domború mellkasú pyknikus nőkkel, akik azután 40 év felett túlnyomó többségbe kerülnek. A 40 év alatti betegek az átlagosnál alacsonyabbak és súlyuk mintegy 5 kg-mal van az egész belbeteganyag átlagos súlya felett, míg a 40 év felettieké mintegy 3 kg-mal. A betegek mellkaskörfogata, alkati indexe az átlagosnál jelentősen nagyobb. A pyknikus betegek egy része már a harmadik-negyedik évtizedben, gyakran a terhességgel kapcsolatban gyors hízásnak indul; az anyagcserének ez a zavara az epekőképződés megelőzése szempontjából figyelmet érdemel.

A Szent István közkórház orr-torok-gége- és ideggyógyászati osztályainak közleménye. (Főorvosok: Campián Aladár és Lehoczky Tibor egyetemi magántanárok.)

A liquorrhoea nasalisról egy eset kapcsán.

Írták: *Kallay Ferenc dr.* és *Dobos Sándor dr.* alorvosok.

A liquorrhoea nasalis nem önálló betegség, hanem csak tünet, amely azt jelenti, hogy a kemény agyburok valamely oknál fogva megnyílt és a nyíláson át a liquor az orrüregbe jut, ahonnan az egyik vagy mindkét orrnyíláson kifolyik. Megkülönböztetünk elsőleges vagy spontán és másodlagos liquorcsorgást. Elsődleges a liquorrhoea, ha minden kimutatható elváltozás nélkül keletkezik, másodlagos, ha annak okát ismerjük. Minden olyan agyi elváltozás, amely az agynyomást fokozza és ennek következtében a kemény agyburkot és a csontos koponyát átkoptatja, liquorfolyást okozhat. Baleseti és műtéti sérülések kapcsán is keletkezhet liquorhoea.

A liquorhoea nasalis, melyet King írt le először 1834-ben, igen ritka tünet. Livni 1934-ig összesensen 66 esetet gyüjtött össze, amelyek közül azonban a legtöbb másodlagos volt. A liquorfolyás hirtelen keletkezik. A beteg orrából minden megelőző tünet nélkül víztiszta váladék ürül s annak mennyisége a testhelyzet szerint változik. A naponta kiürülő liquor mennyisége az agynyomástól függően igen változó. Ez lehet pár kcm, 200—300 kcm, vagy még annál is több. Bruzzone esetében, ahol az alapbetegség hypophysis daganat volt, 600—700 kcm liquor ürült naponta.

A liquorfolyás kórismézét a váladék laboratóriumi vizsgálata biztosítja. Ha ez a liquor reactióival megegyezik, a diagnosis kétségtelen. További eljárás valamely festékoldatnak a liquortérbe való befecskendezése és a festékoldatnak az orrváladékban való megjelenése.

Az elkülönítő kórismézés szempontjából csak a rhinitis vasomotorica jöhet szóba. Ebben a betegségben hasonló vízszerű orrfolyásról panaszkodik a beteg, amely azonban rendszerint kétoldali és heves tüsszentési rohamokkal kezdődik és a roham alatt a nyálkahártya duzzadt. Kivételesen előfordul, hogy a vasomotoros nátha egyoldali. Ilyenkor az orrváladék laboratóriumi vizsgálata elengedhetetlen. Mindenesetre vasomotoros náthában gondolni kell a liquorcsurgás lehetőségére és a beteget ilyen irányban is ki kell vizsgálni.

A betegség eredete igen különböző, a szerint, hogy a liquorcsorgás elsődleges, avagy másodlagos alakja áll fenn. Az elsődleges liquorrhoea aethiologiája nincs tisztázva. Az irodalomban 3 biztos esetet találtunk, ezek mindegyikében elméleti elképzelésekkel próbálják magyarázni a keletkezés okát. Loftus esetében hangos nevetés után kezdődött a csorgás, amely 2½ hónapos fektetés után megszűnt. Néhány hét mulva azonban agyhártyagyulladás lépett fel és a beteg meghalt. Boncolásnál nem tudták tisztázni az esetet, mert a másodlagos infectio elfedte a képet. A szerző véleménye szerint a lamina cribrosa finom repedése okozza a liquorcsorgást.

Mc. Dugal szerint a liquor a szaglóidegek perineurális hüvelyében futó nyirokutak mentén jut az orrba. Mások az ú. n. canalis craniopharyngeust jelölik meg a liquor útjaként. Ezt a fejlődési rend-

ellenességet Landzert írta le először. Ő az újszülöttek 30%-ában megtalálta. A csatorna a sella turcica fenekéről indul ki, lefelé haladva, az ikcsont alsó felszínén nyílik a garattetőbe. Haberfeld 30 újszülött közül csak egy anencephalusnál találta meg ezt a csatornát egyéb fejlődési rendellenességekkel együtt. Más szerzők az orrban megjelenő igen ritka basalis encephalokelekkel kapcsolatban említik meg ezt a csatornát. Úgy látszik, hogy a canalis craniopharyngeus inkább az encephalokelek keletkezése szempontjából érdemel figyelmet. Nem valószínű, hogy azon át a liquor el tudná hagyni a koponyaüreget, hiszen több állatfajtánál egész életen keresztül megtalálható ez a csatorna liquorfolyás nélkül. Waldayer 20 gorilla közül 7, 10 csimpánz közül 4 ízben, macskánál pedig majdnem mindig megtalálta e csatornát.

Másodlagos liquorrhoea agydaganat, hydrocephalus, sérülés, továbbá Zuckerkandl és Mignon szerint veleszületett csonthiányok következtében keletkezik. Csonthiányok előfordulhatnak a lamina cribosán, a rostasejtek vidékén, az ikűreg és homloküreg hátsó falán és a sella turcicán, amely helyeken a bonyolult fejlődési folyamat közben elég alkalom adódik hiányok keletkezésére. Matzdorf esetében a liquorfolyást az erősen tágult carotis azáltal okozta, hogy a sella turcicánál a kemény agyburkot kirágta. A közölt esetek legnagyobb részében hypophysis daganat, vagy cysta okozta a liquorrhoeát. Koponyaalapi törésnél a liquorcsorgás keletkezése a következő: 1. Sella turcica repedésénél a liquor az ikűreg nyílásán halad át. 2. A crista galli sérülésével közvetlen összeköttetés jön létre az orr- és koponyaüreg között. Ugyancsak liquorcsorgást idézhetnek elő az orr belsejében végzett műtéti beavatkozások is. Leginkább polypműtét, a rostasejtek kitakarítása és a középső kagyló elülső végének resecálása kapcsán észlelték ezt. Nem egyszer előfordult már, hogy az orrban megjelenő agysérvet, polypnak nézve, eltávolították, miközben liquor vagy agyrészek jelentek meg az orrban. *Richter* 60 éves férfi betegének orrából nagy »polyp« lógott ki, melynek eltávolításakor fehér-pépes massák ürültek az orrból. A beteg agyhártyagyulladásban elpusztult. Boncoláskor a rostacsontban rendellenes nyílást találtak sérvkapu gyanánt. *Kayser* 19 éves férfibetege Higmor-üreg genyedés műtéte és a felső orrjáratból lecsüngő »polypus« eltávolítása után agyhártyagyulladásban halt meg. Boncoláskor a lamina cribrosán szondázható járatot találtak, melyen át a koponyaüreg az orrüreggel közlekedett. Hasonló eseteket írtak még le *Schoetz, Lenhoff, Froboese, Nager* stb.

A prognosis megítélése nehéz. Elsődleges alakban a kóroktan ismeretlen lévén, a gyógyulásról nem mondhatunk elfogadható véleményt. Másodlagos alakban a kórjóslat az alapbetegségtől függ. A liquorcsorgást kiváltó agydaganat sikeres eltávolítása, vagy a hydrocephalus műtéti megszüntetése után számíthatunk a gyógyulásra. Legjobb indulatú a sérülésekből eredő liquorfolyás, mert ennél hiányzik a fokozott agynyomás, ami a gyógyulás legfőbb akadálya. Heveny nátha, vagy valamelyik melléküreg gyulladása bármikor agyhártyagyulladást okozhat, de az orrválladék bacterium tartalma is ugyanezt eredményezheti. Tehát nem is annyira az alapbaj, hanem a közbejövő agyhártyagyulladás súlyosbítja a kórjóslatot. Ha meningitis nem jön közbe, évekig is fennállhat a csorgás.

A therapia tekintetében leghelyesebbnek látszik a beteg szigorú fektetése olyan helyzetben, amelyben a liquor legkevésbbé folyik. Emellett gondoskodnunk kell az agynyomás állandó csökkentéséről. Legfontosabb sorozatos lumbálpunctiókat végezni. Ezenkívül folyadékszegény étrenddel és hypertoniás sóoldatok intravenás adagolásával (20—30%-os dextrose, 10%-os konyhasó) igyekszünk a szervezettől a folyadékot elvonni. Ugyanezt a célt érhetjük el rendszeres hashajtásokkal, vagy magnesiumsulfatos beöntésekkel. *Polya* férfi betege, kinél koponyaalapi törés következtében keletkezett a liquorcsorgás, ilyen kezelésre meggyógyult. Természetesen, csak olyan esetekben várhatunk gyógyulást, ha a liquorcsorgás oka kisebb sérülés, amely begyógyulhat, ha a gyógyulást akadályozó állandó ingert a koponya megfelelő elhelyezésével hosszabb időre kiiktatjuk és az agynyomást csökkentjük. Műtéti sérüléskor, ha csak a kemény agyburok sérül és a hiány nem nagy, gondos tampon-kezeléssel esetleg gyógyulást érhetünk el, bár az ilyen esetek is legtöbbször kilátástalanok. *Safranek* beszámol egy gyógyult basalis encephalokeleről, amelyben a belső szemzugból ürült a liquor. A seb tamponálás után 3 hét alatt begyógyult és a liquorfolyás megszűnt.

Saját észlelésünk a következő: H. L. 37 éves férfi 1940 szeptember 5-én jelentkezett járóbeteg rendelésünkön. Elmondása szerint 4 nappal ezelőtt minden megelőző tünet nélkül víztiszta folyadék kezdett csepegni orrából. Betegsége általános rosszulléttel és heves végtagfájdalmakkal kezdődött. Egy alkalommal 38.5° C láza is volt, ezt követőleg 2 napig kisebb láz, mely 2 nap után elmult, de orrfolyása megmaradt. Régebbi betegségről nem tud, eltekintve 20 évvel ezelőtt néhány hétig tartó, szerinte jelentéktelen fülfolyásról, amely minden kezelés nélkül meggyógyult. Vizsgálatkor feltűnő az orrnyílások környékének pirossága. A beteg állandóan az orrát törüli, szemei könnyesek. Rhinoscopiai vizsgálattal az orrban kóros elváltozást nem találtunk. Tekintve a kórelőzmény adatait és a tüneteket, a betegséget lázas influenzának fogtuk fel. Pár nap mulva a beteg közérzete megjavult, de a kellemetlen orrfolyás nem szűnt, ezért az orrnyálkahártya edzése és a váladék csökkentése céljából 2%-os lapis ecseteléseket végeztünk minden eredmény nélkül. Tekintettel a bő vízszerű váladékra és a negativ orrleletre, vasomotoros náthára gondoltunk és calciuminjectiókat adtunk i. v. egy héten át. E kezelésre az orrfolyás egy időre csökkent, majd ismét fokozódott.

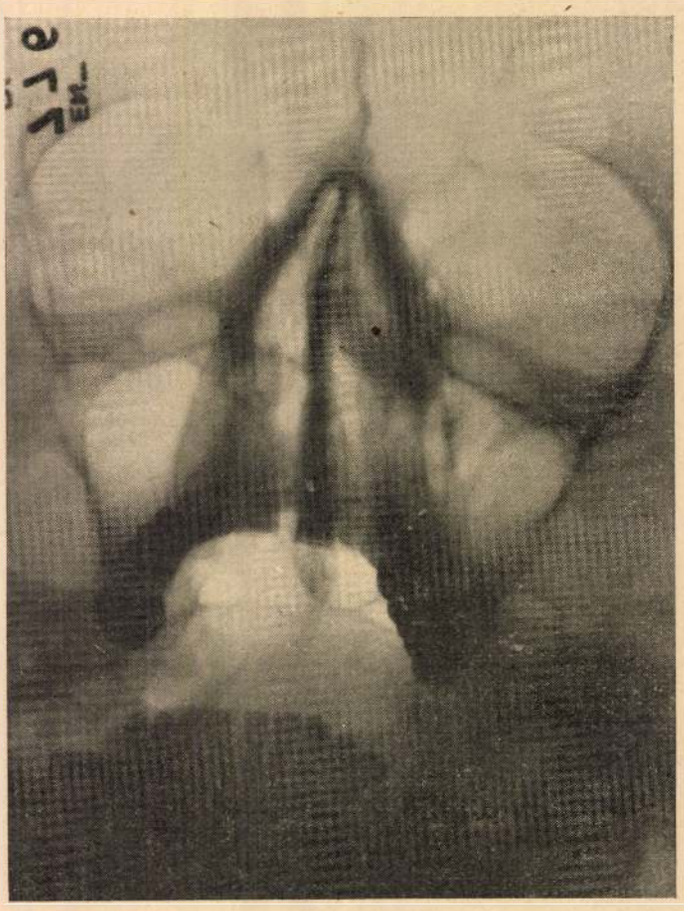
Bár a folyamat 3 heti fennállása után eleve valószínűnek látszott, hogy az orrnyílásból ürülő nagymennyiségű víztiszta váladék liquor, a pontos azonosítás végett a következő vizsgálatokat végeztük el, egyaránt vizsgálva az orrból csepegő folyadékot és a cisternalisan vett liquort. Az eredményt a következőkben foglalhatjuk össze: mindkettőben a fehérjetartalom 30 mg %, de míg a liquorban a sejtszám 5/3, addig az orrból ürülő váladékban 18/3 volt. *Pándy* reactio a liquorban ±, *Nonne-Appelt, Takata-Ara, Wassermann* és praecipitatiós reactio, továbbá a colloid görbe mindkettőben negativ volt. A natriumchlorid-tartalom mindkét vizsgálati anyagnál 63 mg % volt. Mint látjuk tehát, a két eredmény csaknem azonos, leszámítva az orrváladékban levő magasabb sejtszámot, amit érthetővé tesz a liquornak az orrüregben történő szennyeződése. Az azonosítás végleges biztosítására 5 ccm liquor leszívása után Dandy ajánlata szerint 2 ccm steril indigocarmin oldatot fecskendezünk be a cister-

nába. Az addig víztiszta váladék a befecskendezés után 7 perccel kékesen elszíneződött, kétségtelenné téve az orrváladék agyi eredetét. Annak megállapítására, hogy a liquor hol lép be az orrüregbe, egy-egy szondára csavart vattagombócot helyeztünk be először a középső kagyló és orrsövény közé, azután pedig a középső kagylótól laterialisan. Néhány perc mulva eltávolítva a vattagombócokat, azt tapasztaltuk, hogy az első kékesen elszíneződött, míg a második színtelen maradt. Ebből nyilvánvaló, hogy a liquor a regio olfactoria vidékén lép be az orrüregbe. *Dandy* az említett folyadékon kívül phenolphtalein oldatot is használt, *Constantine* pedig fluoresceint fecskendezett be, amely másfél óra mulva jelent meg az orrváladékban. Megemlítjük, hogy esetünkben a liquor mennyisége egyenes fejtartás mellett 10 perc alatt 2.75 ccm, előrehajtva a fejet, ugyanazon idő alatt 3.5 ccm, egy óra alatt 20 ccm, 12 óra alatt 142 ccm volt.

Tekintve, hogy a trauma nélkül fellépő liquorcsorgás oka leggyakrabban agydaganat, vizsgálataink további menetét a tumor diagnostikája irányította. Subjective a beteg a csorgást leszámítva, teljesen panaszmentes. Organikus idegrendszeri elváltozást a leggondosabb és többször megismételt vizsgálattal sem tudtunk kimutatni. Nevezetesen az agyidegek részéről kóros eltérés nincs, valamennyi bőrperiost és inreflex kiváltható. Pathologiás reflex, clonus nincs. A *Grasset-Gaussel* és *Barré*-féle tünetek negativak. Dysmetria, adiadochokinésis, asynergia nincs. Izomtonus, járás rendben. Felületes és mélyérzés kifogástalan, szemfenék ép. Látóterekben kiesés nincs. Fülészeti-lelet: Dr. Götze: Jobb fül ép. A bal hallójáratban kevés geny, a dobhártya hiányzik s a dobüreg mellső falát sarjak fedik. Hallás az oldalt súgott beszéddel vizsgálva 1 m. Vélemény: A fülvizsgálat képe s a sziklacsont-felvétel nem mutatnak oly elváltozást, amely a liquorcsorgás füleredetére utalna. Vérsüllyedés Westergreen szerint 20—40 mm. Vérnyomás 140/96 Hg. mm. Vizelet kóros elváltozás nélkül. Koponya-röntgen-lelet: Dr. Sigora: A koponyatető hátsó része a falcsontnak megfelelően, kissé elődomborodott, az os occipitale vastagabb, a protuberantia occipitalis externa erősen fejlett, crista-szerű. A koponyaconfiguratio kis mértékben

1. ábra.

turicephal alakot mutat. A sella normalis tágasságú. A processus clinoideus anteriorokat a posteriorokkal csontos híd köti össze, amely a diaphragma sellae elcsontosodásának felel meg. (1. ábra.) A jobboldali rostasejtek csökevényesen fejlettek, baloldalt kiterjedt rostasejtrendszer látható. A jobboldali sinus sphenoidalis hiányzik, baloldali sinus sphenoidalis jól fejlett, légtartó. Általában az orrmelléküregekben eltérés nem látszik. Az orrmelléküregek csontos falán, valamint a koponyaalap csontjain csontdestructio nem mutatható ki. (2. ábra.) A baloldali



2. ábra.

processus mastoideus sclerotisált, a középfül-üregekben csontdestructio nem látható. Belső fül, belső hallójárat normalis képet mutat. Encephalographiát a betegen nem tudtunk végezni, mert nem egyezett bele. A tünetek után ítélve, betegünknek agydaganata nincs és hydrocephalus jelenlétére sincs semmi támpontunk. A liquorcsorgás okát sem rhinologiai, sem ideggyógyászati vizsgálatokkal nem tudtuk kimutatni.

Esetünkben a betegnek 6 hétig tartó ágynyugalmat rendeltünk el vízszintes testhelyzetben. Ezt azon meggondolással tettük, hogy a koponyát olyan helyzetbe kell hozni, hogy abból a liquor ne tudjon kicsorogni. Ezt a célt sikerült is elérni, mert hanyattfekvő helyzetben sem az orron át nem ürült, sem a garatba nem csepegett folyadék. Az első 2 hét alatt a beteg arról számolt be, hogyha alvás közben véletlenül oldalra feküdt, a liquorfolyás újból megindult, »reggelre csupa víz lett a párnája«. Ujabb 2 hét után a csorgás megszűnt. Utána félnapig tartó rosszulléte volt, amely fejfájás, szédülés, hányinger és hányásban nyilvánult. Ezt követő két hétben a beteg teljesen jól érezte magát, orrfolyása nem volt. Hat hét eltelte után a beteget felültettük és ebben a helyzetben sem észleltünk folyást. Három nap mulva azon-

ban ismét megindult a liquorfolyás, amikor a beteget újra lefektettük. Az agynyomás csökkentése céljából hetenként lumbálpunctiót végeztünk. Ezenkívül folyadékszegény étrendet rendeltünk el. Naponta 20 kcm 20%-os dextrose és 10 kcm 10%-os konyhasó oldatot adtunk intravenásan. Ilyen kezelés mellett a liquorfolyás már az első lumbálpunctio után lényegesen csökken. Egyenes fejtartás mellett nem csorog semmi liquor, előrehajtott fej mellett is igen lassú cseppekben ürül, 10 perc alatt 18 csepp. Olykor napok is elmulnak liquorcsorgás nélkül.

Az agynyomáscsökkentő eljárásnak igen jó hatását tapasztaltuk. Ha gyógyulást nem is értünk el, de a liquorfolyás lényegesen csökkent. A folyamat tehát jóindulatúnak látszik és a liquorfolyásból esetleg évekig sem származik semmi baj, ha a beteg a meningitist el tudja kerülni. Szerencsés esetben meg is gyógyulhat. Az irodalomban egyetlen gyógyult esetet találtunk. *Livni* 26 éves férfi betege, kinél baleset okozta a liquorcsorgást, 6 hét alatt gyógyult meg. Ezt sem tekinthetjük azonban biztosan gyógyult esetnek, mert a beteg későbbi sorsáról nem tudunk.

Esetünk a »spontan liquorrhoea nasalis« csoportba tartozik. Megjegyezni kívánjuk, hogy a spontán megjelölés szigorúan véve csak annyit jelent, hogy a betegség oka előttünk ismeretlen. Mivel az anamnesisben sérülés nem szerepel és az agydaganatot és hydrocephalust is ki tudjuk zárni, azt kell felvennünk, hogy fejlődési renellenesség okozza a liquorrhoeát. Az is kétségtelen, hogy a fejlődési rendellenesség helye a lamina cribrosában, vagy annak közvetlen környezetében van, ott, ahol a hátsó rostasejtek az elülső koponyaárok fenekével érintkeznek.

A röntgenologus véleménye is e mellett szól: »A röntgenfelvételek alapján a koponyatető és alap csontjain néhány fejlődési rendellenesség, egyéni sajátosság tapasztalható; így a koponyatető hátsó részének kiemelkedő volta, fejlettebb occipitalis dudor, a diaphragma sellae elcsontosodása, a lényeges assymetria a rostasejtek kiterjedésében, a baloldali sinus sphenoidalis. A fenti rendellenességek feltételezhetik azt, hogy a fejlettebb baloldali rostasejtek tájékán az elülső koponyagödör és az orrüreg között congenitalis dehiscentia van, amely a röntgenfelvételeken, tekintettel az elülső koponyagödör komplikált projectiós viszonyaira, nem mutatható ki. Mindenesetre kétségtelenül megállapítható, hogy a liquorcsorgás nem tumor usuratio folytán jött létre, a sinus sphenoidalis teljesen intakt. A baloldali pyramis tömörebb. A bal processus mastoideus és sziklacsont leírt configuratiós eltérése jellegzetes sziklacsont constitutiót mutat egy a fejlődés-korban lezajlott otitisre, amely miatt a cellularis rendszer nem fejlődött ki«.

Befejezésül, figyelembe véve a legfőbb szempontot, a beteg sorsát, véleményünket abban foglaljuk össze, hogy a továbbiakban is conservativ kezeléstől várjuk a gyógyulást és ha így nem érünk célt, akkor ultimum refugiumként meg kell kísérelni a műtéti megoldást. A műtét lényege az, hogy trepanatiós lebeny segítségével feltárjuk az elülső koponyaárkot és a dehiscentia helyére zsírlebenyt fektetünk, amely nemcsak megtapadás által, hanem mint idegen test is, irritativ hatást vált ki, minek következtében a dehiscentia fölött heg képződik, amely a liquor útját véglegesen elzárja. Természetesen a nagy beavatkozás sok veszélyt rejt magában, de nem kisebb az a veszély sem, amely a beteget az agyhártyagyulladás által műtét nélkül is állandóan fenyegeti.

A Magánalkalmazottak Biztosító Intézete I. számú nőgyógyászati rendelésének közleménye. (Osztályvezető: Toldy Loránt.)

A pajzsmirigy zavart működésének jelentősége a habitualis vetélés kóroktanában.

Irta: *Pásztor Mihály dr.*

A habitualis vetélés fogalmát illetőleg még nincs egységes vélemény. Egyesek *(Stoeckel, Dőderlein)* az egymást követő terhességmegszakadást hangsúlyozzák és az okot többé-kevésbbé figyelmen kivul hagyják; mások *(Bumm, Schröder)* csak a kimutatható ok nélkül ismétlődő vetéléseket illetik habitualis jelzővel. Ha viszont e megnevezéssel csak a bizonytalan eredetű eseteket jelöljük meg, akkor az ismert eredetű vetélésekre vonatkozó elnevezés hiányzik. Ezért *Nürberger* a kóroktanilag biztos és homályos esetekre való beosztást ajánlja.

A különböző tanulmányokban és közleményekben az ártalmak egész tömegét találjuk, melyek az abortus habitualis okai gyanánt foghatók fel. A szerzők nagy többsége azonban általánosságban két nagy csoportot különböztet meg: a magzatban és az anyai szervezetben rejlő okokat. A magzatban rejlő elsőleges letalis tényezőkről, melyek talán bizonyos chromosomákhoz vannak kötve, ma még kevés biztosat tudunk. *His* és *Becker* a terhesség első három hónapjában nagy számmal talált torz embryót. Az embryók atrophiás elfajulását ma inkább másodlagos jelenségnek tartják, melynek oka a chorion és a gyulladásos decidua táplálkozási zavaraiban van. Fontos szerepet játszanak a vetélés létrejöttében a magzati függelékek kóros állapotai, amilyenek a köldökzsinórcsavarodás, az insertio velamentosa, főleg pedig a lepény fehér infarctusai. *Franqué* kimutatta, hogy infarctus eseteiben a chorionbolyhok ereiben szűkület lép fel, amely annyira megnehezíti az anyagcserét, hogy a magzat elhal.

Az anyai szervezetben található okok részint a nemzőszervek helyi elváltozásai lehetnek, amilyenek a méh fejlődési rendellenességei: a kétszarvú, az ívelt méh, valamint a méh és függelékeinek daganatai, továbbá ferdülések és a méhszájrepedés. Amíg e bajok megállapítása nem ütközik különös nehézségbe, addig az általános természetű betegségek felderítése gondos kutatást kíván; áll ez különösen a belsőelválasztásos rendszer egyensúlyzavaraira és a vitaminhiányra visszavezethető esetekre. Egyesek szerint az ab. habitualis egy-egy esetében egyszerre több tényező játszik közre, mások meg azon a véleményen vannak, hogy e tényezők közül egy mindíg túlsúlyra jut. Ennek felkutatása, bár sokszor nehéz, de mindenesetre hálás feladat.

Azok a jelenségek, melyek a nő nemzőképes korának egyes szakaszaiban a pajzsmiriggyel kapcsolatban tapasztalhatók, mutatják azt a szoros kölcsönhatást, mely a pajzsmirigy és a petefészek közt van. Elég itt rámutatni az ivarérés és a hószám idején, valamint a terhesség alatt oly gyakran észlelhető pajzsmirigymegnagyobbodásra és arra a feltűnő körülményre, hogy mind a Basedow-kór, mind a myxoedema aránytalanul gyakrabban fordul elő nőkön, mint férfiakon. *Számos kutató (Aschner, Hajós) megerősíti, hogy mind a Basedow-kórban, mind a myxoedemában szenvedők 80—90%-a nő.*

A pajzsmirigyműködés zavarainak számtalan fokozata ismeretes, kezdve a legenyhébbtől a legsúlyo-

sabbig. *Nürnberger* úgy véli, hogy a szaporodási folyamatok zavarai nem mindig állnak szoros kapcsolatban a klinikai kórkép fokával: a hypo- és a hyperthyreoidismus enyhe formái is okozói lehetnek a terhesség korai megszakadásának, viszont súlyos esetekben is előfordulhat zavartalan terhesség és szülés. *A klinikai tapasztalatok azonban általában azt mutatják, hogy a pajzsmirigyműködés súlyosabb zavaraiban szenvedő nők vagy egyáltalán nem fogamzanak, vagy ha történik is fogamzás, a terhesség többnyire idő előtt megszakad.* Ilyen esetekben a petefészekben mélyreható elváltozások állapíthatók meg, nevezetesen indurativ hypoplasia, a primordialis tüszők hiánya, vagy csökkenése, emellett az egész nemző rendszer fejletlenségét is megfigyelték. *Döderlein* állatkísérletei azt mutatták, hogy a terhes állatok pajzsmirigy adására elvetéltek. *Roffo* tengerimalacokon végzett kísérleteket. A pajzsmirigy kiirtására néhány nap mulva a terhesség megszakadt, különösen annak második felében. A pajzsmirigy csonkolása ellenben sem a teherbejutást nem gátolta, sem annak természetes lefolyását nem zavarta. Thyroxinra ellenben halott magzatok vetélése következett be, vagy ha élve születtek is meg, fejletlenek voltak és hamar elpusztultak. *Roffo* szerint nem állapítható meg teljes bizonyossággal, hogy a pajzsmirigyelégtelenség a terhességet károsan befolyásolná, viszont a myxoedema terhesség alatt gyakran rosszabbodik. Másként áll a helyzet a Basedow-kór eseteiben, amikor terhesség ritkán fordul elő, ha pedig mégis történik fogamzás, többnyire vetélés a vége. *Engelhart* állatokon pajzsmirigy adása után a sárgatest működésének időelőtti megszűnését látta.

Rendelésünkön az utóbbi három év alatt 54 asszony jelentkezett azzal a panasszal, hogy méhmagzatát nem képes kihordani: terhessége ismételten vetéléssel, vagy koraszüléssel végződött. Egy részük a jelentkezéskor állapotos volt, másik részük nem; közös kívánságuk azonban, hogy élő gyermeket hozhassanak a világra. *A kórelőzmény gondos felvétele és a vizsgálatok során feltünt, hogy mily nagy a számuk azoknak az asszonyoknak, kik pajzsmirigymegnagyobbodásban és az anyagcserevizsgálat szerint hyper-, illetőleg hypothyreosisban szenvednek: 54 közül 18 asszonyon, tehát 33%-ban voltak megállapíthatók a pajzsmirigy működésének zavarai,* melyekre a közlésen kívül a mirigy megnagyobbodása, vagy a műtéti heg hívta fel a figyelmet. A belgyógyászati, laboratóriumi és saját vizsgálataim eredményét nagy általánosságban a következőkben foglalhatom össze:

1. A Wassermann-reactio minden esetben, a férjekre vonatkozólag is, negativ eredményt adott.

2. Az alapanyagcsere, mely 3 esetben csökkent, a többiben fokozott volt, a normálistól általában kismértékben tért el: maximuma csak egy esetben érte el az 51%-os fokozódást, az alsó határ meg éppen —7% volt. Egyébként is — amint a belgyógyászati vizsgálat megállapította — a golyván és a rendestől eltérő alapanyagcsere értékeken kívül hiányoztak azok a tünetek, melyek a Basedow-kórra, vagy pedig a myxoedemára jellemzők, úgy hogy eseteinkben hyper-, illetőleg hypothyreosisról beszélhetünk.

3. A pajzsmirigyműködés zavarain kívül sem általános, sem gynaekologiai helyi, vagy egyéb szervi elváltozás sem volt található, mely az ismétlődő vetéléseket megmagyarázná.

Eseteimet két csoportba osztom. Az elsőbe azokat az asszonyokat sorolom, akik kezelésben egyáltalán nem részesültek, vagy kezelésben álltak ugyan, de ez még nem fejeződött be és így az eredmény szempontjából nem értékesíthető.

1 táblázat.

Sorsz.	Kor	Anyagcsere	A kórelőzményben			Megjegyzés
			szülés	koraszülés	vetélés	
1.	27 é.	csökkent	—	—	3	
2.	34 é.	fokozott	—	—	3	
3.	23 é.	»	1	—	3	
4.	32 é.	»	—	—	2	
5.	29 é.	»	1	—	3	prophyl. kezelés
6.	34 é.	»	1	—	3	
7.	23 é.	»	—	—	3	grav. m. V., kez.
8.	34 é.	»	—	1	1	grav. m. VI., kez.
9.	34 é.	»	1	—	2	prophyl. kezelés
10.	28 é.	csökkent	—	—	4	hypoplas. genit., k.
		Összesen ...	4	1	27	

A táblázatban szereplő 10 asszonynak tehát összesen 4 kihordott és 1 koraszülése, valamint 27 vetélése volt. Feltűnő, hogy a kihordott, élő magzatok kivétel nélkül az első terhességből származnak; ez amellett szól, hogy a terhesség vagy activálta a hyperthyreosist, vagy fokozta a már meglevő túlműködést annyira, hogy a szülés után egy esetben 2 ízben, három esetben pedig egyenként 3 ízben végződött vetéléssel a terhesség. Említésre méltó, hogy a 9. sz. betegen, aki egy évvel ezelőtt pajzsmirigyműtéten esett át és azóta kétízben elvetélt, a laboratóriumi vizsgálat még a közelmultban is 34%-os alapanyagcserefokozódást mutatott ki. A nemzőszervek vizsgálatakor pedig myomásnak tetsző, vaskos méhet találtam, ami hyperthyreosis mellett igen gyakori. A 10. sz. esetben, ahol a kórelőzményben 4 vetélés szerepel, 6%-os alapanyagcserecsökkenés mellett a nemzőszervek fejletlenségét állapítottam meg. Jelenleg kezelésben áll: tüszőhormon- és sárgatestbefecskendezést, továbbá pajzsmirigytablettát kap és mélyhőkezelésben részesül.

2. táblázat.

Sorszám	Kor	Anyagcsere	A kórelőzményben			Kezelés a terhesség		Eredmény		
			szülés	koraszülés	vetélés	előtt	alatt	kihordott	koraszülés	vetélés
1.	25 éves	fokozott	—	—	2	—	+	+	—	—
2.	27 »	»	—	—	1	—	+	—	+	—
3.	20 »	»	—	—	3	—	+	+	—	—
4.	25 »	»	—	—	1	+	+	—	+	—
5.	30 »	»	—	—	1	+	+	—	+	—
6.	37 »	»	—	—	4	+	+	+	—	—
7.	36 »	»	—	—	2	+	+	+	—	—
8.	31 »	csökkent	—	1	3	+	+	—	—	+
		Összesen:	—	1	17	5	8	4	3	1

A 2. táblázat azokat az asszonyokat tünteti fel, akik a terhesség alatt, még pedig legtöbb esetben annak elején jelentkeztek abból a célból, hogy tanácsaink és kezelésünk segítségével élő gyermekhez jussanak. Az anyagcsere egy esetben csökkent, a többiben fokozott volt. Amint a táblázatból kitűnik, a 8 asszony kórelőzményében egyetlen kihordott terhesség sem fordult elő 17 vetéléssel és 1 koraszüléssel szemben, amely utóbbi esetben az életképtelen magzat mindössze 10 órát élt. A 2., 4. és 5. esetben a

kórelőzményben ugyan csak 1—1 vetélés szerepel, ezeket mégis az ab. habitualis fogalma alá vontam, mert fennálló terhességük a kezelés ellenére is koraszüléssel végződött, ami a hyperthyreosistól feltételezett csökkentértékűség mellett szól.

Az ab. habitualis kezelésben oly nagy szerepet játszó, hosszú ideig tartó fektetést, úgyszintén a pajzsmirigytúlműködésben szenvedőkre jótékony hatású klimatikus gyógymódot a vagyoni viszonyok miatt nem alkalmazhattuk, mivel beteganyagunk olyan társadalmi rétegből tevődik össze, melyben ezek az eljárások szinte kivihetetlenek. Ennélfogva a gyógyszeres kezelésen kívül arra szorítkoztunk, hogy a terhét féltve hordó asszonynak lehetőleg kíméletet, a testi megerőltetések, a lelki izgalmak kerülését és a házasélet gyakorlásának mellőzését ajánlottuk. Néhány napos fekvést csak háromízben, fenyegető vetélés esetén volt módunkban elrendelni.

A gyógyszeres kezelésben kiemelkedő szerep jutott a sárgatest-kivonatnak. A corpus luteum, mit több szerző a terhesség őrének nevez, a tudomány mai állása szerint két fontos működést fejt ki: egyrészt a tüszőhormon által előkészített méhnyálkahártyát alkalmassá teszi a megtermékenyített pete befogadására és a szöveti táplálására, másrészt befolyással van a méh izomzatára azáltal, hogy csökkentve a hypophysis-hátsólebeny fájást keltő, oxytocicus tényezőjének befolyását, gátlólag hat a méhösszehúzódásokra. Ezt a hatást *Allen* és *Reynolds* vizsgálatai szerint a progesteron fejti ki. Az a szoros kölcsönhatás, mely a pajzsmirigy és a sárgatest közt van, tárgykörömre vonatkozólag pedig a hypo- és hyperthyreosis pusztító hatása a sárgatestre, sorolja a luteohormont a pajzsmirigy zavart működése mellett fennálló, önként ismétlődő vetélések gyógytényezői közé. A corpus luteum fontosságát mi sem bizonyítja meggyőzőbben, mint az, hogy a terhesség első idejében eltávolítása állatokon vetélésre vezet, hiányos működése pedig emberen vetélés és egyes nézetek szerint, molaterhesség okozója lehet. A sárgatestkivonatot számos szerző ismeretlen okú esetekben is igen jó eredménnyel alkalmazta. Rendelésünkön az ismertetett gravid esetekben másodnaponként 1 ccm-t adtam bőr alá, általában a terhesség közepéig; ha pedig a terhesség alatt vérzés jelentkezett, a kezelést a VII. hónap végéig folytattam. Az első táblázatban feltüntetett kezelés is lényegében sárgatestkivonat adásából áll, u. i. a beteg a hószámközti idő utolsó harmadában szintén másodnaponként 1 ccm mennyiségű befecskendezést kap néhány hónapon át.

Mind a hyper-, mind a hypothyreosis néhány esetében kismennyiségű jódot is adtam. A jód az ab. habitualis gyógyításában igen régi. Ezt részben megmagyarázza az a felfogás, mely szerint a habitualis abortus legnagyobbrészt rejtett luesra vezethető vissza. E felfogás hívei tekintélyes mennyiségű, egy gramm körüli jódot adtak naponta. *Novak* véleménye szerint ismétlődő vetélések eseteiben a pajzsmirigy kimerül, a terhesség fokozott igényeit nem bírja kielégíteni és ezzel magyarázható meg a jód kedvező hatása. *Henkel* a jódhiánynak szintén nagy fontosságot tulajdonít.

A jód, bár a hyperthyreosis specifikus gyógyszerének tekinthető, még kis adagokban is veszélyt rejt magában, mert sokszor a tünetek fokozódására, közönséges golyvának hyperthyreosissá alakulására vezethet. Éppen ezért alkalmazásában a legtöbb szakember, köztük *Hajós* is, a legnagyobb óvatosságot ajánlja, *Jagic* és *Breitner* pedig egyenesen tilalmasnak tartja. E kellemetlen eshetőség szemmeltartása és belgyógyász állandó ellenőrzése mellett, óvatosan alkalmaztam e kétélű fegyvert: hosszú szünetek közbeiktatásával, csak napi 10 csepp syr. ferri jodatit, illetőleg egy pill. ferri jodati-t rendeltem. Ez óvatos eljárással káros következményt nem tapasztaltam.

A pajzsmirigynek röntgensugaras kezelésére, belgyógyásszal egyetértőleg, csupán egy esetben került sor, még pedig a 2. sz. táblázat 6. betegén, legutóbbi és eredményes terhességét megelőző időben. Terhessége alatt a már említett sárgatest- és óvatos jódkezelésben részesült. Hogy az eredmény melyik eljárás javára írható, bizonytalan. A lényeg az, hogy a 37 éves asszony 4 spontán vetélés után 1939. IX. 17-én 3.000 gr súlyú fiúgyermeket szült.

Hypothyreosis 3 esetében, tekintettel arra, hogy az alapanyagcsere mindegyiken kisfokban csökkent volt, rövid ideig naponta 0.10 gr pajzsmirigy-tablettát adtam. *Van den Hoeven* ismeretlen okú vetélések kezelésében rendszeresen alkalmazta a pajzsmirigy-készítményeket. *Schenk* kísérletei után ugyanis arra a meggyőződésre jutott, hogy egészséges terhesek vérsavója a pajzsmirigyre erősen activáló hatást gyakorol. *Van der Hoeven* pajzsmirigy direct adásával, *Sellheim* és *Kneer* pedig terhessavóval ért el igen jó eredményeket. Mind a három szerzőnek a célja a pajzsmirigy activálása volt.

A gyógyszeres és egyéb kezelést illetőleg mind a magán-, mind a pénztárorvosi gyakorlatban bizonyos megkötöttségekkel lehet számolni. Megelégedéssel kell itt megállapítanom, hogy a Magánalkalmazottak Biztosító Intézetének vezetősége teljes megértést tanúsít nemcsak a szorosan vett betegségek, hanem a nemzeti szempontokat érintő egyéb bajok gyógyítása terén is. Az orvosnak ezzel szemben számtalan alkalma van sok más területen takarékoskodni. Nézetem szerint például teljesen indokolatlan drága hormon-készítményeket adni a változás korában, ha az asszonynak panasza nincsen: a sokszor kierőszakolt gyógyszerrel csak fiatalságát véli meghosszabbítani. És ha még panaszok vannak is, a legtöbbször jobb eredményeket érünk el a megnyugtató szerekkel, így a habitursav kis adagjaival, mint a drága hormonnal, melyet esetleg a »privátorvos ajánlott«.

Elért eredményeimet a 2. táblázat utolsó rovata tartalmazza. E szerint kihordott, élő, érett magzatot szült 8 közül 4 asszony, koraszüléssel végződött a terhesség 3, vetéléssel 1 ízben. A 2. asszony szülése számításom és az ismételten megejtett vizsgálatok alapján 1939 okt. 5-e körül lett volna esedékes, ehelyett aug. 19-én szült 2050 g súlyú leánymagzatot. A 4. számú 1940 máj. 31-e helyett márc. 22-én 2400 g súlyú fiúgyermeket szült. Mindkét gyermek jelenleg is él és szépen fejlődik. Az 5. számú asszony terhessége 8. hónapjában, 1939 szept. 22-én szült, fiúmagzata 1600 g súlyú volt és pár óra mulva meghalt. 8. számú betegem, kinek a kórelőzmény szerint 1 koraszülése és 3 vetélése volt, kezelt terhessége is a 2. hónapban — sajnos — vetéléssel végződött.

Nyolc asszony közül tehát 6 életképes magzatot hozott a világra, gyermek után sóvárgó 6 asszony sok keserű csalódás után élő gyermeket vehetett karjaiba. Ez 75%-os eredmény. Természetesen 8 esetből és az elért eredményből végleges következtetést még nem lehet levonni, ehhez nagyobb anyagra és több közlemény ismeretére volna szükség. Meg kell itt jegyeznem, hogy az irodalomban azonos tárgyú, összefoglaló

munkát nem találtam, csupán egyes esetek ismertetését és így az eredményt illető összehasonlításra nem volt alkalmam.

Az elmondottakat röviden a következőkben foglalhatom össze:

1. *Habitualis abortusban szenvedő 54 betegem közül 18-on, tehát 33%-ban, az ok a pajzsmirigy zavart működésére volt visszavezethető.*

2. *A terhes állapotban jelentkezők az életmódra és étrendre vonatkozó utasítást kaptak, gyógyszeres kezelésük sárgatest-kivonattal, jóddal és a pajzsmirigy csökkent működése esetén thyreoidea-készítménnyel történt.*

3. *Nemterheseknek megelőző kezelésképpen a hószám előtt sárgatest-kivonatot, hypothyreosis eseteiben ezenkívül még pajzsmirigy-tablettát is adtam; röntgensugaras kezelést egy beteg kapott.*

4. *Terhességük alatt kezelt 8 asszony közül életképes gyermeket szült összesen 6 (75%).*

A Tisza István Tudományegyetem Törvényszéki Orvostani Intézetének közleménye. (Igazgató: Jankovich László ny. r. tanár.)

A részegség megállapítása élőben és halottban.

Irta: *Prievara János dr.* egyet tanársegéd.

A gépkocsiforgalom évről-évre való növekedése szinte szabályszerű következetességgel járt együtt a közlekedési balesetek szaporodásával, a jogász és orvosi világ figyelme tehát mind erősebben kellett hogy ráterelődjék a forgalmi balesetek okára. Az erre irányuló vizsgálatokból kiderült, hogy pl. Németországban a közlekedési sérültek 40%-ának vérében lehetett szeszt kimutatni. (1937-es megállapítás.) Nyilvánvaló tehát, hogy az államnak elsőrendű érdeke olyan vizsgálati eljárásnak általános és kötelező erejű bevezetése, melynek segítségével e jogi fórumok előtt szükséges határozottsággal meg lehessen állapítani azt, hogy a közlekedési baleset előidézésében résztvevők ittasok voltak-e és ha igen, milyen fokban. Ezzel egyenrangúan fontos annak megvizsgálása is, hogy az ittasság különböző foka mennyire és mimódon befolyásolja a gépjárművezető vezetőképességét. Csak mindezeknek ismeretében adhat a szakértő megfelelő véleményt valamely közlekedési balesetről.

Nyilvánvaló, hogy a részegség megállapítására alkalmas eljárásnak a vizsgáltra nézve veszélytelennek, továbbá a lehető legpontosabbnak, mégis könnyen véghezvihetőnek és általánosan használhatónak kell lennie. A legfontosabb pedig, hogy a vizsgálat eredményéből tömeges megfigyelések és lélektani kísérletek adatainak segítségével felelhessünk arra a kérdésre, hogy az adott esetben megállapított ittassági fok, a baleset egyéb körülményeinek figyelembevételével mily mértékben szerepelhetett a forgalmi baleset okaként.

Az említett követelményeknek a mai napig legjobban megfelelő eljárás a *Widmark*-féle, amelyből az ittasság foka a vér szesztartalmából állapítható meg. Az eljárás mikrochemiai, jodometriás, az alkohol redukáló hatásán alapul. A vérnek pontosan lemért, csekély (0.1 g körüli) mennyiségét kb. 60 C°-on erős oxydáló anyag (kaliumbichromat tömény kénsavas oldata) jelenlétében destilláljuk kb. 2 óra hosszat. A kaliumbichromatos kénsavnak annál nagyobb mennyisége redukálódik, minél több redukáló natású anyag, jelen esetben alkohol, van a vizsgált vérben. A változatlanul hagyott mennyiséget natriumthiosulfattal való titrálás útján határozzuk meg. A kaliumbichromat redukálódása és a redukáló hatású alkoholtartalom közti viszonyt számos kísérlet útján állapították meg. E képlet felhasználásával megkapjuk a véralkoholmennyiséget, amelyet ezrelékekben szoktunk kifejezni.

A vizsgálathoz szükséges vért élőből kétféle módon vehetünk, mégpedig vagy kapillarissal, vagy venüle-lel. A kapillaris kétszer görbült, közepén kiöblösödő, két végén vékonyra húzott, kb. 10—15 cg befogadóképességű csövecske, amellyel vért vagy az ujjhegyből, vagy a fülcimpából veszünk. Igen fontos az, hogy a vérvétel előtt a bőrfertőtlenítésre semmiféle redukáló anyagot tartalmazó szert (alkohol, aether, jódtinctura stb.) ne alkalmazzunk. A tisztítás legfeljebb sublimáttal történjék. A vért kipréselni tilos, hanem csak az önként távozó mennyiségből szabad a csövecske vékonyabb végén keresztül a vért felszívni. A csövecskéken használat előtt alvadást gátló anyagot szívatunk át és a megszáradás után használjuk, vagy pedig ilyen előkészítés nélkül (természetesen teljességgel tiszta állapotban), amikor is a megalvadt vérből csak a savó szesztartalmát határozzuk meg és mivel ennek szesztartalma a kísérletek szerint nagyobb a vér egyéb alkatrészénél, a kapott eredményt 1.2-del szokták osztani. A csövecskék légmentes elzárására a végüket vagy olvadt paraffinba mártjuk, vagy vékony gumisapkát húzunk rájuk. Célszerű egy egyén véréből legalább három csövecskét megtölteni, hogy az esetleg szükséges ellenőrző vizsgálatra elegendő mennyiségünk legyen. Minél kevesebb vért veszünk, annál nagyobb hibát ejthetünk a helytelen bőrtisztítással. Helytelen bőrdesinficiálás esetén sokszor az általában halálosnak tartott véralkohol concentratio háromszorosát találták a hajszálcsövecske útján vett vérben. A venüle néhány ccm ürtartalmú steril, légritkított üvegcső, amely a végén levő tű segítségével automatikusan szívja be az érbeszúrás után a vért. Előnye, hogy jóval nagyobb mennyiséget vehetünk és a vért hosszabb ideig absolut steril állapotban tarthatjuk. A helytelen bőrfertőtlenítés itt is hibás eredményt adhat, bár sokkal kevésbbé durvát, mint fentebb. Viszont ez a vizsgáltra nézve súlyosabb következményekkel járhat, mert az esetleges hiba nem oly kiáltóan feltűnő és első pillanatra szembeötlő, mint a hajszálcsövek esetében.

A vizsgált vér ezidőszerinti szesztartalmának megállapításán kívül azonban a Widmark-eljárással sok másra is következtethetünk. Számos emberen végzett és állatkísérlet alapján megállapították ugyanis a szervezetbe vitt alkohol sorsát, felszívódásának idejét és mennyiségét, a testben való eloszlását, elégésének helyét és menetét, illetőleg kiválasztását. Ezen, természetesen egyéni és körülményekadta változásoknak alávetett értékek felhasználása révén az adott időben a vérben jelenlévő szeszmennyiségen kívül feleletet adhatunk bizonyos korlátok közt olyan, a hatóságok szempontjából igen fontos kérdésekre is, hogy pl. mennyi lehetett az elfogyasztott szesz mennyisége, a vizsgálat előtt kb. mikor történt a fogyasztás, sőt esetleg az elfogyasztott szeszesital nemét is megmondhatjuk.

Az alkohol felszívódása meglehetősen gyors, a vérben az alkohol jellegzetes görbét ír le (ú. n. véralkoholgörbét), melynek rövidebb, meredek felhágó

szára van (ez az egyre fokozódó vérbejutásnak felel meg), majd egy bizonyos magasságot elérvén lassan ereszkedő, elnyúlt lehágó ágban folytatódik (ez megfelel az alkohol testben való szétáramlásának és elégésének). Táplálékkal való, illetőleg ismételt, hosszabb ideig tartó szeszfogyasztás esetén a görbe megváltoztatja alakját. A táplálék ugyanis felszívja a szesz egy részét és így ez nem, vagy csak lassabban, elnyujtva, időszakonként kerül felszívódásra, amelynek következtében az elnyúló lehágó ágon esetleg még egy vagy több emelkedő részt láthatunk. Ez a körülmény természetesen telt gyomrú egyén véréből kimutatott alkohollelet értékesítését nem zavarja, mert az ittasság foka nem a gyomor alkoholtartalmától, hanem a már felszívódott és a szervezetben szétáramlott mennyiségtől függ, ennek kifejezője pedig a vér szesztartalma. Zavart ez csak az eredetileg megivott szesz mennyiségének kiszámításában okozhat.

A véralkoholérték és az ittasság között az összefüggést már régebben a következőkben állapították meg: az ú. n. derültség szakának 0.6—1 ezrelék, a könnyű részegségnek 1—2 ezrelék, a közepesfokúnak 2—3 ezrelék, a súlyosnak 3—4 ezrelék felel meg. A 4 ezreléket megközelítő, illetőleg ezt meghaladó érték a legtöbb szerző véleménye szerint a halálos mérgezés értékének tekinthető.

A részegség fokának a gépkocsivezetőre való hatását illetőleg a psychotechnikai vizsgálatok eredményeit veszik alapul. Ezek, valamint számos balesetet okozó ittas vezető objectiv megfigyelése alapján a szesz a járművezetőre való hatása röviden a következőkben foglalható össze: Már egy ezreléken felüli véralkoholérték esetén csökken az észrevevés, a színérzés, tapintó-, halló- és hőérzés, távolság- és sebességbecslő képesség és meghosszabbodik az ingerek reactiós ideje. Ennél magasabb, kb. 2 ezrelék véralkoholtartalom esetén már egy egész sor végzetes eredménnyel járható jelenség támad, ú. m. alaptalan biztonságérzés, kíméletlen hajtási mód, megijedés és teljesen célszerűtlen reactio (fék helyett gázpedál), váratlan események bekövetkezése esetén, esetleg téves észrevevések és érzékcsalódások. Veszélyt okoz ilyenkor az elalvásra való készség is, amely az egyenes és egyhangú autóutakon még józan emberben is nagyobb a rendesnél. 2 ezreléken felüli alkoholérték esetén ezek mind nagyobb számban és úgyszólván szabályszerűséggel jelentkeznek. 3 ezrelék körül már csak igen kevés vezető képes a kocsiját vezetni és előbb-utóbb okvetlenül balesetet okoz. Motorvezetőkön a teljes vezetésképtelenség ennél kisebb (1.5 ezreléken felüli) véralkoholtöménység esetén is beáll az egyensúlyérzés zavartsága folytán.

A hatóságoknak az az érthető követelménye, hogy bizonyos fix alkoholértékekhez legyen köthető a vezetésképesség, illetőleg — képtelenség, — mint minden sablonos megállapítás az orvos-természettudományokban — itt sem vihető keresztül. Az annak idején Widmark által vallott felfogás, hogy 1.6 ezreléken felül egy esetben sem lehet vezetésre alkalmasnak nyilvánítani valakit, ma már nem állhat meg.

Az orvos véleményét sohase alapítsa kizárólag a véralkohol-leletre. A baleset körülményei, a vért vevő orvos észlelete, a tanuvallomások és a nyomozat megállapítása, továbbá az egyén kihallgatása alatt való viselkedése mellett a lelet csak egy adat legyen, amelyeknek összességéből leszűrt eredmény alapján adja meg a szakértő véleményét. A véralkoholérték mindezek ellenére is megbízható bizonyíték, mert mentes minden subjectivitástól. A baleset résztvevőinek vallomása, sőt a baleset utáni közvetlen orvosi, illetőleg rendőri észlelet nagyon is csalóka. Az erre irányuló megfigyelések kimutatták, hogy az esetek igen nagy részében aránylag nagy véralkoholérték esetén is józannak ítélték közvetlenül a baleset után a vezetőt az odaérkezett orvos, rendőri közegek és a jelenlevő tanuk. Ennek több oka lehet. A baleset maga is rövid időre kijózanítólag hathat a vezetőre, már t. i. a részegség lelki tüneteit illetőleg. A részegség sem jelentkezik egyforma tünetekkel a különböző lelkialkatúakon: a cholerikus ember viselkedése már csekély alkoholmennyiség elfogyasztása után is feltűnő, viszont a flegmatikus részegsége esetleg csak akkor tűnik fel, mikor már holtrészegen esik össze (ú. n. csendes ivók). A psychotechnikai vizsgálatok azonban eddig arra mutattak, hogy a kocsivezetőre fentebb felsorolt legveszélyesebb jelenségek a lelki alkattól függetlenül, csak a véralkohol töménységétől függően köszöntöttek be.

A Widmark-eljárás rendszeres bevezetése óta a külföldi tapasztalatok arra mutattak, hogy a balesetet okozó vezetők a legkülönbözőbb kifogásokkal és eljárásokkal igyekeznek a vizsgálat eredményét kétségessé tenni. Ezeket és az erre alapított védekezés helyességét természetesen minden esetben utána kellett vizsgálni. A vezetőnek leggyakoribb védekezése az, hogy a balesetet nem ittassága okozta, mert sokszor részegebb állapotban is vezetett minden baj nélkül kocsit, az alkoholhoz hozzászokott, azt jól tűri, stb. Az ilyen védekezés nem helytálló, mert igaz ugyan, hogy a begyakorolt, szinte belerögzött műveleteket a részeg ember gépiesen is jól végezheti, egy előre nem látott véletlen esemény közbejöttekor azonban éppúgy elveszti önuralmát, mint aki nem szokott hozzá a szeszhez. Már pedig egy autóút alkalmával, különösen a nagyvárosi forgalomban, ilyen véletlenek, amelyek a vezetőnek gyors, úgyszólván pillanatnyi elhatározását teszik szükségessé, szinte szabályszerűen, majdnem pillanatonként adódhatnak. A vezetőknek egy másik fogása az, hogy a baleset után rögtön nagyot húznak az állandóan náluk lévő pálinkás üvegből azzal a kifogással, hogy nagyon megijedtek. Ezáltal természetesen a véralkoholérték eredményét akarják használhatatlanná tenni a későbbi főtárgyalás folyamán. Ez azonban kétélű fegyver, mert ha a vérvétel a baleset után azonnal történik, akkor ez a baleset után rögtön megivott szesz még nem kerülhet a vérbe. Viszont az ilyen eljárás a hatóságok szemében természetesen csak súlyosbító és még inkább a bűnösség mellett bizonyító körülmény.

Újabban nemcsak a napilapokban, hanem még az autós szaklapokban is egyre-másra ajánlanak ú. n. kijózanító szereket, többnyire az orvosi megfigyelések eredményeinek téves és helytelen magyarázása alapján. A cél többnyire nemcsak a hirdetett, t. i. a vezetőképtelen ittas vezetőt vezetésre képessé tenni, hanem az a hátsó gondolat is, hogy az ilyen szerek a véralkohol értékét csökkentvén, a bűnösség sokszor egyetlen megbízható bizonyítékát megsemmisítik. A legnagyobb híre ezek közül az insulinnak és a kávénak van. Az insulinra vonatkozó vizsgálatok kimutatták, hogy az a vércukorszint süllyesztése mellett ugyan a véralkoholszintet is süllyeszti, ez az állapot azonban nem tartós, az insulin hatására csak a véralkoholgörbe lehágó ága nyúlik meg, tehát a szesz sokkal hosszabb idő mulva

tűnik el a vérből, mint rendes körülmények között. Psychés hatása az insulinnak pedig, amint a megfigyelések mutatták, úgyszólván csak percekig tart, a részegség tüneteit tehát véglegesen nem szünteti meg, s a vezetésre alkalmatlan vezetőt ismét vezetőképessé nem teszi. 50 E.-nél nagyobb adagok esetén mindig számolni kell a hypoglykemiás shoc-kal, amely természetesen a forgalomban való részvételt teljesen lehetetlenné teszi. A kávénak véralkoholértéket csökkentő hatása nincs, az alkoholnak csak a már bénító tüneteit szünteti meg, a vezetéshez szükséges összrendezettséget azonban a vezetőnek nem adja vissza. Az összes többi ilyen hírű szerre (hexeton, camphor, cardiazol, stb.) irányuló vizsgálatok egyöntetűen arra mutatnak, hogy olyan szer, amely egy részegsége folytán vezetésre alkalmatlan embert autóvezetésre ismét képessé tenne, mindmáig nem ismeretes.

A véralkohol értékelésének csökkentésére különböző, részben élettani, részben kóros állapotokat szoktak felhozni. E kifogások azon a tényen alapulnak, hogy a Widmark-féle eljárás nem kizárólag a vérben levő szeszre specifikus és így a vérben az alkoholon kívül jelenlevő egyéb redukáló hatású anyagok is alkoholnak tűnhetnek fel. Ezen ú. n. reductiós anyagokon kívül a vérnek látszólagos alkoholtartalmát a vérnek ú. n. phisiologiás alkoholtartalma (vagyis a vérben állandóan jelenlevő, természetesen állandóan változó alkoholmennyisége) is növelheti. Ez az érték azonban sohasem olyan nagy, hogy gyakorlatilag számbavehető hibát okozna. Igy pl. mértéktelen gyümölcsfogyasztás (1—2 kg szőlő) után sem érte el a vér látszólagos alkoholtartalma a 0.1 ezreléket. Vannak azonban kóros állapotok, amelyek bizonyos időszakban a véralkoholértéket a gyakorlat számára használhatatlanná teszik. Ilyen a cukorbajnak acetonaemiás állapota. Ennek gyanuja esetén a véralkohol megállapítása mellett elengedhetetlen a vizelet aceton-kémlése is, amelynek positiv eredménye a véralkoholt ilyenkor használhatatlanná teszi. A többi acetontest jelenléte az eddigi vizsgálatok szerint a véralkoholérték gyakorlati értékelését nem teszi lehetetlenné annál is inkább, mert egy súlyos acetonaemiás állapot legtöbbször már maga is ágyba kényszeríti a beteget.

Megfontolva azt a körülményt, hogy a szesz felszívódása után az egész testben szétáramlik, előnyösebbnek látszana az alkoholt a vizeletből meghatározni. Ez azonban nem áll. A vizeletnek alkoholtöménysége ugyanis csak közvetlenül a kiválasztás után (tehát az uretherből vett vizelet) egyezik meg a vérével. A hólyagban felgyülemlett vizelet szesztartalma mindig nagyobb a vérénél (a diffusio időszakában természetesen), mert a véralkoholgörbe ebben az időben leszálló lévén, a hólyagban levő vizelet mindig az elválasztás időpontjában uralkodó vér alkoholértékének felel meg, tehát nagyobb az azidőben jelenlevő véralkoholértéknél. A vizeletvizsgálat, mint párhuzamos eljárás jöhet csak szóba, egyedül reá leletet alapítani azonban nem lehet.

Az alkohol a hullavérből is kimutatható és bizonyos feltételek szemmeltartásával eredménye véleményadásra is felhasználható. A rothadás és a gázképződés megjelenéséig a hulla vérének szesztartalma csak kb. 10—20%-kal csökken. A rothadás előrehaladásával egyidejűleg azonban már reductiós anyagok szaporodnak fel, amelyeknek a szesztől való megkülönböztetése céljából ugyan már több módosítást közöltek, a törvényszék előtt való alkalmazhatóság tekintetében azonban határozott felfogás róluk mindeddig nem kristályosodott ki. A rothadásig tehát a véralkohol értékelésében végzetes hibát nem követhetünk el.

Mindezeket *összefoglalva* tehát kimondhatjuk, hogy a részegség megállapítására a *Widmark*-féle eljárásnál jobb módszerünk nincsen. Ha az itt csak főbb vonásokban ismertetett szempontokat a törvényszéki orvos szigorúan megtartja, akkor a hatóságoktól feltétlenül megkívánt határozottsággal, természettudományos alapon adhat véleményt közlekedési balesetekben az előidéző ok iránt hozzáintézett kérdésekre. Hangsúlyozandó azonban, hogy a véralkoholvizsgálat eredménye sohasem lehet egyetlen alap a véleményezésben, különösen kisebb (1 ezrelék körüli) alkoholtartalom esetén, hanem a balesetnél szereplő összes körülmények számbaveendők.

A békéscsabai városi kórház szül. osztályának közleménye. (Főorvos: Matusovszky András egyet. m. tanár.)

Kiviselt méhenkivüli terhesség. Élő magzat.*

Írta: *Matusovszky András dr.*

A méhenkívüli terhesek számának megszaporodása a világháború óta több oldalról megerősített tény. *Kiss*i összeállítása szerint Budapesten 1931-ben a szülésekhez viszonyított arányszáma 2.57% volt a 10 év előtti 1.38%-al szemben. Ez annál figyelemreméltóbb, mivel nem egy klinika anyagából állította össze, hanem a fővárosban akkoriban műtétre került összes eseteket viszonyította az összes szülések számához. Egyelőre meg kell elégednünk e számadattal, mivel nincs módunkban a műtétre nem került esetek számáról pontos adatokat szerezni és nem arányíthatjuk ezeket az összes méhenbelüli terhesek számához.

Ha tekintetbe vesszük, hogy a méhenkívüli terhesség továbbviseléséhez, még inkább ennek kiviselése révén élő magzat megszületéséhez mily sok körülmény kedvező alakulása szükséges, akkor az ily eseményt joggal a ritkaságok közé sorolhatjuk, annak ellenére, hogy az irodalomban tekintélyes számmal kerültek már közlésre. Igy *Dehler* 1923-ig 240 élve született esetet gyüjtött össze. Azóta pedig a legújabb időkig 32 élő magzat műtétes szüléséről történt részint említés, részint beszámolás, köztük *Scipiades, Kuncz* és *Szenteh* észlelései az Orvosi Hetilap hasábjain.

Még nagyobb ritkaság, hogy az élveszületett újszülött teljes értékű és nem mutat fejlődési rendellenességet, sőt hosszabb ideig életben is marad. A legutóbbi időkből származó 32 eset közül 10 újszülött rövidesen, még a szülőintézeti észlelés ideje alatt meghalt, 18-nak további sorsáról közlés nincs. Kettőről tudjuk, hogy 2 éves koráig életben maradt *(Scipiades, Le Doux)* egy gyermek 8 éves korában került egy orvosegyesületben bemutatásra *(Füth)*, egy pedig *(Putz)* a 16½ éves kort is megérte jó egészségben. Mindezek alapján érdeklődésre tarthat számot egy újabb, hasonló körülmények között kiviselt és élve született magzat sorsának és a szülés kórlefolyásának ismertetése.

* Bemutatásra került a kir. magy. orvosegyesület gynaekologiai szakosztályának 1940. XI. 7-i tudományos ülésén.

576/1940. szül. naplószám. T. L.-né, 32 éves, I. gravida. Hét éve férjezett. Első házassága alatt magtalanság miatt orvosa méhfelvarrást végzett. Második házassága folyamán méhgyulladással két hétig feküdt. Egyéb kezelést nem kapott. Utolsó havibaja 1939 XII. 18-án. 1940 január 21—23 között alhasában erős görcsök jelentkeztek. Az utolsó oly erős volt, hogy nem tudott felkelni. Febr. 4-től ápr. 20-ig vérezgetett. Közben négy orvosnál is volt, kik fekvést és cseppeket rendeltek. Kórházba is került, honnan azonban, mielőtt a kórismét felállíthatták volna, saját felelősségére távozott. A havibajnak megfelelő időben az egész terhesség folyamán erős görcsei jelentkeztek, a magzatmozgások pedig állandóan igen nagy fájdalmakat okoztak. Széke csak hashajtóra volt. Leánykora óta 3—4 hónaponként epegyulladás kínozza.

A szülés kiszámított időpontja előtt három nappal, IX. 22-én szülési fájásokhoz hasonló, erős és tartós fájdalmak lepték meg. A meghívott bába és orvos, minthogy a szülés nem haladt, kórházba küldötték.

Felvétel 1940 IX. 25-én. Lesoványodott, sápadt, alacsony termetű asszony. A has elődomborodása különösen annak bal felére terjed ki. Középvonalban a köldök alatt műtéti heg. A gyomorgödör üres. A bal bordaív alatt homályosan nagy rész, a bemenet felett jobbra kitért kis fejnek tetsző képlet tapintható. Egyéb részletek nem állapíthatók meg, mivel érintésre a has feszítéssel reagál. A szívhangok köldök alatt, baloldalt jól kivehetők. Állandóan igen erős, görcsös fájdalmakról panaszkodik. Belsőleg: zárt méhszáj, vaskos portio. Előlfekvő rész ezúton sem állapítható meg.

A helyzet napokig nem változik. Táplálékot alig vesz magához. Széke csak beöntésre van. Néhányszor hányt, láztalan. Tekintettel az egyre súlyosabbnak látszó állapotra s arra, hogy a szülés nem halad, sőt az ismételt belső vizsgálat szerint meg sem indult, egy hibásan végzett ventrofixicatio következtében beálló dislocatióra, esetleg a terhes méh hossztengelye körüli csavarodásra gondoltunk. Felmerült a korai részleges lepényleválás lehetősége is. A megismételt és változatlannak talált tükörkép alapján azonban előtérbe nyomult a kiviselt méhenkívüli terhesség gyanúja, melynek valószínűségét a méhür szondázása megerősítette: a szonda a kitért fejnek tartott képletbe jutott s itt 14 cm magasságban megakadt. Ezért műtéthez készültünk.

Szept. 30-án hasmetszés a középvonalban. Pernocton + helyi érzéstelenítés. A hashártya megnyitása és a hasfalhoz tapadó részek tompa, részben éles leválasztása után szürkés, sárgás-zöldszínű tömlő (petezsák) tűnik elő. Ez az egész látóteret elfoglalva, felfelé a gyomorgödörig, balra az oldalsó hasfalig, a bordaív alá terjed. A belek jobboldalt helyezkedtek el. A tömlő bal fele vastagabbnak látszik, néhány megvastagodott köteggel, míg a hasüreg jobb felében levő részlete vékonyabb, áttetsző, rajta keresztül magzatrészek ismerhetők fel. Körültapintva a petezsákot, kiderül, hogy környezetével mindkét oldalt és felső pólusán lazán összetapadt, de könnyen szétválasztható. Ellenállás csupán hátul a kismedence üregében mutatkozott. A magzat a hasüregnek jobb felét töltötte ki, a petezsák tömöttebb része (placenta) a has bal felében helyezkedett el s a bordaívig ért. A petezsáktól jól elkülöníthető a kb. 3. hónaposnak megfelelő nagyságú méh, azt jobbra előre tolva. E tájékozódás után burkot repesztünk és a farfekvésben elhelyezkedett magzatot kihúzzuk. Az 52 cm hoszú, 34 cm fejkerülettel bíró, 3400 gr súlyú, érett leánymagzat fél perc mulva hangosan sír. Köldökellátás. Szembecseppentés.

A lepény elhelyezkedését illetőleg kiderült, hogy nagyrészt tubaris tapadású. A bal petevezető már a méh sarkánál kisujjnyi vastagságú, innen pedig állandóan tágulva a lepénnyé terebélyesedik s a bordaívig ér. A duzzadt, vaskos tuba magára húzta a húgyhólyagot is, miért is sérülés elkerülése végett a szétválasztásnál a hólyagba vezetett kőkutató irányítása mellett resectáltuk a baloldali méhfüggelékeket. A peteréseek egy kisebb része a sigmabél lemezeire is ráterjedt, úgyogy leválasztásánál a mesosigma lemezei megnyíltak. A jobboldali petevezető egy ujjnyira duzzadt egyébként szabad, épnek látszik. Ezért az uterus-szal együtt megtartottuk. A sigmalemezek összeöltése után a környezethez lazán tapadó, terjedelmesebb burokrészleteket eltávolítjuk s tekintettel arra, hogy vérzésre alkalmat adó, gyanús helyeket nem találtunk, az erősen kinyujtott mesosalpynx lemezekkel fedve a csonkot, a hasüreget zártuk. Az anaesthesia nem lévén elégséges, 50 cm aether narcosis-kiegészítésre szorultunk.

A műtét napján a beteg látszólag jól van. Másnap collabál, mely állapotból sympathol, excitantiak, bőralatti és gyüjtőérbe fecskendezett só-, illetőleg cukoroldatokkal sikerült kiemelni. A 10. napig láztalan. A 11. napon nagy láz kíséretében régi epebaja kiújult. Cukoroldatba foglalt 2%-os choleval i. v. adagolására és hideg alkalmazására állapota néhány nap mulva tűrhetővé vált s a 18. napon felkelt. A hasseb p. p. egyesült.

Az eltávolított petefészekben a lepény 19 cm hosszú, 17 cm széles, legnagyobb vastagsága 3.5 cm. Az excentrikus eredésű köldökzsinór tapadásával ellenkező oldalon a lepény mindinkább vékonyodik, úgyhogy kb. 5 cm hosszban 8, illetőleg 5 mm vastag, majd a széle felé 5 mm. A vékonyabb részlet kb. 7 mm széles, tömött fehéres, alig észrevehetően szivacsos szerkezetű. Az amnion üregfelőli felszínén tág visszérelágazódások láthatók. Ott, ahol a lepény tömött és fehéres, nem vehetők ki vénák. A placenta domború felülete akár másfél mm vastag, sima, serosával fedett. Leválasztásakor lepénydarabkák maradnak vissza a hártyán. A lepény legnagyobb része puha, szivacsos tapintatú, vérbő. A lepénnyel összefüggő savós hártyával borított tömlőről levágott darab kb. 14 cm hosszú, legnagyobb szélessége 13 cm, kisebbik szélessége 9 cm, vastagsága a 4—5 mm-t is eléri. Bélése harántul ráncos, közepes vértartalmú nyálkahártya. A tömlődarab mindkét vége élesszélű, metszett. A lepény anyai felületével összefüggő, hosszirányban nyitott tömlőfal hosszabbik átmérője 27, a rövidebb 19 mm.

Szövettani lelet (Feldmann Ignác dr. ny. kórházi prosector-főorvos). A ráncos nyálkahártyával ellátott, vastagfalú tubarészlet ellapult, egyrétegű hámmal bélelt, részben hámhiányos. Submucosája hol sűrű, vaskos, a nyálkahártya felületével párhuzamos, hol laza, hálózatos, vékonyrostú kötőszövetből áll, melyben gyéren elszórt, hosszú, résszerű lumennel ellátott, alacsony hámmal bélelt mirigyek láthatók. Utóbbiak hossztengelye a nyálkahártya felületével párhuzamos. Az izomréteg vastag, a síma izomrostok közötti kötőszövet megvastagodott, sejtszegény, durva rostozatú. A méhlepény anyai felületével összefüggő hártya nagyrészt rostos, sejtszegény kötőszövetből áll, melynek vaskos hyalinrostjai a felülettel párhuzamosak. Ily irányú a vénák lumenének hosszú, résszerű keresztmetszete is. A helyenként még felismerhető külső endothel borította és a hártya belső rétegétől kb. egyenlő távolságban a hyalinrostok között gyéren elszórt, (hosszú távolságban megszakított) rövid, síma izomsejtnyalábok láthatók, melyek 1—5 izomsejtsorból állanak. Azonkívül hosszú a felülettel párhuzamos, résszerű vénakeresztmetszetek is különböztethetők meg. A lepény nagy része rendes szerkezetű. Vékonyabb, fehér és tömöttebb szakaszaiban azonban az intervillosus űrök nagyon szűkek, a bolyhok nyomásokozta összetorlódása miatt, másrészt fibrinoid anyaggal vannak megtelve.

Az újszülött belső szervei épek, fejlődési rendellenesség nem állapítható meg. A jobb falcsonton mérsékelt behorpadás. A tejelválasztás nehezen indul meg. Súlyesés 13%, a 17. napig tart. Megfelelő diaeta után súlygyarapodás. Egy hét mulva újból hányás kezdődik. Intézeti kezelésre a gyulai gyermekmenhelybe kérjük felvételét.

Felvétele napján a súlya 3080 gr, gyengén fejlett és táplált. Mindkét felső- és különösen mindkét alsóvégtag nagymértékben hypertoniás. Mindkét szemen spontan nystagmus. Koponyája kissé torzult. Lumbalpunctióra magas nyomás alatt ürül liquor, melyben Wassermann és Meinecke reactio negativ. Elég jól szopik. Dg: Little kór. Prognosis quo ad vitam jó, szellemi képességét illetőleg később válik el. (Dobszay László dr. egyet. m. tanár, menhely-igazgató.) — Későbbi hírek szerint a csecsemő jól fejlődik.

A kiviselt méhenkívüli terhességgel kapcsolatban a sok és a klinikus számára mind érdekes részletből három kérdés jelentőségét tartjuk kiemelendőnek. A kórisme felállításának, a műtéti időpont megválasztásának, végül a secundinák eltávolításának s ezzel kapcsolatban a műtéti terület ellátásának kérdését.

A kórisme felállítása élő magzat esetén mindig

könnyű. A *Dehler* által összegyüjtött 240 eset közül csupán 26 volt kétségtelenül diagnoskálva. Ujabban is több leírás jelent meg, melyekben placenta praevia *(Mikulitz—Radecki, Delease* és *Marriqu),* eklampsia *(Arndt),* vagy korai lepényleválás *(Schumann)* miatt végeztek császármetszést s ekkor derült ki a magzat méhenkívüli elhelyezkedése. A helyzet félreismeréséből fakadhatott *Vaudescal* eljárása is, ki a boltozat erős ledomborodását tükörben vizsgálva, külső méhszáj congelatiójára gondolt. Annak tágítása után a petezsákba jutott, majd a nyíláson keresztül extrahálta a magzatot. A tévedés a placentaleválasztás kísérleténél derült ki, midőn kezével a hasürbe jutott. — Amióta a szülészek részéről a hasi sebészet iránti érdeklődés kiterjedtebb, azonkívül újabb vizsgáló módszerek váltak ismeretessé, egyre nagyobb számmal kerülnek helyesen kórismézett esetek is közlésre.

A tünetek közül legelőbb a beteg részéről a terhesség alatt panaszolt igen fájdalmas magzatmozgások irányíthatnak helyes útra. Ezeknek a jellegzetességét *Wagner* előadásaiban annyira hangsúlyozza, hogy egyik tanítványa a szigorlaton a vizsgálatra behozott nőben ezek alapján igen helyesen a méhenkívüli terhesség kórisméjét állította fel a tanársegéd ellenkező véleményével szemben. Ha tehát ily panaszok alapján méhenkívüli terhességre gondolunk, már meg is tettük az első lépést a kórisméhez.

A vizsgáló módszerek közül a *Hoehne* ajánlotta pituitrin-próba nem mindig értékesíthető, különösen a szülés időpontjában jelentkező hasi fájdalmak miatt és akkor, ha a méh a petezsák mögött foglal helyet. Annál inkább segítségünkre lehet a méhüri vizsgálat (szondázás, uterographia, a méhür kitapintása), mely a rendszerint 3 hónaposnak megfelelő nagyságúra nőtt méhnek a petezsáktól különálló helyzete révén vezethet nyomra. Az uterografia azonban néha tévedésekre is alkalmat adhat, mire *Schmidt* hívta fel legutóbb a figyelmet. A kanüllel ugyanis a méhfal és a petezsák között álutat készített, melyen keresztül az olaj úgy szétfolyt, hogy egy nagy méhüreg képe keletkezett. Ezen a nyíláson keresztül elvégezte a fordítást és az extractiót is. A tévedés a lepény leválasztásának kísérletekor derült ki. — Egy másik betegen a röntgenkép a normálisnak megfelelő nagyságú árnyékot mutatott. Ez alapon méhenkívüli terhességre gondolt és hasmetszést végzett. A magzat rendes méhenbelüli elhelyezkedésű volt.

A műtét időpontjára vonatkozólag ilyenkor is általános érvényű az a felfogás, hogy ha felismerjük a méhenkívüli állapotot, akkor azonnal operáljuk is meg. A várakozás kérdése csak akkor vetődhet fel, ha még nem teljesen életképes a magzat s az anya határozottan élő magzatot óhajt. Szemben a rendes állapottal, midőn a terhesség előhaladásával a magzatnak is nagyobb kilátása van az életre, méhenkívüli elhelyezkedés esetén a magzat bármikor elhalhat. Mérlegbe kell tehát állítani a magzat életképességét a fennforgó veszélyekkel s a magzat esetleges értéktelenségével s ezután döntsünk, hogy respektáljuk-e az anya kívánságát, midőn a várakozással a magzat életének kockáztatása mellett az anya életét is veszélyeztetjük? E veszély abban áll, hogy előrehaladottabb terhesség esetén a vascularisatio is kiterjedtebb, a lepény leválasztására nagy lesz a vérzés s megnehezül helyének ellátása is. A várakozás orvosi szempontból ezek szerint nem indokolt, de egyesek szerint szóba kerülhet akkor, ha azért tesszük, hogy a magzat elhaljon, mert így kiterjedtebben obliterálódnak az erek s az elvérzés veszélyének csökkenését remélhetjük.

A műtéti megoldással nem mindig oly egyszerű a helyzet, mint esetünkben láttuk, mert ha nem tubaris a lepény tapadása, hanem a belek falain, csepleszen, mesenteriumon, vagy más hasüri szerven fejlődik, leválasztása jelentős nehézségekbe ütközhet. A mellékserülések (bél, ureter stb.) gyakoribbak, az utóvérzés s a fertőzés veszélye fokozottabb. Ezért egyesek a lepény bennhagyásával vagy kivarrásával (marsupialisatio) próbálkoztak. A halálozás 20—30% között mozog. Az említett 32 esetből 9 anya halt meg. Ugyancsak az anatomiai viszonyoktól függő a szádlás s a méh megtartása is. Ha korán kerül kézbe a beteg, a conservativ eljárásra — még kedvezőtlenebb lepénytapadás esetén is— nagyobb a kilátás, s a conceptio lehetősége megmaradhat. *Sittner* 8 esetet gyüjtött össze, melyben az illetők később szültek. *Schumann*[12] betege pedig hasonló műtét után még kétszer méhenbelüli terhességet hordott ki. A méh s a másik oldali függelékek megtartásának tehát megvan a létjogosultága s erre törekedni kell. Mint egyedülállót említhetjük fel *Flaskamp* betegét, kinél a kihordott méhenkívüli terhesség halott magzatának műtéti eltávolítása után ismételt méhenkívüli fejlődésű terhesség kapcsán élő újszülöttet sikerült világra hozni.

Észleletünk alapján tapasztalatainkat abban foglalhatjuk össze, hogy a terhesség alatt panaszolt igen fájdalmas magzatmozgások esetén mindig gondoljunk méhenkívüli terhesség továbbviselésére. A szülés megindulására valló s szülőfájások benyomását keltő fájdalmak és görcsök hatására ha a szülés nem halad s ezt a tükörkép is mutatja, a kórisme felállítása érdekében ajánlatos a méhet megszondázni. Ez avatatlan kézben ugyan igen veszélyes, szakember kezében azonban jó és ártalmatlan vizsgáló módszer. Tanácsos a műtétet a kórisme felállítása után minél előbb elvégezni. A későbbi fogamzás lehetőségét biztosítsuk a méh és a másik oldali függelékek megtartásával.

A debreceni 6. számú helyőrségi kórház szemészeti osztályának (osztályvezető: Fazakas Sándor egyetemi magántanár) és belosztályának (osztályvezető: Szauter Béla ezredorvos, egyetemi magántanár) közleménye.

A szemfenéki kötőszövet jelentősége az epilepsiában.

Irták: *Fazakas Sándor dr.* és *Szauter Béla dr.*

Annak gondolata, hogy a szemfenéken észlelhető érkörüli kötőszöveti kötegek az epilepsiával esetleg vonatkozásban állhatnak, egy agydaganat gyanúját keltő eset szemfenéki tükrözésekor vetődött fel. A betegnél ugyanis előbbi betegség gyanúja is felmerült és a kérdés tisztázása céljából, miután egy megbeszélés a közös gondolatot felvetette, a kórház epilepsiás bajmegállapítási beteganyagán a szemfenéki vizsgálatokat a szerzők közül az első elvégezte.

Az érkörüli kötőszövet felszaporodás *Fazakast* már egy 1926-ban észlelt agylueses eset szemfenéki vizsgálata óta foglalkoztatta. A funduson, a különben teljesen egészséges látóidegfőn, úgy az arteriák,

mint a vénák körül finom kötőszövet burjánzást észlelt. Ezen észlelésre a figyelmet fokozottabb mértékben az hívta fel, hogy a rákövetkező esztendők alatt a kötőszövet tovább szaporodott. Azóta több alkalommal észlelt ilyen betegeknél hasonló eltérést. Későbbi tapasztalatai során nemcsak neuroluesnél, hanem egyéb agybetegségek mellett is megtalálta ezt, így meningitis, encephalitis hypophysistumor és agytumorok eseteiben. További tapasztalata még az volt, hogy atrophia nervi optici symplexnél a levegőbefúvásos és más újabb keletű kezelésektől akkor volt eredmény remélhető, ha a szemfenéken ilyen kötegek észlelhetők voltak.

Ilyen előzmények után 118 epilepsiás egyén szemfenékvizsgálata 103 esetben, azaz 87%-ban positiv eredménnyel járt. A kórházi osztályok hasonló korú egyéb beteganyagából átvizsgált 118 nem epilepsiás egyénben az elváltozás csak 22 esetben, azaz 20%-ban volt megtalálható. Ezek egy részében lues latens, idült alkoholismus, nagyfokú neurasthenia volt kimutatható. Néhány esetben azonban nem sikerült a szemfenéki eltérést kimutatható okra visszavezetni.

A papilla ereit körülvevő kötőszöveti kötegekről *Köllnek* szerint (Der Augenhintergrund bei Allgemeinerkrankungen, 1920.) az volt az általánosan elfogadott álláspont, hogy a perivasculitises eltérések is előfordulnak arteriosclerosisos vagy más érbetegségeknél, leggyakrabban azonban a papilla környékén neuritis vagy pangásos papilla után, mint neuritises atrophia kísérő jelenségei léphetnek fel. Ez utóbbi esetben az elváltozás oly módon jöhet létre, hogy a burjánzó kötő-, illetőleg glia szövet a papilla fölé is kiburjánzik és az ereket egy darabig még a recehártyán is követi. Ez esetekben természetesen elsődleges érbetegségekről nem lehet szó.

A 103 positiv epilepsiás közül 8 esetben a szemfenéki leletet *Kelemen* szemtükrözésben jártas budapesti rajzoló és festőművész, festés útján lerögzítette. Mivel a képek színes nyomásban nem közölhetők, az eltérések közelebbi jellemzése céljából ezek rövid leírását adjuk.

1. S. J.: Baloldalt az erek között, részben azokat körülhüvelyezve vastag, zömök kötőszöveti kötegek láthatók.

2. Z. K.: Nagyon finom hosszanti fonalakból összetevődő kötegek. Érdekessé teszi ezen képet a jelenlévő friss vérzés, mely a nem is látható capillárosokból származik és minden valószínűség szerint a csak pár órával azelőtt lezajlott roham alatt jött létre.

3. Sz. S.: Igen hosszú és finom fonálszerű kötegek. Az eset érdekessége, hogy nemcsak az értölcsérben, hanem a papilla periferiáján is van kötőszövet burjánzás, látszólag függetlenül az erektől.

4. S. F.: Egy kampószerű durva kötegen kívül finom szálacskákból összetevődő csomószerű tömeg és két kis bunkószerű képződmény látható.

5. P. I.: Sok nagy tömegű, részben szalagos, részben lapszerinti és csőszerű burjánzás.

6. T. A.: Főképpen a lefelé haladó edények mentén igen nagy tömegű, különböző formájú és összeállású burjánzás. A lefelé haladó venatörzsön pl. egészen lúdtollszerű, a verőerek közt pedig egy összenyalábolt köteghez hasonló képződmény. Fönt az erektől függetlennek látszó kötegek.

7. E. M.: Durva hengeralakú, többrétegű szövevény, mintha több cső lenne egymásra hüvelyezve.

8. Cz. D.: Vaskos, gomolyagos, látszólag az erektől független burjánzás.

Az epilepsiásokban, a más egyénekben észlelt szemfenéki lelettel szemben, általában az volt a tapasztalat, hogy az eltérések kifejezettebbek, a kötegek durvábbak és gyakran többrétegűek. Mindenesetre különös az, hogy az epilepsiásoknál ilyen nagy százalékban jelenlévő eltérésre a figyelem ezideig nem terjedt ki. *Köllnek* szerint az epilepsiások szemfeneke úgyszólván mindig normalis. Kóros eltérések, mint atrophia vagy neuritis nervi optici ugyan alkalomszerűen előfordulhatnak, de nem tartoznak a betegség kórképéhez, hanem szövődmények gyanúját keltik. A roham alatt, közvetlenül előtte vagy utána szintén hiányoznak a jellemző szemfenéki eltérések. Egyes esetekben közvetlenül a retinaerek görcsét észlelték, másokban a roham körüli időben vagy utána hyperaemia volt észlelhető. Sokszor azonban a szemfenék normalis volt. Retinavérzések, mint a roham következményei — ellentétben a kötőhártyavérzésekkel — a kivételekhez tartoznak. Ujabban *Lukaschew* négy esettel kapcsolatban ½—1 órával a roham előtt a conjunctivák hyperaemiáját, kb. ½ visust, renyhébben reagáló pupillát, a papilla nervi optici vörös színét s az arteriáknak a venáknál vastagabb voltát látta. *Lorenz* ezzel szemben kísérleti epilepsia egyik esetében sem tudott a szemfenéki erek részéről eltérést kimutatni.

A szemfenék epilepsiás roham körüli sajátságairól *Fazakas* két esetben tud adatokat szolgáltatni. Az egyiket a roham után két órával vizsgálta meg és féloldali igen kifejezett látóidegpírt talált. A másik szerencsésebb észlelés volt, amennyiben a vizsgálat egy lezajlott roham után egy órával vette kezdetét és a beteg a vizsgálat alatt ismét rohamot kapott. Ez esetben is az egyik oldalon igen kifejezett látóidegpírt észlelt, a másikoldali idegfő ezzel szemben a szokottnál sápadtabb volt. Először diphasisos hatásra gondolt, de a későbbi vizsgálatok alkalmával kiderült, hogy az egyik látóidegfő állandóan sápadtabb maradt.

Az a kérdés, hogy mi az eltérés kórszármazási lényege. Maga a gondolat, melyből kiindultunk, az volt, hogy a szemfenéki kötőszövetfelszaporodás tulajdonképpen párhuzamos jelenség az epilepsiás agy gliosisával. Ha ezt az elképzelést, mint valószínűségi támpontot, elfogadjuk, akkor már túlterjed az eltérés értékelése a tüneti epilepsia problémáján és magába foglalja az agyi gliosist okozó betegségek tágabb körét is. A szemfenék perivascularis fibrosisa, véleményünk szerint, tehát nem is annyira a tüneti epilepsiára, mint inkább az agy gliosisára volna jellemző. És mikor ezt feltételezzük, nemcsak az a szándékunk, hogy támpontot adjunk a szemfenéki fibrosis értékeléséhez, hanem egyben felhívjuk a figyelmet arra, hogy ez az eddig elhanyagolt és többé-kevésbbé banalisnak tartott tünet komoly eltérések kifejezője lehet.

Mint az előzőekből kitűnik, az eltérés nemcsak epilepsiánál, hanem más agyi gliosist okozó folyamatnál (melyek pl. pangásos papillát vagy atrophia nervi opticit idéznek elő) szintén előfordul. Igy pl. *Düsseldorp* több olyan esetet vizsgált át, kiknél hosszabb ideig agynyomás állott fenn és ennek ellenére pangásos papilla nem fejlődött ki náluk (tumor- és meningitis-esetek). A lelet változó volt. Egyes esetekben a papilla vörös tónust mutatott, emellett a papilla enyhe oedemája volt észlelhető,

mely a papilla szegélyét egészben vagy részben homályossá tette. A venák többé-kevésbbé tágultak voltak, más esetekben ismét normalisak. *Az arteriák és venák a papillából való kilépési helyüktől kezdve finom fehér vonalakkal voltak körülölelve.* A látóélesség nem változott. A hónapokon keresztül megfigyelés alatt állott betegeknél a szemfenéki lelet nem mutatott eltérést és pangásos papilla nem fejlődött ki.

A kórismei értékelés szempontjából kérdés, hogy hogyan értékeljük, ha epilepsiára utaló tünetek hiányoznak és hogyan értékeljük azt epilepsiás tünetek mellett.

Előbbi esetekben a fundus perivascularis fibrosisa, a papillitisek következményes állapotától eltekintve, véleményünk szerint nagy valószínűséggel szól az agynak hystologiai eltérése mellett és ilyen értelemben a lelet jelentősége és prognostikai értéke, szemben az eddigi elhanyagoló állásponttal, komolynak ítélendő meg.

Epilepsiás tünetek mellett az eltérés, véleményünk szerint, az interparoxismalis stadiumban is észlelhető legjobban haszonsítható tünet, mely ha bajmegállapításról van szó, mindenképpen a színlelés ellen szól és kizár minden leplezési lehetőséget. Viszont az elváltozás hiánya nem zárja ki az epilepsia lehetőségét.

Ugyan a szemfenéki lelet közvetlen vonatkozásba az epilepsia kóroktani problémájával nem hozható, mivel azonban az agyi gliosissal a párhuzamot valószínűnek látjuk, főleg ehhez kapcsolódóan a kóroktan egyes részleteire mégis kitérünk. Mielőtt azonban ezzel foglalkoznánk, az a kérdés, hogy mily módon volna a kötőszövetburjánzás megmagyarázható. Feltételezhető, hogy a betegséget kísérő vérkeringési zavar, akár activ, akár passiv vérbőséget veszünk fel, következményesen hegeket produkál.

Szerepet játszik bizonyos nyomásfokozódás is, mely legkifejezettebben azokon a helyeken jön létre, ahol a puha állomány a kitérést nem vagy kevésbbé engedő határfallal érintkezik. Ezek alapján a látóidegkötőszövet burjánzása hasonlóképpen bírálható el, mint az agyvelő széli göbös vagy diffus gliosisa és az Ammon-szarv sklerosisa. S nincs kizárva, hogy az észlelt hegek egy része gliából is áll, legalább is azok, melyek az erektől függetleneknek látszanak. Ezzel megmagyarázhatók volnának ugyan az epilepsiásokban keletkező elváltozások, de nem azok, melyekben rohamok és ezzel kapcsolatban feltételezhető vérkeringési zavarok nincsenek. Az epilepsiás agyi gliosos keletkezésére vonatkozóan *Cotard* és *Chaslin* véleménye az, hogy a gliafelszaporodás az elsődleges és ennek következménye a ganglion-sejtek pusztulása, az általános nézet azonban ennek az ellenkezője. Minden roham egy lépés a fokozódó gliosis irányába. Tünettani szempontból közelfekvő itt rámutatni az epilepsiának az allergiás betegségekhez való hasonlóságára. A tünetek periodikus hullámzása, rohamokban való megnyilvánulása, a rohamok halmozódására, statusok kialakulására való hajlam, az eosinophilia és végül az a szövettanilag jellemző helyzet, melyet a parenchym sejtek fokozatos pusztulása és az interstitialis elemek felszaporodása jellemez, úgy az epilepsiának, mint az allergiás betegségeknek jellemző sajátságai. Az allergiás reactiók támadási pontja a kötő-, illetőleg hegszövet. Ilymódon részben érthető, hogy minél előrehaladottabb a betegség, minél kiterjedtebb a kötő-, illetőleg gliaszövetfelszaporodás, annál nagyobb a hajlam a rohamok halmozódására. Míg tehát a rohamok heget produkálnak, a heges elem fokozott lehetőséget teremt a rohamok megismétlődésére.

Az epilepsiának az allergiához való viszonyára néhány casuistikai adaton kívül klinikai megfigyelések és kísérleti támpontok is vannak. *Castello* és *Fox* 10 éves leánynál az asthmarohamok tetőfokán epilepsiás rohamokat is észlelt, melyek az asthma kezelésével párhuzamosan elmaradtak. *Marinesco* és *Kreindler* egy fiatalkorú epilepsiás nőt status epilepticusban látott meghalni, mely tejinjectióhoz csatlakozóan lépett fel. *Perez Moreno* egy 2 éves gyermeknél allergiás állapot tetőfokán általános clonikus görcsöket látott. Bizonyos alimentaris befolyás az epilepsia keletkezésében szintén valószínű, így *Lewin* sajt, *Gowers* marhahús, *Paginez* csokoládé után látott rohamokat. Szerzők közül a második és *Róth* állatkísérletei szintén az anaphilaxiás kóroktani felfogást látszik alátámasztani. Sensibilizált tengerimalacoknak carotisába lósavóval reinjectiókat adtak. Tünettanilag eszméletlenséget és tonikus-clonikus rángásokat, kórbonctanilag pedig az agyban bővérűséget és vérzéseket észleltek. Szintén allergiás genesis mellett nyujtanak támpontot *Szauter*-nek azon vizsgálatai, melyekkel kimutatta, hogy az epilepsia interparoxismalis stadiumában észlelhető eosinophilia annál gyakrabban és nagyobb százalékban található meg, minél sűrűbb a rohamok száma.

Összefoglalás: 1. A szemfenéki érkörüli kötőszöveti kötegek a szerzők véleménye szerint — a papillitisek utáni állapottól eltekintve — főként olyan esetekben észlelhetők, mikor az agyi gliosis feltételezhető.

2. Az eltérés 118 epilepsiás átvizsgálása után 87 százalékban és ugyanannyi vegyes kórházi betegnél 20 százalékban volt kimutatható. A tünet értékelési lehetőségét ezen számadatok magukbafoglalják.

3. Epilepsiásoknál a szemfenéki eltérés általában kifejezettebb, a kötegek durvábbak, gyakran szinte több rétegben egymásbahüvelyeződnek.

4. A roham után és roham alatt két észlelt esettel kapcsolatban az egyik papilla hyperaemiája, a másiknak pedig halványsága volt megállapítható.

5. A szemfenéki hegek mint az agyi gliosis periferiás tünete szerepeltethetők. Az agyi gliosos szerzők véleménye szerint hasonló az allergiás betegségeknél észlelhető parenchyma-pusztulást pótló hegesedési folyamathoz és egyéb tünetek mellett ez is alátámasztja az epilepsia allergiás genesisére vonatkozó elméleteket.

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

Soós Aladár: Étrendi előírások IV. bővített kiadás . . . . . 5.— P

Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája. 230 old., 110 ábra és 16 old. műmelléklettel 4.— „

Krepuska István: A füleredetü 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. Utánvéttel történő rendeléskor a portóköltséget is felszámítjuk.

A m. kir. szegedi 5. számú honvéd helyőrségi kórház közleménye. (Parancsnok: nyíraljai Vén Ferenc 2. o. főtörzsorvos.)

Különféle fehérje hatása a gyomornedv elválasztására.

Irta: *Papp János dr., m. kir. ezredorvos.*

A közelmultban beszámoltam azokról a megfigyeléseimről, amelyeket a heveny és idült csalánkiütések eseteiben az intracutan adott tej hatására végezhettem. Feltűnt akkor, hogy mikor az urticaria mellett csökkent volt a gyomornedv-elválasztás, a bőrbe adott kis mennyiségű (0.1—0.3 ccm) állati fehérje (tehéntej) a betegséget jó irányban befolyásolta, míg a savbőséggel járó csalánkiütések esetén az urticaria fokozódása volt észlelhető. Úgy látszott tehát, hogy a gyomornedvelválasztás és a bőrbe adott állati fehérje között valamilyen kapcsolat van. Ezért rendszeres megfigyeléseket végeztem az irányban, hogy mutat-e valamilyen befolyást a bőrbe adott tehéntej kicsiny adagokban a gyomornedv elválasztására.

Vizsgálataimat kiterjesztettem úgy a normalis, mint az an-, hyp- és hyperacid esetekre oly módon, hogy előző este a vacsora befejezésétől kezdve a vizsgálandó egyének táplálékot nem vettek magukhoz, még folyadékot sem s ily viszonyok mellett másnap reggel a levezetett duodenalis szondán át kiszívtam az éhség-folyadékot, majd felforralt és kihűtött tehéntejből 0.1 ccm-t adtam intracutan. Utána 10—20—30—60—90 perc mulva a gyomorbenneket kiszívtam, mindegyik fractio mennyiségét lemértem s külön-külön mindegyikben szabad sósavat és összes savanyúságot határoztam meg. A következő napon hasonló körülmények között és hasonló módon jártam el, de az intracutan adott tej mennyiségét 0.2 ccm-re, majd fokozatosan 0.5 ccm-re növeltem. Ezen túl a tej mennyiségét nem növeltem, részben a gyakori helyi kellemetlen panaszok miatt (erős fájdalomtól kísért duzzanat), részben pedig azért, mert az eredmények azt mutatták, hogy nincs is arra szükség. A következő napok alatt a mennyiséget a kiindulási értékig: 0.1 ccm-ig csökkentettem.

An- és hypaciditás eseteiben azt figyeltem ilyen módon meg, hogy a gyomornedv mennyiségileg és töménységileg egyaránt megszaporodott. Ez a reactio általában az első fél órában éri el tetőfokát s attól kezdve fokozatosan csökken, de a 90 perc mulva kiszívott bennék szabad sósav- és összes savanyúságértéke a tej befecskendezése előtti értéknél magasabb volt.

A mennyiségek fokozatos csökkentése mellett végzett vizsgálati eredmények azt mutatták, hogy bár minden alkalommal magasabbak voltak az értékek, mint a kísérlet előtt, de minden esetben alacsonyabbak, mint a mennyiségek beadása után észlelhető értékek. Normaciditás eseteiben a reactióban kétféle typust lehetett megfigyelni. Az egyik csoportban a bőrbe adott állati fehérje secretio-serkentő hatása, ha nem is olyan mértékben, mint az an- és hypacidokon, ugyancsak észlelhető volt, míg a másik csoportban ily hatást megfigyelni nem lehetett. E csoportba azonban kevesebben tartoztak s mint később kiderült, *kivétel nélkül* kaptak már életükben valamilyen serumot. (Diphtheria, tetanus, dysenteria.) Hyperacidokon az intracutan adott tejnek a gyomornedvre semminemű hatása nem volt.

Hasonló technika mellett tettem megfigyelés tárgyává, hogy a növényi fehérjének van-e az állati fehérjéhez hasonló gyomornedv-activáló hatása. E kérdésre határozott nemmel válaszolhatok, mert sem a csökkent gyomornedv elválasztások esetében, sem a normalis, sem a hyperacidokon nem lehetett emelkedést megfigyelni akár a mennyiség, akár a töménység tekintetében. E vizsgálataimat »Novoprotin« (Roche) és »Protaven« (Richter) készítményekkel végeztem.

Továbbá azt vizsgáltam, hogyan reagál a nedvelválasztás abban az esetben, ha az állati fehérjét a növényi fehérjével együtt adom.

Ugy jártam el, hogy a jobb felkar külső harmadába adtam az állati, a bal felkar hasonló helyére az állati fehérjével megegyező mennyiségű növényi fehérjét bőrbe. Minthogy az így kapott eredmények teljesen egyezők voltak azokkal, melyekbe controllul szolgáló, egyenlő mennyiségű növényi és állati fehérjét kevertem, egy helyre adott intracutan injectio hatására figyelhettem meg, továbbiakban ez utóbbi eljárás mellett maradtam. Az ilyen módon kapott eredmények azt mutatták, hogy az állati fehérje hatására mutatkozó gyomornedv töménység- és mennyiségbeli fokozódása elmarad. Ugy látszik, e reactio bekövetkezését a növényi fehérje valamilyen módon meggátolja.

Ezzel kapcsolatban két kérdés merült fel. *Az egyik:* mi lehet az a componens, ami az állati fehérjében mint gyomornedv-activáló van jelen? *A másik:* a feltételezett ható componensre tisztán van-e a növényi fehérjének a fentebb említett gátló hatása?

Az első kérdés tekintetében 1. a histamin (H-anyag) és 2. a B_1-vitamin jöhettek számításba.

E feltételezés megválaszolására histaminos szakaszos próbareggeli előzetes elvégzése után ezt megismételtem úgy, hogy 0.2 ccm növényi fehérjét is adtam bőrbe. Az eredménybeli különbség határozott volt. Mert az előzőnapi histaminos szakaszos próbareggeli eredményei a histamin serkentő hatását szépen mutatták, a következő napon azonban ez már megfigyelhető nem volt, mert a kiindulási értékhez viszonyítva mindössze csak 2—4-gyel voltak magasabbak az eredmények.

A közelmultban arról is beszámoltam, hogy a B_1-vitaminnal a gyomornedv elválasztását fokozni lehet. Második feltételezésem tehát az volt, talán a B_1-vitamin az, ami az állati fehérje gyomornedvserkentő hatását eredményezi. Hogy erre feleletet lehessen adni, a B_1-vitamint együtt adtam növényi fehérjével s közben a gyomortartalmat szakaszosan vizsgáltam ugyancsak mennyiség és töménység szempontjából. Az eredmény az volt, hogy a B_1-vitamin gyomornedvserkentő hatása jól megfigyelhető volt. Ezzel az egyszerű eljárással — úgy vélem — elfogadhatónak bizonyul az a nézetem, hogy az állati fehérje gyomornedv-activáló hatása tulajdonképpen histamin hatás.

Hátra volt még annak a megfigyelése, hogy mi következik be a gyomorsecretióban, ha kísérleteimet állati, de azonos fehérjével végzem? Erre a célra az anyatejet választottam, amit kétféle módon alkalmaztam: előzetes felhevítés után lehűtve és felhevítés nélkül. Számottevőbb eltérést nem kaptam az eredményekben. Mert mind az előzetesen felhevített, mind a fel nem hevített anyatejre an-hypaciditás esetén, egypár százalék eltérés mellett, megegyezően azt lehetett megfigyelni, hogy az idegen állati fehérje reactiójaképpen mutatkozó secretioemelkedést is felülmúló nedvelválasztás indult meg a gyomorban,

mely fokozódás hamarább következik be, mint a tehéntej esetén és a hatás elhúzódóbb és tartósabb is. Hyperacidoknál alig jelentős a bekövetkező értéknövekedés.

Ezek a kísérletek tehát azt mutatták, hogy az anyatej gyomorsecretiót serkentő hatása jóval erősebb, mint a tehéntejé.

Ezekután fontos volt azoknak a vizsgálatoknak is a megejtése, melyeknek alapján az anyatejjel egyenlő mennyiségben és egyidejűleg adott növényi fehérjére bekövetkező gyomornedvelválasztás viselkedése megfigyelhető volt.

Itt az eredmények már határozottan eltértek a tehéntej és növényi fehérje együttes beadásának hatására észlelt eredményektől. Nevezetesen az anyatej fentebb leírt gyomornedvserkentő hatása továbbra is megmaradt, ha nem is olyan fokban, mint a nem keverten adott anyatej esetében. Ebből a megfigyelésből két következtetés vonható le. Először: hogy az említett hatás nem egy, hanem két componenshez van kötve. Másodszor: hogy egyiküket a növényi fehérje ha nem is antagonizálja, de compenzálja.

Valószínű, hogy ez az anyag, éppen úgy, mint a tehéntejnél, a histamin (H-anyag), míg a másik componens, melyre a növényi fehérje hatástalannak bizonyult, feltevésem szerint a B_1-vitamin, hiszen az anyatej B_1-vitaminban igen gazdag.

Hogy a B_1-vitamin gyomorsecretiót serkentő hatása növényi fehérjével nem ellensúlyozható, azt már fentebb említettem. Keresnem kellett tehát egy olyan eljárást, mellyel az anyatej B_1-vitamintartalmának serkentő hatását mint feltételezett componenst igazolni tudjam. Ezért a B_1-vitaminnak insulinhatását növelő tulajdonságát vizsgáltam, természetesen a B_1-vitamint anyatejjel helyettesítettem. E célból vércukorvizsgálatokat végeztem szakaszosan (10—20—30—60—90 perc mulva) az anyatej 0.1—0.2—0.3—0.4—0.5 ccm mennyiségének intracutan adása után.

Megfigyelhető volt ilyenmódon az, hogy an- és hypacidokban kb. az intracutan oltás után 20—30 perc mulva a vércukorszintben esés következik be, mely azután fokozatosan emelkedik, legtöbbször a kiindulási érték felé terjedőleg pár mg/%-kal. Rendes savanyúság eseteiben is megfigyelhető a vércukornak ilyen viselkedése, bár korántsem olyan kifejezetten, mint a csökkent gyomornedvelválasztásoknál. Hyperacidok vércukorszintje nem változott.

Ez utóbbi megfigyelés ellentmondónak »látszik«. Ugyanis az elmult években alkalmam volt beszámolni azokról a vizsgálataimról, melyeket az insulinérzékenység szempontjából végeztem a gyomor különböző secretiós állapotaiban. Akkor azt találtam, hogy a fokozott gyomornedvelválasztásban szenvedők insulinérzékenysége fokozott, annyira, hogy a kísérleteim anyagául szolgált néhány ulcusos betegemen — testsúly/kgként $^1/_{15}$ E insulinra — hypoglykaemia támadt.

Tehát a hyperacidoknál jelenlévő fokozottabb insularis tevékenység miatt a feltételezett B_1-vitamin insulinserkentő hatása nem válhat tetemessé, mert ez a hatás alatta marad annak az ingerküszöbnek, mely normacid vagy an-, hypacid esetekben elég az insulinserkentés létrejöttéhez. Ugyanis ez a küszöbérték emelkedik a gyomor hypersecretorikus állapotával, még pedig párhuzamosan. Ezért nem lehetett a vércukorszintben megfigyelni az anyatej hatását. A vércukormeghatározásokat a Hagedorn—Jensen-féle módszerrel végeztem capillaris vérből.

Tislowitz és *Magyar* azt észlelték, hogy egészséges embereken B_1-vitamin hatására a vércukorgörbe alacsonyabbá válik. Ezt az eredményt ők is a capillaris vércukorra vonatkozólag találták, míg legutóbb *Horn* számol be arról a megfigyelésről (Orvostud. Közl. 9. sz.), hogy a B_1-vitamin a venás vércukorgörbe maximumát nem befolyásolja. Ez utóbbi megfigyelésről szóló beszámoló kísérleteim befejezése után jelent meg s így ezirányban vizsgálatokat nem is végeztem.

Hogy a növényi fehérjével keverten adott azonos állati fehérje hatására kapott értékek valamivel alacsonyabbnak mutatkoztak, mint a növényi fehérjétől mentesen adott anyatej hatására mutatkozók, ugyancsak a histaminnal (H-anyag) gondolom magyarázni, éppen úgy, mint a tehéntej esetében. Tehát az azonos állati fehérjéknél részben histamin (H-anyag), részben B_1-vitaminhatásról van szó.

Összefoglalás. 1. Állati — nem azonos fajú — fehérje bőrbe fecskendezésére an-, hyp- és normaciditás eseteiben a gyomornedv mennyisége és töménysége nő.

2. Növényi fehérje mellett e hatás meg nem figyelhető.

3. Állati — nem azonos fajú — fehérje gyomornedvserkentő hatását a növényi fehérje antagonizálja.

4. A hatás tulajdonképpen histamin (H-anyag) hatás,

5. Állati — azonos fajú — fehérje hatására a gyomorsecretio-fokozódás még tetemesebb.

6. A növényi fehérje erre compenzáló hatást nem fejt ki.

7. Állati — azonos fajú — fehérje esetén tulajdonképpen histamin és B^1-vitamin együttes hatásáról van szó.

TARTALOM:

Benedek László és Angyal Lajos: A palatomentalis és corneomentalis reflexről. (129—131. oldal.)
vitéz Berde Károly: Befolyásolják-e a sugárhatások (Rtg. kvarclámpa) a fonálgombák megtelepedését a bőrön? (131—134. oldal.)
Horányi Béla: A kobrakígyóméreg alkalmazása tabeses gyöki izgalmi tünetek kezelésében. (134—136. oldal.)
Rohrböck Ferenc: A maláta az egészséges és beteg csecsemők étrendjében. (136—139. oldal.)
Pallos Károly: Kiviselt és túlhordott hasüri terhességi esetek. (139—143. oldal.)
Telegdi István: Epeköves nők alkata. (143—146. oldal.)
Kallay Ferenc és Dobos Sándor: A liquorrhoea nasalisról egy eset kapcsán. (146—149. oldal.)
Pásztor Mihály: A pajzsmirigy zavart működésének jelentősége a habitualis vetélés kóroktanában. (149—152. oldal.)
Prievara János: A részegség megállapítása élőben és halottban. (152—154. oldal.)
Matusovszky András: Kivi-elt méhenkívüli terhesség. Élő magzat. (154—156. oldal.)
Fazakas Sándor és Szauter Béla: A szemfenéki kötőszövet jelentősége az epilepsiában. (156—158. oldal.)
Papp János: Különféle fehérje hatása a gyomornedv elválasztására. (159—160. oldal.)

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTÁN.
A szerkesztő fogadóóráját kedden és pénteken 12—1 óra között tartja.

Athenaeum Irodalmi és Nyomdai Rt. nyomása.
Felelős: Kárpáti Antal igazgató.

85. évfolyam. 21. szám. Budapest, 1941. május 24.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26., IV. em.
Telefon: 345-113.
Ingyenes lifthasználat.
(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 Soll.* Handels u. Kredit-B. Bratislava. *Egyéb külföldről:* az előfizetést levélben küldött dollárchequeben kérjük a kiadóhivatalba.

Előfizetési díj: az **»Orvosi Hetilap«**-ra az **»Orvostudományi közlemények«**-kel együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 350 dínár, 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 dínár, 400 lei, 2 dollár.

PHYLAXIA Szérumtermelő R.-T.
BUDAPEST, X., Szállás-utca 3.
Human-laboratórium és városi megrendelőhely: VII., Rottenbiller.utca 26. sz.
Távbeszélő: 424-383, 137-809.

»PHYLAXIA« **Diphtheria-szérum** 1—20.000 I. E. (lóból) tisztított, koncentrált alakban is.
Diphtheria **marha**-szérum 1—3.000 I. É.
»PHYLAXIA« **Diphtheria-anatoxin** folyadék és csapadék védőoltáshoz.
»PHYLAXIA« **Meningococcus-szérum** meningitis cerebrospinalis epidemica kezelésére.
»PHYLAXIA« **Schick-toxin Diphtheria** fogékonysági bőrpróbákhoz.
»PHYLAXIA« **Vörheny** elleni **szérum és Dick-féle védőoltóanyag.**
»PHYLAXIA« **Tetanus** elleni **szérum.**
»PHYLAXIA« **Serotyp** vércsoportmeghatározó savó.

STERIL-KUHN-KATGUT
MAGYAR KATGUTÜZEM KFT.
Budapest, VII., Vilma királynő-út 33
Tökéletesen megbízható!
Magyarországon évtizedek óta
ismerik, használják, becsülik!

Injiciálásra kész C-vitamin stabil oldata
CERTASCORBIN »CERTA«
BÉHEPAR »CERTA« *Máj-B₁-therapia együtt*
„CERTA" Gyógyszerészeti Laboratórium Rt, Budapest.

85. évfolyam. 21. szám. Budapest, 1941. május 24.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC, V. BERDE KÁROLY, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR, BALÓ JÓZSEF,
VÁMOSSY ZOLTÁN, MÉHES GYULA, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE, VIDAKOVITS KAMILLÓ.
FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN. SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ.

TARTALOM:

Jäger Gyula: A K. vitamin véralvadást fokozó hatásáról. (279—281. oldal.)
Mészáros Antal: Cysticerkosis cerebri esete. (281—284. oldal.)
Euler Ödön: A tuberculin allergia különös viselkedése a Preisich-féle tuberculin kezelés folyamán. (284—285. oldal.)
Frőhlich Ottó: Az elsőleges végbélsarcomákról. (285—286. oldal.)
Irodalmi szemle. (286—289. oldal.)
Könyvismertetés. (290. oldal.)
Egyesületi jegyzőkönyv. (291. oldal.)
Lapszemle. (291. oldal.)
Vegyes hírek. (291—292. oldal.)
Hetirend. (292. oldal.)

A K. vitamin véralvadást fokozó hatásáról.

Írta: *Jäger Gyula dr.*, kórházigazgató-főorvos, sebész. (Miskolc.)

A véralvadással foglalkozó kutatók az e folyamathoz szükséges tényezőket és feltételeket különféle theoriából kiindulva igyekeztek megvilágítani és így az alvadás folyamatát befolyásolni. Ennek megfelelően az alvadást fokozó anyagok és eljárások száma nagy, de közülük csak kevésről állapíthatjuk meg, hogy eredményes.

A sebészt a véralvadás főleg a műtéti vérzések szempontjából érdekli, mert kóros véralvadás esetén a sérült érlumen elzárásával sem tudja a vérzést minden esetben csökkenteni, a legnagyobb nehézségek pedig az üregi és parenchymás vérzések conservativ kezelésekor merülnek fel.

1928-ban az Orvosképzésben foglalkoztam az akkori vérzéscsökkentő eljárásokkal, s rámutattam arra, hogy e téren még szükségét érezzük újabb eljárásoknak.

A véralvadás elhúzódásának oka a résztvevő anyagok (fibrinogen, thrombin, illetve a prothrombin, calcium és thromboplastin) hiányos képződésében, illetve jelenlétében és kolloidchemiai folyamatok befolyásában keresendő. Ily példa a fibrinogen hiánya veleszületett fibrinopeniában; ilyenkor az újszülött életképtelen, mert születése után rövidesen elvérzik.

A sebészi gyakorlatban a haemophiliás vérzékenység ritka előfordulásán kívül a véralvadékonyságát csökkentő májbajok, főleg pedig sárgasággal járó vérzések csoportjai érdekelnek minket. A műtéti vérzés csökkentése szempontjából sorra véve az alvadáshoz szükséges tényezőket Gunther és Greenberg vizsgálatai szerint, sárgaságban a calcium mennyisége diffusióra alkalmas vagy nem alkalmas állapotban sem mutat eltérést. A fibrinogen pedig Lewisohn és Moss vizsgálatai szerint, csak ritkán csökken sárgaságban, sőt mint Linton megállapította, súlyos ictericus vérzékenység mellett még emelkedett is lehet.

Ezek alapján elfogadhatjuk, hogy sem a calcium, sem pedig a fibrinogen nem csökken ictericus vérzékenységben és májbántalomban, tehát más tényezőkben kell az alvadás gátlás okát keresni. Legutóbbi időkig a prothrombin meghatározására szolgáló eljárások megbízhatatlanok lévén, az alvadás elhúzódásának valószínű okai vizsgálhatók nem voltak. Ezt a hiányt a Quick-féle eljárás pótolja, mikor telített thromboplastin és optimalis calciumoldattal hozzuk össze az oxalatos plasmát és így végezzük a megállapítást.

Ez új eljárás szerint kimutatható volt, hogy a máj parenchyma komoly bántalma a vérzésre való hajlamot fokozza. Kísérletekben legegyszerűbben a következő módon lehet ezt kimutatni: 24 órás koplalás és 1½ órás mély chloroformaltatás után kutyának a vérében:

5 óra mulva a prothrombin értéke még normális,

24 óra mulva a prothrombin értéke a normális 30%-a,

48 óra mulva a prothrombin értéke a normális 5%-a.

72 óra mulva a prothrombin értéke a normális 10%-a.

Azután lassan visszatért a szabályos értékre. A prothrombin értékcsökkenésével együtt haladt a vér alvadóképessége is, ami egyrészt a prothrombin, másrészt a májbántalom jelentőségére hívja fel a figyelmet.

Egyesek a kolloid chemiai reactiók befolyásának tulajdonítják a cholaemiás vérzéseket, ahol az epesavak idéznek elő alvadást késleltető hatást. Ez vitára adhat alkalmat, mert ahhoz, hogy az epesavas sók a véralvadásra befolyást gyakorolhassanak, ahhoz oly nagy concentratióra volna szükség, melyet a keringő vérben jelenlévő epesavak meg sem közelítenek. Ezt igazolják ezirányú kísérleteim. Az epe befolyását a véralvadásra choledochus szádlással nyert emberi epével vizsgáltam parafinozott csészékben Mas y Magro szerint és azt találtam, hogy

1 csepp vér + 1 csepp epe (50%) 6 óra mulva még nincs alvadás,

5 csepp vér + 1 csepp epe (20%) 6 óra mulva még nincs alvadás,

10 csepp vér + 1 csepp epe (10%) 40 perc mulva alvadás,

20 csepp vér + 1 csepp epe (5%) 17 perc mulva alvadás.

Eszerint a cholaemiás betegek esetén, kiknek vére nehezen alvad, nem epesavhatással, hanem a májparenchyma bántalmával van dolgunk, minekfolytán a prothrombinképzés csökkent vagy valamely anyag megköti azt.

Vizsgálatok szerint a prothrombin-csökkenés meglehetősen tág határok között mozoghat, mert csak a rendes érték 20%-a alatt kezd a véralvadás lassulni és csak 10% alatt jelentkezik komoly ictericus vérzékenység. Gyakran tapasztalható, hogy icterusos beteg műtét előtt nem mutat vérzésre hajlamosságot, műtét után azonban vérzik, ami igazolja az előbb mondottakat, hogy az altatás során az altatás előidézte májártalom a prothrombint csökkenti s így jön létre a vérzés. A máj elégtelen prothrombinképzését eddig nem volt módunkban befolyásolni s így a hiányzó prothrombint vérátömlesztés útján kellett bevinnünk a szervezetbe. A 200—300 cm³-es vértransfusiók hatása azonban időleges s a prothrombin értéke később ismét visszaesik és a véralvadási idő is ennek megfelelően elhúzódik.

A prothrombinképzés befolyásolására új irányt szabott *Dam* és *Schönheyder* dán kutatók kísérletsorozata, amit még 1934-ben közöltek. E vizsgálatok szerint csirkékben haemorrhagiás megbetegedés idézhető elő, ha az ételük nélkülözi az úgynevezett K (koaguláló) vitamint. Az ilyen etetés mellett a negyedik napon kimutatható volt Quick eljárása szerint a prothrombin csökkenése. Mikor a prothrombin 20% alá csökkent, vérzékenység volt észlelhető a kísérleti állatokon, mely kis mennyiségű K-vitaminban gazdag alfalfa adagolása után nyomban megszünt. (Az alfalfa a graminaceák családjába tartozó növény, állati takarmány.)

A további vizsgálatok nyomán *Dam, Karrer* és *Doisy*-nek sikerült az alfalfa-kivonatból a vitamint elkülöníteni és megállapítani, hogy absorptiós spectruma azonos a naphthochinon csoport tagjaival. Ez a megállapítás volt kiindulópontja a synthetikus előállítás lehetőségének. A vegytani összetétel tisztázása alapján készült a methyl-naphtochinon 2%-os olivaolajos oldatban.

A folytatólagos toxikologiai vizsgálatok alapján megállapították, hogy a methyl-naphtochinon 15—30 mgr pro kg testsúlyra kutyákon hányást, albumin- és porphyrinuriát idéz elő. Ezek kiválasztása azonban néhány nap alatt megszünik. Ha azonban kisebb, nem toxicus adagban adjuk pl. 3 mgr pro kg testsúlyra, sem állatkísérletben, sem emberen kóros vagy kellemetlen tüneteket nem okoz. E vizsgálatok adatai alapján megkezdődhetett e szer véralvadást fokozó hatásának klinikai tanulmányozása először egészséges, utóbb pedig beteg egyéneken.

Az ellenőrző vizsgálatok pontossága céljából májfunctiós vizsgálatokat is végeztünk. E vizsgálatokat minden májjal kapcsolatos vagy anyagcsere betegségben szenvedő betegen elvégezzük és sok hasznát látjuk, mert egyrészt a műtét indicalásakor az eljárás módjának megválasztásában irányt szab, másrészt figyelmeztet, hogy a látszólag egészséges beteg májat kezelni kell, ha még működése rugalmas es hogy mely gyógyszerek alkalmazása tilos.

Legalkalmasabb reactiónak mutatkozott a galaktosepróba mellett a módosított Takata-reactió, a Mancke—Sommer-féle eljárás, melyet osztályomon rendszeresen végzünk. Az eljárás jól tájékoztató százalékos értéket ad. Ezt a próbát végeztük el a véralvadással kapcsolatos eseteinkben is és azt láttuk az esetek nagy részében, hogy ha a véralvadás elhúzódását nem extrahepaticus ok idézte elő, akkor a májfunctios próba értéke a májártalom, illetve a véralvadás értékeivel párhuzamosan haladt.

A vizsgálatokat a Chinoin-gyár által előállított kísérleti K-vitaminnal a 2-methyl—1,4 naphtochinon 0.3%-os olivaolaj oldatával végeztem. Alkalmazása csak per os volt lehetséges, mert olajos injectiója jelen formában még fájdalmas. Per os 5—8—10 cm³-es adagokban késhegyni epesavas natriummal együtt két étkezés között jól adagolható volt. Azóta folyamatban van vizesoldat és tabletta előállítása.

A K-vitaminnal végzett kísérleteim először ellenőrző vizsgálatok voltak, ép májműködésű egyéneken.

Beteg jelzése	Hernia	Fractura	Varix	Carbunculus	Append	Vulnus
Májműködés	rendes	rendes	rendes	rendes	rendes	rendes
Véralv. idő	20'	16'	21.5'	15'	17'	14'
K. vit. után 6 h	20'	16'	22'	15'	16.5'	14'
K. vit. után 12 h	17'	14'	20'	13.5'	15'	12'
K. vit. után 24 h	14'	12.5'	18'	14'	14'	12.5'
K. vit. után 48 h	18'	13'	19.5'	16'	16'	15'

E vizsgálatok eredményei arról tájékoztatnak, hogy 1. az eljárásom szerint az alv. idő rendes értékei 15—20' között változnak, 2. az alv. idő K-vitamin adagolása mellett kb. 24 óra mulva a leginkább befolyásolt, 3. az alv. idő rövidülése nem terjedt a szabályos értékek alá, ellenben feltünő volt a véralvadéknak határozottan contractilis és massiv volta. További vizsgálatokat sárgaságos, daganatos stb. májbaj esetében végeztem a vezetésem alatt álló kórház más osztályain lévő beteganyagon is.

Beteg jelzése	Icterus	Icterus	Icterus	Hepat. lu.	Cirrhosis ale.	Tumor hep.	Decomp vit.	Hepat. lu.
Májfunt.	65%	50%	75%	80%	65%	80%	65%	70%
Véralv. idő	42'	48'	28'	25'	41'	23'	36'	35'
3 napon adott K. vitamin után	25'	30'	20'	17'	31'	20'	27'	30'

Ez adatok szerint a több napon át adagolt K-vitamin után a véralvadási idő átlagban mintegy 30%-kal rövidült.

Az előzetes ellenőrző vizsgálatok mellett alkalmazott therápiás K-vitamin adagolásáról a betegek kórleírásának részletes ismertetése mellet a következőkben számolok be.

1. *K. L.* 38 éves földműves gyomorvérzéssel vétetett fel a sebészeti osztályra. Röntgenvizsgálat szerint ulcus duodeni. Klinikai vizsgálatok szerint decompensált vitium, a rendes határokat 2—3 ujjal meghaladó pangásos máj. A széklet szurokszínű és a többszöri hányadék gyomoremésztett vért tartalmaz.

Digitális-kúra és K. vitamin (napi 10 cm³) egyidejű alkalmazására a beteg a negyedik napon panaszmentes, véralvadási ideje 38'-ról 24'-re csökkent és a következő napon javultan távozik.

2. *Z. N.-né* 43 éves, gazdálkodó neje, 2 nap óta tartó erős orrvérzéssel kivérezve jelentkezett felvételre. El-

mondja, hogy 5 éve súlyos sárgaság miatt operálták, akkor görcse nem volt, csak tompa fájása. A műtét óta hószáma tömegesebb és tovább tart. 2 évvel ezelőtt orrfúvas után erős vérzése volt, úgy mint most is. Bellocque tamponade mellett K. vitamint is adtunk; vérzése 24 óra mulva nem mutatkozik. Hószáma néhány nap mulva volt esedékes, ezért utasítással és 5 üveg K. vitaminnal látjuk el, amit egymásután következő napokon vett be. 10 nap mulva jelentkezik s arról számol be, hogy mensese nagyobb vérveszteség nélkül zajlott le.

3. *A. L.-né* 52 éves beteg epekő műtéte után szokatlanul erős vérszivárgást észleltünk a májágyból a hasicsíkon keresztül úgy, hogy vértransfusióra kellett elhatároznunk magunkat. Véletlenül a véradó éppen egy olyan beteg volt, aki előzőleg 2 napon át K. vitamint kapott és így tulajdonképpen K. vitaminos vért transfundáltunk, mire a vérzés megszűnt. Az alkalmazás e módja fokozottan eredményes lehet.

4. *P. L.* 47 éves, lelkész, végbéltáji vérzései miatt vettük fel. Állítása szerint naponta székeléskor tenyérnyi mennyiségű alvadt és még néhány cm^3-nyi friss vér ürül. Ezt a kórházi észlelés alatt be is mutatta. Rectoromanoscopiás vizsgálat szerint a végbél nyálkahártyája kóros elváltozást nem mutat 20 cm-es magasságig. A sugárfogó beöntéses Röntgenvizsgálat kb. 30 cm maasságban, az ampulla felett, babnyi fekélyt mutat, tapadó folt alakjában. A másnap végzett ellenőrző vizsgálat a leletet megerősítette. A beteg kivérzett benyomást kelt. Vörösvérsejtszáma: 2,800.000, Hgb: 65%. Alv. idő: 48'.

A beteg iszákos; naponta 4—5 liter bort fogyasztott. Ennek megfelelően a májon hepatitises megnagyobbodást tapasztalni. K. vitamint adunk (naponta 10 cm^3-t). A második nap után székeléskor csak néhány friss vércsepp ürült, az ötödik nap után pedig nem volt vérzés. Az alv. idő ekkor 21'-re csökkent. Hat napi K. vitamin adás után panaszmentesen távozott. Három hét mulva érdeklődésünkre közölte a vérzés teljes megszűntét.

5. *özv. N. E.-né* 52 éves háztartásbeli súlyos sárgasággal és epeköves panaszokkal vétetett fel. 100 cm^3 serumban 15 mgr bilirubin.

A provocatiós eliárások közül az endothelsymptoma positiv és a leszorított alkaron számos kendermagnyi subcutan petechia jelentkezik. Alv. idő: 54'. Jelen állapotában a műtét tilos lévén, hat napon át C. és K. vitamint adunk, amíg cukor és insulin párhuzamos alkalmazására szívműködése, közérzete nem javult és az alv. idő nem rövidült. Műtét előtt az alv. idő 24' volt és sem a műtét alatt, sem utána a szokottól eltérő nagyobb vérzést nem észleltünk.

Ezek voltak eddig szerzett tapasztalataink, melyek alapján egy új értékes segítőtársat ismertünk meg a K-vitaminban, mely sok nehéz helyzetben átsegíthet sebészi gyakorlatunkban. Könnyebb alkalmazhatósága érdekében kívánatos volna, ha nagy injectiós alakban, vagy pedig kevesebb olaj felhasználásával töményebb alakban állítaná elő a gyár.

A sebészt a véralvadás a vérzés szempontjából érdekli és itt a cholaemiás vérzésen kívül a különböző májártalomokozta vérzések is szerepelhetnek. Előfordulnak azonban gyakorlatunkban olyan eredetű vérzések is, ahol az endothel működészavara a kiváltó ok és a szunnyadó diathesist toxinhatás, anaphylaxiás reactio, vagy hormonális ingadozás váltja ki. Ezek között a morbus maculosus Verlhofi, hereditaer és senilis purpura, Möller—Barlow-kór, a peliosis rheumatica Schönleini stb. szerepelnek. Ezekben az esetekben, azt hiszem, C-vitaminnal együtt alkalmazva a K-vitamin jó szolgálatokat fog tenni.

Mindaz, amit klinikai tapasztalataink alapján közöltem, valójában csak a K-vitaminnal kapcsolatos vizsgálatok bevezetését jelenti. Számos kérdés merül még fel, amit a továbbiakban kutatóintézetek és laboratóriumok hivatottak eldönteni. E tudományos vizsgálatok eredményei szolgáltatnak majd teret a K-vitaminos gyógyítás kiterjesztésére.

A Pázmány Péter Tudományegyetem Elme- és Ideggyógyászati Klinikájának közleménye. (Igazgató: Benedek László ny. r. tanár.)

Cysticerkosis cerebri esete.

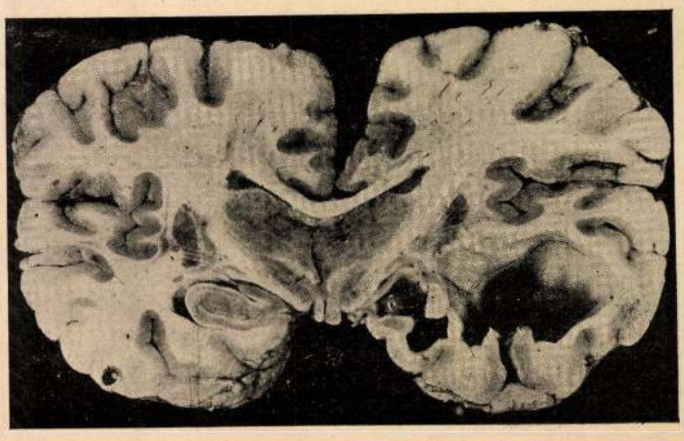
Irta: *Mészáros Antal dr.*

Az agyi cysticerkosis problematikájában a parasita és az agy mesenchymalis és ektodermalis parenchymájának alaki elváltozásokban nyilvánuló viszonya, továbbá a klinikai megjelenésnek ezen alaki elváltozásokban való megalapozottsága, harmadszor részben ezen tünetekből, részben a szervezet egészének reactiójából levezethető diagnostikus törekvések értékelése lehet vizsgálat tárgya, végül a cysticerkosis architektonikus elrendeződése localisatiós kérdések fölvetését is megengedi.

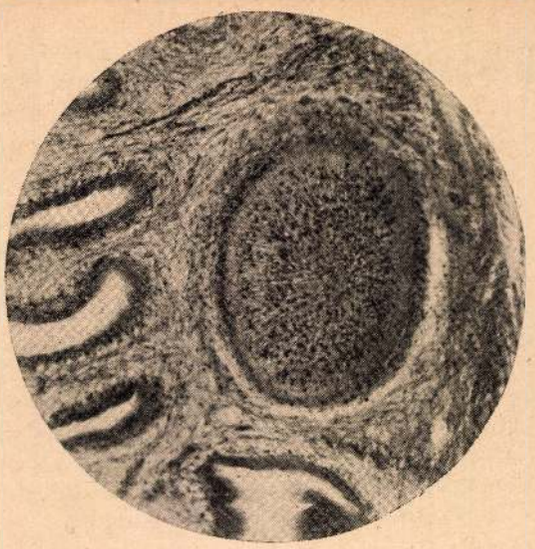
Esetünk kórtörténeti adataiból a következőket emelhetjük ki: *Gy. Zs.* 21 éves nő, ki 1040 május 21-től 29-ig állott a klinikán kezelés alatt. Azelőtt beteg nem volt. Betegsége március közepén fejfájással kezdődött. Az utolsó héten vette észre, hogy időnként szédül. Egy hete hányingere volt. Egy hét óta homályosabban lát mindkét szemén. Szaglása, hallása rendes. Felvételekor a j. frontoparietalis tájék kopogtatásra érzékeny. A szemfenéken m. o. 2 D-nyi pangás. A j. látótér felső orri quadránsa kiesett, b. o. kezdődő temporalis hemianopsia. Vállmagasságig emelt karok közül a bal minimálisan divergál és spontán pronatiós készséget mutat. Egyéb idegrendszeri eltérés nincs. Cysterna punctióval liquor nem volt nyerhető, mert csak néhány csepp ürül magától, a beadott levegő pedig sustorogva visszajön. Viselkedése túl bizalmas, a helyzet komolyságát nem fogja föl, túl jókedvű. Feltűnően bőbeszédű, körülményes. V. 28-án tétetett át a II. sz. sebészeti klinikára, ahol V. 29-én az agynyomás hirtelen fokozódó tünetei között meghalt.

Makroskopos lelet: Az agy egészében, de különösen a jobb halántéki lebeny tömegesebb, a gyrusok és sulcusok szintkülönbsége elmosódott, erős *Cushing*-féle cerebellaris conus. Az agyburkok, agyalapi erek rendben. Az agy felszínén a jobb gyrus postcentralisnak, a bal fusiformisnak s a mindkétoldali lobus parietalis superiornak megfelelően, a piába ágyazottan, az agy állományába nyomuló lencsényi, hártyásfalú, víztiszta bennékű tömlő található. Hasonló, illetve egész tűszúrányiig terjedő kicsinységű, mintegy 15—20 cysta található mindkét féltekében szétszórtan. Az agytörzs és a kisagy szabad. Továbbá egy kb. jércetojásnyi, hasonló tartalmú és falú üreg a jobb halántéklebeny fehér állományában és tőle középfelé a lebeny basalis-medialis felszínéig terjedő nagyobb babnyi üreg (1. ábra). A kamrarendszer megszokott tágasságú, az ependymán burjánzás nem észlelhető.

Mikroskopos lelet: A metszetekben jól látható a cystircercusnak a petéből kifejlődő. radikális csíkolatú, egyrétegű saját burka (2. ábra). E körül reactiv tok képződik; e reactiv tok hármas rétegzettségű, melyek azonban származásra egységesek. Legkívül capillari-

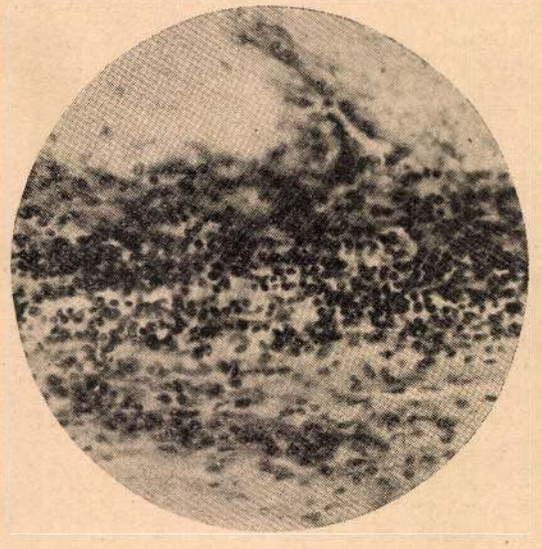


1. ábra. A jobb temporalis lebeny fehér állományában ülő cysták.



2. ábra. A primär cysticercus hólyag, jól látható radialis csikolattal, a környezetben infiltratum. (Haematoxilin-eosin 130x.)

sokban dús, fiatal sarjszövetre emlékeztető kép látszik, a capillarisok körül plasmasejteket bőven tartalmazó kerek sejtekből álló beszűrődés (3. ábra), valamint a



3. ábra. Nagytömegű infiltratum a cysta környezetében. (Haematoxilin-eosin 260×.)

mesenchymalis apparatus rostképző elemei, melyek egy része nekrobiotikus elváltozás folytán epitheloid jelleget vesz fel, másrészt azonban kifejtvén prospectiv képességét, rostokat termel. A rostozat azután mindinkább szaporodva, második, középső réteget alkot. Ezen belül elszórtan nagy, világos, hólyagszerű, egymagvú sejtek láthatók, leginkább polyblastokhoz hasonlítanak. A legtöbb tömlőben a sejtek nagyrésze fokozatosan elhal. A tömlő belvilágát helyenként teljesen kitölti az elhalt sejtekből álló törmelék. A fokozott szöveti pusztulás jeleként nagy számban találhatók a tömlő rétegei közt szövettörmelékkel telt phagocyták, helyenként pedig Russel-testek tűnnek elő. Az ektodermalis parenchymán észlelhető jelenségek csekély fokúak. A gliaelemeken hyperplasia észlelhető, mely a cystafallal párhuzamos bő rostozat kialakulásában nyilvánul (4. ábra). Az idegsejtek részéről, elsősorban a gyulladásos övezetben, disseminaltan duzzadás és szemcsézettség eltűnésével járó colliquatiós folyamat észlelhető.

Az agyi cysticerkosist az anatomiai-klinikai kép alapján *Tycka* beosztja: 1. meningealis-hydrocephalikus, 2. ventricularis, 3. daganatszerű, 4. epileptikus, 5. spinalis formákra. A fenti kóralakok elkülönülését a cysták különböző localisatiójára vezet-

4. ábra. A cystafal felé élesen elhatárolódó glia rostozat. (Cajal aranysublimat 130×.)

hetjük vissza; esetünkben klinikailag előtérben állottak a koponyabeli térszűkítő folyamat jelenségei, melyek különleges góci tünetekkel társultak és így a fenti beosztás szerinti daganatszerű formának felelnek meg.

Mivel a cysták leggyakrabban pialis, illetve ventricularis elhelyezkedésűek, az endogen vagy exogen fertőzés útján bejutó parasita disseminatiójának útját a liquoráramban kereshetjük. Az agy állományában ülő tömlők a perivascularis ürökbe jutott peték megeredésének foghatók fel.

Az esetünkben észlelt agynyomásfokozódás *Bau* és *Prussak* szerint agyi cysticerkosis esetében a leggyakoribb jelenség. E folyamat létrejöttét több tényező összehatása eredményezi. A megrekedt pete, illetve a belőle kialakuló elsőleges tömlő jelenlétére az agyállomány másodlagos burok képzésével válaszol. E másodlagos hólyag folyadékfölvétel által való növekedése az agy terimenagyobbodását eredményezi. Mint említettük, a tömlők localisatiója elsősorban a liquorrendszerhez van kötve. A liquoráramban tovasodródó cysta per occlusionem hydrocephalus kialakulására vezethet. Végül a másodlagos burok képzése olyan folyamatokon keresztül történik, melyek mellékhatásaikban a cysták passiv tömege által föltételezett terimenagyobbodást tetemesen fokozzák.

A szöveti képben látott elváltozásokat elsősorban az agy mesenchymalis parenchymájának a makro- és mikroorganismus kölcsönhatásában kialakuló hyperplasiás-inflammatoros reactiója jellemzi. Azt a feltevést, mely szerint a cystafal egy érfal rétegeinek felel meg, a szöveti kép nem támogatja. *Lasarew* a másodlagos burkot gliogen eredetűnek tartja; láttuk azonban, hogy a tömlőfal és a reactiv burjánzást mutató glia egymással szemben élesen elhatárolódó különálló egységeket alkot. Az agyparenchyma és a parasita confrontatiójakor kialakult gyulladásos jelenségek a cysticerkusnak, valószínűleg az idegenfajú fehérjéi által kifejtett, mérgező hatására vezethetők vissza. Tudjuk azonban, hogy a gyulladás nemcsak cellularis jelenségben nyilvánul, hanem velejár a szövet vegyi környezetének megváltozása, még pedig olyan értelemben, hogy a vegyhatás localisan savi irányban tolódik el, ami pedig a kolloidok vízkötőképességét fokozza és az agyparenchymát duzzasztja. Nézetünk szerint cysticercosis esetében a *Reichert* által elő-

ször leírt ezen agyduzzadás az a tényező, mely az agy terimejét elsősorban fokozza. A cystáknak folyadékfelvétellel való növekedése, valamint a parasitának gyulladásos jelenségekben és szöveti destructióban megnyilvánuló mérgező hatása az agyszövet osmoregulatiójának olyan egyensúlyzavarára vezet, amely megteremti a víz intamolekularis felhalmozódásának, tehát az agy duzzadásának a feltételeit. A daganatok okozta agyduzzadás keletkezésében oki jelentőséget tulajdonítanak a necrobiosis folyamán keletkező szöveti toxinoknak, melyek az agy duzzadási készségét vonják maguk után. Ehhez hasonló mérgező hatást tulajdoníthatunk a parasita idegenfajú testanyagainak is.

A gyulladásban cellularis és chemiai változások immunbiologiai jelenségekkel járnak együtt, melyek a parasita elhalását eredményezik. A parasita elhalásakor a reactiv tok elfajulásos elváltozásokat mutat, mint például a belső rétegnek elhalt tömeggé való egybeolvadását. E degenerativ elváltozások az elhalt cysticerkus fokozott méregtermelésének kifejezői. Az agyállományt successive elárasztó parasiták, illetve ezek elhalása a toxicósis fokozásával a tüneti kép folyamatos előrehaladását alapozzák meg.

A szervezetnek a parasita mérgező hatására létrejövő cellularis, humoralis vagy immunbiologiai változásainak élőbeli kimutatása a fentebbiek alapján lehetségesnek mondható. A parasitogen heteronom proteinek kimutatására *Robin* és *Fissinger* intradermo reactiót, *Fliege* és *Lisbonne* praecipitatiós reactiót ajánlottak. *Lange* a cysticerkus proteineket complementkötési reactióval igyekszik kimutatni. A liquorban a sejtszám többnyire növekedett. *Alajouanine* 50—200-ig terjedő lymphocytosist észlelt; *Canziani, Nobile, Lopez* az eosinophyliát tartják jellemzőnek; *Guillaine* egy tünetcsoportot ír le, melyet a hyperalbuminosis, lymphocytosis, positiv Pándy és Weichbrodt, továbbá negativ Wassermann és a colloidalis benzoereactiónál az első 10—12 csőben való eljes kiesés jellemez. Mivel az előadódható tünetekből az agycysticerkosisra diagnostikusan jellemző tünetegyüttes nem emelhető ki, az oki diagnosis a fenti jelenségektől várható.

A számos szerző észlelte productiv perivasculitis, a granularis ependymitis, valamint a többékevésbbé kifejezett idült meningitis mutatja, hogy a parasita méreghatása nemcsak a környező agyállományra terjed ki. *Mehlhose, Hennenberg, Lehoczky* esetei azt mutatják, hogy a méreghatást esetleg másodlagos fertőzés fokozhatja, mely a szöveti képben a tömlők lumenében kialakuló miliaris genygócok képződésére vezet.

Az agy egészének térnagyobbodása az általános tüneteket megmagyarázó morphologiai substratumként értékelhető. A parasita toxicitásában vagy a szervezet reagibitásában rejlő okoknál fogva az agyállomány reactiója esetleg nem éri azt a fokot, mely az agy duzzadásának létrejöttéhez szükséges. Igy magyarázható az a némely esetben fennálló ellentét, mely a boncolás alkalmával észlelhető kiterjedt cysticerkosis s ennek megfelelő tünetek hiánya között van.

Betegünk kisagyi tünetei annak helyzetéből adódó, az agynyomással szembeni pathosensibilitása következményeként értékelhetők. Az agynyomásnak a kisagyra támadó eredőjét igen jól mutatja az erősen kifejezett *Cushing*-féle cerebellaris conus.

A jobb temporalis lebenyben talált tömlők a radiatio optikának rostrendszerében okoznak kiesést, ami által a jobb látótér felső orri quadransára és a bal látótér temporalis szélére kiterjedő látótérkiesés kielégítően magyarázható. E tömlők elhelyezkedése a jobb temporoparietalis tájon a koponyán észlelt kopogtatási érzékenységnek is megfelel.

A beteg jellemváltozását, a móriaszerű viselkedést *Marburg* általános agynyomási tünetként értékelte, azonban a móriának, mint a Kleist-féle Selbst—Ich qualitás zavarának megfelelő parallelmorphológiai elváltozást *Jastrovitz* és *Oppenheim* óta a homloklebenyben tartjuk megtalálhatónak. *Benedek* 4 esetet közölt, melyekben a homloklebenyi daganathoz az affektív területen való tájékozódási képesség csökkenése csatlakozott. Ujabban többen az orbitalis felszín irritatív-destructív bántalmait tapasztalták hasonló esetekben. Esetünkben az említett tájék durvább roncsolása nem volt észlelhető. Az élményekre való lelki visszahatásmód megváltozása magyarázható egyrészt abból, hogy mint *Benedek* írja, egy koponyabeli térszűkítő folyamat az egész intrakraniumra érvényesülő általános kihatásainál fogva már bizonyos pathosensibilisebb rendszerekben működési hiányt okozhat anélkül, hogy durvább elváltozásokat hozna létre az illető rendszerben, másrészt azonban mint góci tünetet is érvényesíthetjük. Ismeretesek ugyanis *Flechsig, Foix—Nicolesco, Wallenberg* munkálatai révén az orbitalis-agy néven összefoglalt szerkezeti egésznek a tractus thalamocoricalis elülső részei útján a thalamus és hypothalamus képleteivel való összeköttetése. Ezen összekötetés esetünkben a temporalis lebenyben talált tömbök által meg volt szakítva. *Kleist* a közti agynak, elsősorban a hypothalamusnak, az effectív temperamentum megnyilvánulásait meghatározó működésbeli jelentőséget tulajdonít. Az egyednek a környezettel szembeni különállását megformulázó egyénérzelmek leépülésében jelentkező megnyilvánulása az orbitalis agy sérülésének, mint az én teljesítmények hierarchikus rendszere magasabb tagjának kiesése fogható fel. Ezen dimenzionálisan megadott központ impulsusai az említett összeköttetések megszakítottsága esetén elvesztik befolyásukat az affectiv visszahatások modulációjában, ami esetünkben az önértékérzelmeknek az actualis élménytől való disfunctiojában nyilvánult, teljesen tiszta tudat és ép amnesticus-associativ tevékenységek mellett.

A góci tünetek tehát egyrészt központok és pályák elpusztításától, illetve, mint számos epilepsia képében lezajló folyamatban, nyomásokozta izgalmából magyarázhatók, másrészt az agynyomással közvetített távolhatásként foghatók fel. Továbbá az említett érelváltozások, melyek többszörös vérzésekre, illetve lágyulásokra vezethetnek, szintén a klinikai megjelenést tarkító góci tünetek okozói lehetnek.

Ventricularis localisatio esetén, mint említettük, hydrocephalus fejlődhet ki. *Hartmann* a IV. kamra cysticercosisában glycosuriát, légzési és keringési zavarokat észlelt. *Benedeknek* egy *Follmann* által leírt esetében az aquaeductus Sylvii nyílása előtt ülő tömlő subfebrilis hőmérséklettel és epileptiform görcsökkel kísért, rohamokban jelentkező fejfájást okozott. A rohamok jelentkeztét vonatkozásba lehetett hozni a testhelyzettel.

A *Lehoczky Chatren, Goldstein* által észlelt dementia föllépte a kérgi mezőknek a kiterjedt cysticercosis által okozott diffus kiesésére vezethető vissza.

Összefoglalás: 1. Az agynyomás általános tüneteivel és sajátlagos góci tünetekkel járó, agydaganatot utánzó agyi cysticercosist ismertettünk.

2. A tömlők kialakulásának morphologiai pathogenesise az agy mesenchymális parenchymájának a parasitaméreg hatására létrejövő visszahatásában található meg.

3. A fenti folyamat kísérőjelenségei az agy duzzadását eredményezik, mely jelenség kapcsolatosan az esetleges liquorkeringési zavarral, a koponyaűri nyomás fokozódására vezet.

4. A góci tünetek pathogenezise, a radiatio optica és a radiatio thalamocorticalis együttes sérülésekor előálló különleges látótérkieséssel és személyiség structuraváltozással járó tünetegyüttes leírása.

A dr. Preisich Szanatórium Rt. közleménye. (Igazgató-főorvos Pauliczky László.)

A tuberculin allergia különös viselkedése a Preisich-féle tuberculin kezelés folyamán.

Irta: *Euler Ödön dr.* alorvos.

1938. óta intézetünkben úgyszólván minden csont-, izület- és mirigygümőkóros betegünket Preisich módszere szerint (O. H. 1940. 6. sz.) kezeljük. E gyógymód elméleti alapjait Preisich »A tuberculosus allergia« című cikkében vetette meg (O. H. 1940. 13. sz.). Lényege a szervezetet állandó tuberculin-hatás alatt tartani és ezzel azt állandó antiapotuberculin-képzésre késztetni. Ezt orrcseppek adagolásával (10—20%os tuberculin oldat 1—10 cseppje) és subcutan tuberculin befecskendezésekkel érjük el (0.001—0.10 g tuberculint tartalmazó injectiók). A befecskendezésekre csak akkor térünk rá, ha az orrcsepp-kezelés folyamán a Pirquet-reactio gyengül. Ezt minden esetünkben elértük. Akárhány esetben 3—6 cm-nyi átmérőjű, sőt bullosus Pirquet-reactiót adó egyéneken 10—12 napos orrcseppkezelés után a próbát megismételve csupán 0.5—1 cm átmérőjű lobos udvart kaptunk. Ez észleléseink alapján azt állítjuk, hogy a tuberculin az orr és az orrgarat nyálkahártyájáról felszívódva, a szervezet tuberculin allergiájának megváltoztatására alkalmas. Azt, hogy a tuberculin orrcseppek az orrnyálkahártya felől felszívódva, mennyire hatásosak, bizonyítják az egyes esetekben már az orrcseppek hatására is mutatkozó, elsősorban hőemelkedésben, sőt 39°-ig terjedő lázban megnyilvánuló általános reactiók, az orrnyálkahártya véres-savós secretiójával és pörkképződéssel járó gyulladásos helyi reactiók és a helyi folyamatnak észrevehető javulása. Hangsúlyozzuk, hogy e lázas reactiókat lehetőleg kerülni igyekeztünk és a lobkészséget nem egy esetben nagyobb adag CaCl2 oldat érbefecskendésével igyekeztünk csökkenteni. Ily nagy tuberculin-érzékenységet elsősorban nyirokcsomógümőkóros betegeinken észleltünk.

A fentiekben a Preisich-féle kezelés kapcsán a tuberculin allergia megváltozásáról szerzett tapasztalatainkat általánosságban foglaltam össze. Négy esetünk kapcsán oly különös jelenségekre kívánnám a figyelmet felhívni, melyek alkalmasak lehetnek arra, hogy a tuberculosus allergia lényegébe mélyebb bepillantást engedjenek.

A következőkben tárgyalandó esetek kórtörténeti adatait elhagyom s csupán a tuberculin allergia viselkedésére vonatkozó feljegyzéseket ismertetem.

L. B. 43 éves nő. Két év óta gümős gonitisben szenved. Folyó év VII. 24-én 48 órás Pirquet-próba 3 cm átmérőjű lobos udvart mutat. A Tuberculin-kezelést megkezdjük. VIII. 7. Naponta 10 csepp 20%-os tuberculint kap orrba. A megismételt tuberculin-próba 0.5 cm átmérőjű lobos udvart mutat. 1. sz. tuberculin injectiót kapja, mely 0.0001 tuberculint tartalmaz. VIII. 8. Az első ízben végzett Pirquet-próba reactiválódik, hyperaemiássá, vizenyőssé válik, a második Pirquet-próba hasonló reactiválódási jelenségeket nem mutat. Általános reactio jeleit nem tapasztaltuk.

Sch. B. 33 éves férfi. Betegsége: gümős gonitis. 1940. VII. 9. 48 órán a Pirquet-próba 3 cm átmérőjű, lobos udvart mutat. A kezelést megkezdjük. VII. 24. A Pirquet-próbát megismételjük: 2 cm átmérőjű lobos udvar. Az injectiós kezelést megkezdjük. VIII. 4. 24 órával a 10. sz. injectió után (0.10 g tuberculint tartalmaz). 37.8 C°-ig terjedő hőemelkedés kíséretében az első ízben végzett Pirquet-próba reactiválódik, hyperaemiássá, vizenyőssé, tömött tapintatúvá válik.

T. J. 24 éves nő. Betegsége caries cubiti. 1940. IX. 12. A 48 órás Pirquet-próba 2.5 cm átmérőjű lobos udvart mutat. A kezelést megkezdjük. IX. 24. Naponta 10 csepp 20%-os tuberculin-oldatot kap orrba. 48 órás újabb Pirquet-próba, 1 cm átmérőjű, gyulladásos udvart eredményez. Az injectiós kezelést megindítjuk. X. 1. 8. sz. injectiót kapja (0.03 g tuberculint tartalmaz). X. 2. Az első Pirquet-próba reactiválódik. 3 cm átmérőjű területen bőrpir támad; a II. sz. Pirquet-próba ugyanakkor változatlan maradt.

Sch. F. 57 éves férfi betegsége: caries cubiti. 1922-ben tuberculosis colliquativa cutis miatt hosszantartó tuberculin kezelésben részesült. 1940. IX. 9. 48 órás Pirquet-próba 0.5 cm átmérőjű, lobos udvart mutat. A kezelést megkezdjük. IX. 20. Napi 10 cseppes adagig jutottunk. IX. 21. A régi Pirquet-próba reactiválódott, 3 cm átmérőjű területen hyperaemiássá vált.

Mind a négy esetünkben ugyanazon jelenséget, a régi, első alkalommal készült, lobos jelenségeket már rég nem mutató Pirquet-próba reactiválódását észleltük. Eseteinkben különböző az az idő, melynek eltelte után a reactiválódás bekövetkezett, úgyszintén különböző az inger erőssége is, mely azt létrehozta. Egyes esetekben a reactivált Pirquet-próba lobos jelenségei kiterjedésben és intensitásban az eredetivel megegyeztek, más esetekben pedig az eredetinél jóval erősebbek voltak s nagyobb területen jelentkeztek. Az első esetben 0.0001 g tuberculin befecskendezése a 17 nappal előbb készült Pirquet-próbát, a második esetben 0.10 g tuberculin befecskendezése a 28 nap előtt készült P.-próbát, a harmadik esetben 0.03 g tuberculin injectio a 22 napos P.-próbát, a negyedikben pedig 10 csepp 20%-os tuberculin orrbacseppentése 14 nap előtt készült P. próbát reactiválta.

E jelenségek megfigyelésekor, miután azokat jelentősebb általános jelenségek nem kísérték, feltettük, hogy csupán a bőr tuberculin allergiájának a P.-próba helyén fennálló helyi anomaliájáról van szó. Ennek igazolására 1. sz. L. B. betegünkön újabb próbát végeztünk olymódon, hogy az egyik scarificatiót a régi próba területében, a másikat pedig az alkar teljesen ép bőrterületén helyeztük el. Ugyancsak ép bőrterületre került a controll is. Már 24 órával a próba elvégzése után azon scarificatio nyomán, mely a régi próba területére került, hólyagos reactiót kaptunk, 3.5 cm átmérőjű, piros udvarral, míg az ép bőrterületen végzett próba csak néhány mm-nyi bőrpirt mutatott. Hasonló meggondolás alapján I. K. 29 éves nőbetegen (lymphad. tbc. colli) 10 nappal az első P.-próba végzése után az injectiós kezelés megkezdése előtt szokásos P.-próbát a fent leírt módon végeztük. Ugyancsak hólyagos reactiót kaptunk 6 cm átmérőjű, piros udvarral a régi próba területében, viszont

az ép bőrterületen végzett scarificatio nyomán csak 1.5 cm átmérőjű lobos reactio jelentkezett. A controll lobos jelenségeket egyáltalában nem mutatott.

Mivel magyarázhatnók az említett jelenségeket? Preisich a tuberculosus allergia lényegéről (O. H. 1940.) úgy nyilatkozik, hogy a gümőbacillusok széteséséből és anyagcseretermékeiből származó tuberculint a gümő reticuloendothel sejtjei apotuberculinná alakítják; ez az anyag a tuberculintól, mely csupán allergen tulajdonságokkal rendelkezik, abban különbözik, hogy valódi antigen sajátságokkal bír s ezért a szervezet részéről antitest, antiapotuberculin képzést indít. *Gözsy* és *Vásárhelyi* (Tuberculosis IV. évf.) a tisztított tuberculinról (mi is ilyet alkalmaztunk) úgy nyilatkoznak, hogy az nem antigen, hanem csupán hapten (»hapten-en értünk minden olyan anyagot, mely csak magasabb molekulájú anyaghoz kötve tud valódi antigenhatást kifejteni, önmagában csak specifikus kötődésre képes, de ekkor typusos serologiai reactiót ad a kész ellenanyaggal«. — *Lovrekovich—Tomcsik—Lőrinc:* Bakteriologia), azaz adsorbenshez kötve képes ellenképzést kiváltani. A tuberculin tehát a szervezeten belül bizonyos átalakulásra szorul, hogy antianyagtermelést indíthasson meg. E megállapítások teljesen fedik Preisichnek állatkísérleti leleteit és az ezekből levont megállapításait. A kész antigent nevezzük apotuberculinnak.

Azt a jelenséget, hogy általában a Preisich-féle kezelés kapcsán a tuberculin reactio erősségében egyre csökken, úgy magyarázzuk, hogy a szervezet kellő mennyiségű antiapotuberculint képes termelni és ezzel nyeri positiv anergiás állapotát. Ugyancsak a szervezet fokozott antianyagtermelése mellett szól az is, hogy a tuberculin-kezelés kapcsán, annak ellenére, hogy a betegek úgyszólván minden esetünkben láztalanná váltak, súlyban gyarapodtak, s a gyógyulás egyéb jeleit is mutatták, a vérsejtsüllyedés fokozódott (az antitesteket tartalmazó, durvább dispersitású globulin fractio szaporodott). Ha a szervezet oly áthangolódásáról van szó, melynek legobjectivebb jelensége a tuberculinérzékenység csökkenése, a szervezet activ immunizálódási folyamata következtében, mi magyarázza fent leírt eseteinkben a régi P.-próba reactiválódását? Feltételezzük, hogy az első Pirquet-próba alkalmával a bőrbe jutott tuberculin oly nagy mértékben bántalmazta helyileg az antiapotuberculin-képzést, hogy ha a szervezetbe egy bizonyos időn belül, bizonyos individualisan különböző ingerküszöböt meghaladó mennyiségű tuberculin jut, a régi Pirquet-próba helyén gyulladásos jelenségek támadnak. A második vagy későbbi P.-próbák egy esetünkben sem reactiválódtak! Lehetne-e más magyarázatot is találni, mint az antiapotuberculinképzés ideiglenes helyi bénulását? A leírt jelenségek magyarázatára alkalmasnak látszik az az elgondolás is, hogy az első próba helyén lefolyt gyulladásos jelenségek után fokozott hajlamosság, gyulladáskészség maradt vissza. Az esetben, ha erről lenne szó, úgy a próba reactiválódásának igen gyakori jelenségnek kellene lenni. Valószínűbbnek tartjuk az előbbi magyarázatot. Az antiapotuberculin-képzés helyi bénulása múló jelenség. Ezt onnan tudjuk, hogy hosszabb idő multán a régi Pirquet-próba helyén végzett újabb P.-próba az ép bőrterületen végzettnél nem jár erősebb gyulladásos jelenségekkel. Az itt tárgyalt négy esetünkben támadt reactiválódás oka abban van, hogy az azt kiváltó inger azon időn belül hatott, mely alatt az antiapotuberculin-képzés helyi bénulása még fennállott.

A Horthy Miklós Tudományegyetem sebészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: Vidákovits Kamilló ny. r. tanár.)

Az elsőleges végbélsarcomákról.

Irta: *Frőhlich Ottó dr.* műtőorvos.

A végbél elsőleges rosszindulatú daganatai — rákok és sarkomák — arányszámát nézve, szembetűnik, hogy a sarkoma a rákhoz viszonyítva feltűnő kis számban fordul elő. Ez kiviláglik a következő adatokból: *Wortmann* szerint 203 végbéldaganat közül 114 elsőleges rákra 1 sarkoma esik. *Hochenegg* szerint 560 carcinomára 6 sarkoma. *Corner* és *Fairbank* 175 bélcarcinoma mellett 7 végbélsarkomát talált. A klinikánkon észlelt 78 elsőleges rák közül 1 sarkoma fordult elő. Ez adatok alapján kb. 100 elsőleges végbélrákra jut 1 sarkoma.

Az elsőleges végbélsarkomák e kisszámú előfordulása alapján talán nem lesz érdektelen az alábbi eset ismertetése, melyet 1939. év novemberében észleltünk klinikánkon.

48 éves nő. Hat hónap óta állandóan bélhurutban szenved, állandó hasmenését székrekedés sohasem váltotta fel. Széklete véres, cafatos volt. A bejövetele előtti utolsó két hónapban különösen székelés végén egy kevés vér is távozott. 4 év óta kb. 10 kg-ot soványodott. Étvágya időnként gyenge. Családi anamnésisében daganatra utaló támpont nincs. 1934-ben mellhártyagyulladása volt. 1938-ban kivették manduláját.

Közvetlenül a végbélnyílás felett baloldalt kis tyúktojásnyi, puha, mirigy-tapintatú, sima, gömbszerű, vérzékeny felszínű, alapja felett elmozgatható terimenagyobbodás van, amelynek egyik szélén a nyálkahártya tömöttebb; különben a daganatot a nyálkahártya csak körülveszi, belőle mintegy szemrésből kikandikál. Efölött, ameddig ujjal csak fel lehet nyúlni, több kisebb, ép nyálkahártyával fedett, mozgékony, hasonló terimenagyobbodás érezhető. Az alsó daganatból történt próbakimetszés kórszövettani vizsgálata az előzetes kórismét igazolta; a daganat lymphosarkomának bizonyult.

A végbélben előforduló elsőleges sarkomafélességek legnagyobb százalékát a melanosarkomák adják, melyeket sokan hámeredetűnek mondanak. Ezenkívül orsó-, kereksejtű és kisebb számban lymphosarkomák. Kiindulásukat illetően *Exner, Rendel Curt* az orsósejtűeket mysarkomáknak tekiintik; míg a lymphosarkomák a végbél nyiroktüszőiből erednek, amit ezeknek megfelelően elhelyezkedésük is mutat. Esetünkben is a daganatok felülről lefelé sorba helyezkedtek el.

Az esetek nagy százalékában a daganat az ampulláris részben helyezkedik el. Megjelenési alakjukra nézve három főtypus különböztethető meg: 1. *Diffuse,* beszüremkedve terjedő, melyben olykor a bélfal teljes körforgata vesz részt. 2. *Göbös,* gyakran multiplex és 3. *nyeles* vagy *polyposus alak.* A kór előhaladása folyamán éppen ezért nem egyszer találkozunk a végbél szűkületével. A daganat nagysága folytán benyomulva elzárhatja a bél lumenét. Sőt *Lapayre* egy esetében az ökölnyi végbélsarkoma a hüvely összenyomásával szülési akadályt képezett. Azonkívül különösen a végbélnyíláshoz közelebbfekvő nyeles daganatok előesve elzárhatják a végbélnyílást. Ez elváltozások folyományaként jelentkeznek rendszerint elzáródásos tünetek.

A daganat fejlődésére jellemző, hogy kezdetben a nyálkahártya alatt apró göbök formájában jelenik meg. Majd növekedve beboltosul a bél üre felé és felette az eddig rendes és mozgékony nyálkahártya kékes-feketésen elszíneződik. A további fejlődés folyamán a környezettel összekapaszkodik, kifeké-

lyesedik, szétesik és áttéteket képez a bonctani viszonyokból adódóan leggyakrabban a májban, ritkán a tüdőben. A nyirokáttételek az egyes szerzők véleménye szerint aránylag ritkák.

Sok esetben a daganat tetemes nagyságot elérve még mindig mozgékony és meglehetősen tünetszegény. Azonban mindezek ellenére már gyógyíthatatlan és műtétre sem alkalmas. Ennek legfőbb oka, hogy a tünetek nem mindig állanak arányban a daganat nagyságával. Kezdetben, sőt gyakran később is tünet nélkül húzódik meg a daganat. Legfeljebb határozatlan jellegű, a keresztcsont felé kisugárzó kismedencebeli fájdalmak hívhatják fel rá a figyelmet. Nem egyszer találkozunk az ú. n. rejtett alakjával, mikor is a vérszegénységen és lesoványodáson kívül minden más tünet hiányzik. A határozott fájdalmak, székrekedés, véres, vérescafatos szék rendesen az inoperábilitás jelei már. Ezenkívül gyakori nehézségek merülhetnek fel az elkülönítő kórisme szempontjából is, mivel pl. a kifekélyesedett daganat könnyen összetéveszthető kifekélyesedett gumma, vagy végbélkörüli fekéllyel. A nyeles sarkoma polypus adenomatosussal. Ez utóbbi esetben ne mulasszuk el megvizsgálni a daganat nyelét és annak környezetét sem. *Durante* szerint az operabilis esetek 80%-ából 40% mint ártatlan polypus távolíttatik el és rendesen csak a későbbi szövetvizsgálat deríti ki a rosszindulatúságot.

Ami a kort illeti, főkép a 4—5—6-ik évtizedben szoktak fellépni. Habár fiatal korban is előfordulhatnak, amit *Cecterelli, Gozzi, Knedel* által leírt 28 éves nő, 28 éves férfi, 31 éves nő esete igazol. A német illetőleg férfiakon gyakoribb, *Baltzer* és *Schümann* szerint pl. az esetek 92%-a esik a férfinemre.

A kórjóslást illetőleg azt mondhatjuk, hogy az esetek túlnyomó részében rossz. Ha még operálható a daganat, akkor csak kiadós csonkolással oldható meg, amikor sor kerülhet a szomszédos szervek, pl. női genitaliák eltávolítására is. A halálozás kb. 22%-ra tehető. Gyógyulás 3 éven túl az operált eseteknek kb. 13%-ában következik be. Teljesen gyógyultnak mondható *Ballnak* egy esete, amelyben melanosarkoma eltávolítása után 8 év mulva sem történt kiújulás.

Nem operálható esetben, ha passage-zavarok állanak fenn, műtétileg meg kell elégednünk anus praeternaturalissal. A nem műtéti kezelésben főszerepet a sugártherapia játszik, mely lehet röntgen, rádium. Ezek azonban legtöbbször csak ideig-óráig tartóztatják fel a folyamatot.

Esetünkben, egybevetve a tüneteket és a vizsgálati leletet, csak a röntgengyógymód kerülhetett szóba. A végbelet majdnem 4 hétig besugározták. A harmadik héten a végbélből a daganat eltűnt. Később, 1940 februárjában áttétek jelentkeztek a hasban baloldalt, majd később mindkét oldalt a nyakon; a sugárkezelés ezekre is jó hatással volt. Néhány besugárzás után a daganatok visszafejlődtek. A beteg azóta 8 kg-ot hízott és munkaképes. Az utolsó 4 hétben előbb jobb felkarján, majd bal alkarjának hajlító oldalán keletkeztek az előbbihez hasonló áttétek, melyek egy-két besugárzásra rövidesen eltűntek. Hogy sorsa mi lesz, azt a jövő mutatja meg.

Vidéki kartárs szakcikkek helyes és pontos fordítását vállalja. Cím a kiadóban.

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET

Rovatvezető: *ifj. Verebélÿ Tibor* és *Fedeles Findeisen László.*

A terhesség hatásáról a rosszindulatú daganatok növekedésére. *Mankin.* (Arch. klin. Chir. 199. 3.) Rosszindulatú daganat jelenléte esetén bekövetkezett terhesség a prognosist nem rosszabbítja, a daganat növekedést nem fokozza. Szülés vagy vetélés utáni időben azonban a daganat gyorsabban nő és a kórjóslat romlik. Ezen az alapon nem kívánatos a rosszindulatú daganatban szenvedők graviditása; bekövetkezése esetén elsősorban a daganat kezelése kell hogy az előtérben álljon. A terhesség nem szakítandó meg, ellenben a daganat kiirtása kísérelendő meg. Az a körülmény, hogy a terhesség alatt a rosszindulatú daganat növekedése megáll, a szülés utáni időszakban pedig fokozott növekedésnek indul, a folliculin és lutein ellentétes hatásában keresendő. (F. 8.)

Fedeles Findeisen László dr.

A verőerek falának táplálásáról. *Ghitzescu és Robacki.* (Arch. klin. Chir. 199. 3.) A verőerek fala mélység szerint két helyről nyeri táplálékát, az adventitia és az izomréteg külső része a vasa vasorumból, az összes többi réteg diffusio útján közvetlen az érlumen felől. Az adventitia tartalmaz nyirokkapillárisokat is, míg az izomréteg termékeit az interstitiális és lacunaris nyirokutakba juttatja. A nyirokkeringésben bekövetkezett zavaroknak az arteriafal vizenyőjének előidézésében van nagy szerepe, és a későbbiekben aseptikus elhalásnak, elfajulásnak, pigment- és mészlerakódásnak lehet az előidézője. Az érfal rugalmassága a fal anyagcseréjének épségétől függ. (F. 9.)

Fedeles Findeisen László dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

A retinitis albuminurica mint az arteriás hypertonia következménye. *Prof. Dr. Schieck.* (Münch. Med. Woch. 1941. 1.) A würzburgi egyetemi szemklinika nyugalmazott tanára, *Schieck*, ki éppen e téren kiváló szakértő, azt fejtegeti, hogy hypertonia nemcsak retinitis hypertonica, hanem a retinitis albuminurica (angiospastica) előidézésében is döntő tényező, sőt felveti a kérdést, hogy kell-e e két retinitist különválasztani s nem helyesebb-e ugyanazon kórkép két fokozatának tekinteni. Hiszen ha a vörös hypertonia átmegy a sápadtba, a retina képe is átalakul. Volhard az angiospasmusban a retinomalacia okát látja, Schieck ellenkezőleg előnyösnek tartja. Abban megegyeznek, hogy a retinitis gyógyítására a vérnyomás csökkentése a legsikeresebb eljárás. (G. 4.)

Grósz Emil dr.

Peripheriás érváltozások retinitis pigmentosában. *Brown* és *Whitney.* (Arch. of Ophth. 1940 nov. Kilenc retinitis pigmentosás beteg capillarisainak viselkedését vizsgálták a limbusban és a körömágyban; mind a kilenc esetben feltűnő elváltozásokat figyelhettek meg. Az erek kanyargósabbak, spastikusabbak voltak a normalisnál, kaliberingadozásokat mutattak. Az érhártya ereinek hasonló elváltozásaira következtetnek ebből. Az érelváltozásokkal kapcsolatos anyagcserezavarok magyaráznák meg a neuroepithelium pusztulását. (G. 3.)

Nagy Ferenc dr.

Ophthalmia sympathica és keratitis herpetica. *Haldimann.* (Ophthalm. 99. 3.) Áthatoló sérülés utáni sympathiás ophthalmia egy esetében az uveitist herpeses eredetűnek tartja. A második, szem keratitis disciformis alakjában történt megbetegedését a herpes virus sympathiás átvitelének tekinti. Egy további esetben az elsődlegesen megbetegedett szemen a keratitis disciformis volt, míg a 2. szemen endogen úton létrejött neuritis opticit és központi mély keratitist észlelt. A két szem gyulladása közti kapcsolatot itt is a herpes virus endogen úton létrejött átvitelének tartja. Kísérleti bizonyítékok nincsenek. (G. 5.)

Lugossy Gyula dr.

MEGBÍZHATÓ RICHTER-FÉLE ORGANOTHERAPIÁS ÉS HORMON-KÉSZÍTMÉNYEK:

Glandubolin
természetes kristályos tüszőhormon

Glanduantin
chorion gonadotrop hormon

Luteoantin
serum gonadotrop hormon

Glanduitrin
isolált hypophysis hátsólebenyhormon

Cortigen
mellékvesekéreghormon

Bitestin
biologiailag standardizált herekivonat

Syntestrin
synthetikus, oestrogen hatású készítmény

Androfort
synthetikus hím sexual hormon

Biovin
Glandubolin (tüszőhormon) és petefészekkivonat

Perhepar
concentrált, antianaemiás hatású májkivonat

Tonolysin
Papaverin és Tonogen combinatiója

Syntovar
Syntestrin és petefészekkivonat

Richter Gedeon Vegyészeti Gyár Rt., Budapest, X.

Enterosolvens Medichemia

AZ ENTEROSOLVENS DRAZSÉ CSAK A BÉLBEN OLDÓDIK, EZÉRT GYOMORPANASZOKAT SOHASEM OKOZ

Forgalomban:

Acid. acetylo salicyl.
Acid. phenylcinchonin.
Ammon. chloratum
Chloralhydrat (Chloralotensin)
Natr. jodatum
Natr. salicylic.
Pulv. fol. digit. titr.
Theobr. natr. salicil.
Theophyllin (Diuryllin)

MEDICHEMIA

ELŐÁLLITJA ÉS FORGALOMBA HOZZA:

MEDICHEMIA R. T., BUDAPEST X.

1130/1941.

Tolna vármegye Horthy Miklós-közkórháza, Szekszárd.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Az igazgatásom alatt álló Tolna vármegye Horthy Miklós-közkorházában megüresedett hét al- és segédorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Az al- és segédorvosi állás javadalmazása az állami rendszerű XI. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő illetmény, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés világításssal és 50%-os térítési díj ellenében I. osztályú szól, mely további egy évre pályázat mellőzésével megélelmezés. Az al- és segédorvosi kinevezés három évre hosszabbítható.

Csak nőtlen orvosdoktorok pályázhatnak. Magángyakorlatot folytatni nem szabad.

A szabályszerűen felszerelt kérvények vitéz Madi Kovács Imre főispán úrhoz címezve, a közkórház igazgatóságához nyujtandók be. A beküldés határideje 1941 június 1.

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

Elkésve vagy kellően fel nem szerelt kérvényeket nem vehetek figyelembe.

Szekszárd, 1941 május 9.

Dr Treer István
kórházigazgató-főorvos

Expectin cseppek
EXPECTORANS
Diachemia

DR EGGER
CALCIPHEDRIN
CALCIUM + EPHEDRIN
TABLETTA
INJEKCIO

Weil—Felix-reactio trachomában. *Raski.* (Acta Ophth. Vol. 18. F. 3—4.) Finnországban, ahol kiütéses typhus nem fordul elő, 111 trachomás vérét vizsgálta meg W.—F.-reactióra. Az eredmények, összehasonlítva a controllesetekkel, olyan csekély eltérést mutattak, hogy szerinte nem tekinthető a W.—F.-reactio trachomában specifikusnak, kétes esetekben nem használható segédeszközként a kórismében. (G. 1.)

Nagy Ferenc dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

Facialis és peroneus tünet diphtheriában. *Thiess.* (Mschr. Kh. 84. 3—4.) 357 diphtheriában megbetegedett egyén közül 96-nál, tehát 26.8%-ban talált positiv facialis vagy peroneus tünetet, vagy mindkettőt. Megfigyelései azt mutatták, hogy a facialis és peroneus tünet különböző súlyosságú diphtheriánál felléphet és ritkán bénulások előjeleként tekinthető. E tünetek más betegségeknél — vörhenynél, kanyarónál, grippénél, anginánál — is észlelhetők, ami ellene szól annak a feltevésnek, hogy e tüneteket a diphtheria-toxin váltaná ki. A tünetek 30 gyermeknél Vigantol-kezelésre bekövetkezett eltűnése is amellett bizonyít, hogy itt nem diphtheriatoxin-hatásról van szó. Czerny felfogásához csatlakozik oly értelemben, hogy különböző fertőzések és táplálkozási hibák latens tetaniát manifestté tehetik. (K. 30.)

Tamási Gyula dr.

A serumbetegség meggátlása. *Voss.* (Kli. Wo. 1940. 45.) Serumbetegséget kiállott egyének reconvalenscens savójával végzett kísérleteket a serumbetegség meggátlása céljából. Ha diphtheriaserumot és reconvalescens savót két helyre fecskendezett be egyidőben, vagy rövidde l egymásután, vagy elmaradt a serumbetegség, vagy kivételes esetekben már 1—4 nap mulva fellépett egy localisált serumexanthema mindkét oltás helyén, vagy csak a diphtheriaserum oltása helyén. Az incubatiós idő megrövidül, a betegség intensitása erősen csökken. Ezt a reactiót mitigált serumbetegségnek nevezi. Ha a kétfajta serumból frissen készült keveréket fecskendezett a szervezetbe, a serumbetegség elmaradt. A hatást úgy magyarázza, hogy a felszívódott antigen reactióba lép az egyidőben felszívódott antitesttel, e reactio azonban oly kisfokú, hogy klinikailag nem észlelhető. A Degkwitz-féle kanyaróvédőoltással analogiában mindkét esetben igazi antigen-antitest reactióról van szó. Mindkettőnél a védésnek hatásossága lényegében az időbeli tényezőtől függ: kanyarónál 4—6 nap, serumbetegségnél pár óra. Így érthető, hogy ugyanaz a folyamat — antigen-antitest reactio — egyik alkalommal betegséget előidéző hatású, másik alkalommal pedig immunitáshoz vezet. (K. 29.)

Tamási Gyula dr.

A pachymeningosis és leptomeningosis haemorrhagica interna pathogenesise és differentialdiagnosisa. *Catel.* (Mschr. Kh. 80. 3—4.) Tárgyalja a traumás és avitaminosisos pachymeningosisok, továbbá a véredényképződés zavarán és a constitutionalis véredény kisebbértékűségen nyugvó leptomeningosisok differentialdiagnostikai elkülönítését. A klinikai kép mellett legnagyobb jelentősége van a lumbalpunctiónak, ami leptomeningosisnál mindig véres, pachymeningosisnál víztiszta liquort ad. Elkülönítés szempontjából az életkornak van nagy jelentősége, amennyiben a pachymeningosis főkép csecsemőkorban jelentkezik, míg leptomeningosist ebben az életkorban nem tudtak megfigyelni. (K. 28.)

Tamási Gyula dr.

Állami forrás

Nieder-Selters

A természetes Selters-víz
régóta bevált
influenzánál, torokfájásnál, láznál és tüdőbajoknál
(Niederselters-víz meleg tejjel). Kapható gyógyszertárakban, drogériákban, fűszer- és csemegekereskedésekben, valamint a vezérképviseletnél:

Édeskuty L. Asványvíz Kereskedelmi Rt.
Telefon: 181—428. V., Erzsébet-tér 8. Telefon: 181—720.

ORR-, TOROK-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

A rosszindulatú epipharynx daganatok kezeléséről. *Seiffert:* (Arch. f. Ohren-, Nasen u. Kehlkopfheilk. 148. Bd. 2/4 H.) Az elsődleges rosszindulatú orrgaratüregi daganatok (főleg rák) nem ritkák. Ameddig kicsinyek, nyaki mirigyáttéteket és egyéb tüneteket nem okoznak, felismerésük nehéz. Növekedésük során idült náthát utánozhatnak és mint ilyen, továbbra is rejtve maradhatnak. Sokszor csak a tubaelzáródással járó tünetek és a katetherezés kapcsán jelentkező apró vérzések keltik fel a figyelmet a daganatra. Fontos, hogy fiatalkorúaknál is gondoljunk rá, amit szerző statisztikája is igazol, ahol többizben 15 éves korban fordult elő. A rhinoskopia posterior sokszor nem mutat ki typusos daganatot, hanem csak a nyálkahártya vaskos, egyenetlen infiltratióját. A próbakimetszést és szövettani vizsgálatot minden esetben el kell végezni, amelyet, ha positiv, követi a daganatnak kiirtása és ezt a rádiumkezelés. Szerző ezután vázolja, hogy a daganat kiterjedése szerint milyen műtéteket kell végezni. (A. 8.)

Ajkay Zoltán dr.

Tapasztalatok gyógyult pyramisecsúcsgenyedésekkel kapcsolatban. *Tobeck.* (Arch. f. Ohren-, Nasen-, etc. 148. Bd. 2—4. H.) A göttingeni fülklinikán két év alatt 4 olyan pyramisgenyesedés fordult elő, amelyek conservatív kezelésre (mastoidektomia), vagy a pyramison végzett műtétre (Ramadier) meggyógyultak. A klinikai kép a legváltozatosabb volt: egyizben a mastoidektomia után még sokáig fennálló erős fülfolyás és retropharyngealis tályog; másszor tűrhetetlen főfájás szerepelt, továbbá meningetalis tünetek; egyszer pedig abducens bénulás és a kifejezett Röntgen-kép hívta fel a figyelmet a megbetegedésre. Fontos annak megítélése, hogy mikor milyen műtétet válasszunk. Ha lefolyás van, — nyitott pyramisecsúcsgenyesedés esetében — elég a mastoidektomia segítségével utat biztosítani a genynek; ha zárt empyemával van dolgunk, a Ramadier-féle műtétet kell végezni. Szerző hangsúlyozza, hogy az életet veszélyező pyramisecsúcsgenyesedés szerencsére aránylag ritka; a megbetegedés sok esetben rejtve maradhat és spontán gyógyulhat, ezért nem szabad mindjárt a legradicalisabb műtéthez folyamodni. (A. 9.)

Ajkay Zoltán dr.

Szent Lukács Gyógyfürdő és Gyógyszálló
Társas rheuma-osztály. Téli-nyári rheuma-gyógyhely

Influenza és meghűléses betegség esetén nélkülözhetetlen

PANAFLU-CHINOIN

10 és 20 tabletta **5 végbélkup**

IDÜLT NŐGYÓGYÁSZATI BETEGSÉGEK MEGGYÓGYULNAK AZ
ERZSÉBET-GYÓGYFÜRDŐBEN
KESERŰSÓS FÜRDŐK
ISZAPBOROGATASOK
FORRÓ OBLITÉSEK

KÖNYVISMERTETÉS

Chirurgia di Guerra. *Uffreduzzi—Teneff.* (1940, Torino. 1274 oldal, 521 ábra. Ára 170 P.) Az olasz szerzők tetszetős kiállítású munkája, tudomásom szerint, a legterjedelmesebb hadisebészeti tankönyv Európában. Szövegén meglátszik a szerzők nagy didaktikai készsége, irodalmi olvasottsága és gyakorlati tapasztalata. Figyelmük ráterjed a hadisebészettel összefüggő minden orvosi és katonai tudományágra. Az újabb háborús tapasztalatokat, kellő tárgyilagos mérlegeléssel értékesítették. A nagyrészben eredeti rajzok és egyéb ábrák megkönnyítik az autodidakta tájékozódását. Egyetlen hátránya a műnek talán a szokatlan terjedelme, mely úgy jöhetett létre, hogy a szerzők az általános sebészetből is túl sokat vettek át. Igy szentelnek 70 oldalt a minden műtéttani tankönyvben részletesen taglalt tipikus érlekötések és csontműtétek leírásának. Ezzel szemben könyvükben sok olyan műtét részletezése és ábrázolása is szerepel, mint pl. trepanatio occipito-atlantoidea, pharyngotomia med. subhyoidea, a Schede-f. thoracoplastica stb., amelyeknek előfeltétele igen alapos sebészi képzettség. Gyakorlati szempontból kifogásolható esetleg az is, hogy a szerzők nem választják külön a háborús sebesülések első ellátásának harctéri lehetőségeit a hátsóbb intézetekben megkívánt, teljesen békebeli szaksebészi feladatoktól. Korszerű fejezetek a motorizált, a tengeri, légi és gázháborúban várható sebesülések külön tárgyalása, valamint egy rövid fejezet, amelyben felvetik azt a jogi kérdést, vajjon a harctéri sebesült megtagadhatja-e a gyógyulásához és szolgálatképességének helyreállításához szükséges orvosi beavatkozást? Értékessé teszik a munkát a minden fejezethez csatolt bő irodalmi jegyzékek; magyar szerzők közül — német közvetítéssel — csak kettőre hivatkoznak: Verebély-re az idegsérülések és Üthy-ra a koponyalövések fejezetében; a hadisebészeti irodalom felsorolásában még több magyar szerzőt is találunk, mint Mutschenbachert, Tóthfalussyt, Molnárt stb.

Lippay-Almássy dr.

Naturheilkundliche Behandlung von Herzenkranken. Elektrokardiographische Studien von *F. Kienle prof.* Grote előszavával. XII, 152 lap, 145 ábra. (Steinkopf, 1940. Ára: 9 M. A »természetes« gyógymódnak hatásterületét a szívbajok kezelésében törekszik megállapítani az elektrokardiogramm segítségével, de részben felhasználja erre a venapulsust, a verőtérfogat meghatározását és a röntgenkymogrammot is. Könyvében 30 esetet ismertet, melyet a »természetes« gyógymóddal kezelt. Ennek étrendje kezdetben legfeljebb napi ¾ l. gyümölcsnedvből áll, ezt kb. 10 nap múlva nyers étrend követi, mely után áttér a vegetariánus étrendre főtt főzelékekkel. Ezzel együtt alkalmazza az egész testnek száraz kefélését, váltakozó hőmérsékű lemosását, masszálását és légzési gyakorlatokat is végeztet. Ha az állapot javult, fürdőkezelést kezd. Csak életveszély esetén ad orvosságot. Ezekkel az eljárásokkal eredményeket ért el koszorúsér-elégtelenségben, hyperthyreosisban, endo- és perikarditisben, gyulladásos és toxicus szívizomsérülésben és különféle arhythmiákban. Megfigyelései alapján bizonyítottnak látszik, hogy koplalás-szomjazás és nyugalom hatásos az említett állapotokra, azonban arról nem nyerünk tájékoztatást, hogy ez a jó hatás milyen gyakran jött létre és az is kérdéses marad, hogy pl. a lobos szívizomsérülésekben a javulás egyáltalán e gyógymód hatásának tulajdonítható-e. Összesen három digitalissal és strophantinnal kezelt betegről számol be és ezeken a klinikai javulás folyamán az elektrokardiogrammnak megváltozását a digitalis okozta szívizomsérülésnek véli tulajdoníthatni. A digitalis ezen hatásával hajlandó megmagyarázni, hogy szerinte ezt a szert a beteg nem tudja többé nélkülözni, ha már egyszer vette (? R.). Indokolatlan marad az is, hogy csak életveszély esetén ad kardiacumot, mert a kevésbbé súlyos állapotban levő beteget sem szabad megfosztani a digitalisszal elérhető gyorsabb javulástól.

Herzog prof.

Die Differentialdiagnose der Wirbelsäulentuberkulose. *J. E. W. Brocher* (Genf, 88 old., 129 ábra. Thieme (Leipzig) kiadása. 1941. Ára kötve RM 14.70.) A gerincoszlopgümőkórnak — gyakoriságánál fogva is — legnagyobb jelentősége van a csontok gümőkóros megbetegedései között. A gyógyító beavatkozásnak akkor van fogható eredménye, ha azt a régi klasszikus triásnak (a gibbus, süllyedéses tályog, bénulás) megjelenése előtt indíthatjuk meg. A más betegségektől való elkülönítés és a korai felismerés célját szolgálja ez a könyv. A klinikai vizsgálati módszerek — kórelőzmény, ránézés, működésvizsgálat, tapintás — mellett legnagyobb jelentősége a röntgenvizsgálatnak van. A több irányban s legalább 40 cm hosszúságban készült felvételeknek döntő jelentősége lehet. A klinikai részben természetesen legnagyobb rész a gümőkóros csigolyagyulladás kérdésének jut, de bőséges tájékoztatást kapunk a nem gümőkóros gyulladásokról és főleg a Schenermann-féle megbetegedésről, (kyphosis adolescentium) mint amelyeknek elkülönítése különös fontosságú. Rövid összefoglalások a következő fejezetek: kopási és túlterhelési idült gyulladások (arthrosisok), fejlődési rendellenességek, csontritkulások, lapos csigolya, sérülési púpok, daganatok. A röntgenlelet klinikai értékelése, kórisméző táblázat és a gyógykezelés kilátásai című kis fejezetek zárják be a 40 oldalnyi, oktató hangon megírt szöveget. A könyv nagyobbik része 129, jól kiválogatott kb. 70 eset röntgenképét hozza a magyarázó szöveggel. A könyv oly kitűnően foglalja össze a tudnivalókat, hogy annak elolvasását minden e kérdéssel foglalkozónak, de elsősorban minden röntgenológusnak a legmelegebben ajánlom.

A nagy háború második évében látván — a Thiemecégtől egyébként megszokott — ezt a pompás kiállítást, a legteljesebb csodálattal és elismeréssel kell adóznunk annak a nagy népnek, amely kultúráját a vérzivatarok közepette is magasan tudja fenntartani.

Ratkóczy prof.

Az idült gyomorfekély kezelése. Schafflernek a Kéthly-klinikán végzett vizsgálatai szerint (O. H. 1926. 8.) az idült gyomorfekély kezelésében utókúra gyanánt igen jó szolgálatot tesz a Mira glaubersós gyógyvíz. Főleg langyosan alkalmazott, tartós ivókúra ajánlatos. Hyperaciditással járó esetekben a savértékek csökkenését eredményezi és a subjectiv panaszokat szünteti. Minta vízzel készséggel szolgál a Mira gyógyforrások budapesti központja.

KATONYL DR. DEÉR
Újabb theoretikus kutatások és klinikai tapasztalatok alapján készült
GENERÁLIS ROBORÁNS
Mindennemű gyengeségi állapotban, étvágytalanságban, szegényvérűségben és sápkórban
Prompt hatás! Összetételében állandó! Székrekedést nem okoz! 1 doboz (100 tabl.) P 2.20

A Budapesti Királyi Orvosegyeslet május 9-i ülése.

Bemutatás:

Baumann J.: *Elölfekvő köldökér érdekes esete.* A köldökzsinór normalis tapadása esetén aberráló véredény elölfekvése és megrepedése a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. A bemutatott esetben ez a rendellenesség mélyen tapadó lepény okozta vérzéssel szövődött. A magzat kb. 3 órával az érrepedés után élve született s vérátömlesztés alkalmazására állapota annyira javult, hogy a 11. napon egészségesen távozott. A diagnostikus nehézségek részletes megbeszélése után a rendellenesség klinikai jelentőségét és a kezelés főbb irányelveit ismertette.

Előadások:

Pallos K.: *Oestrogen anyagok hatása a herékre.* A tüszőhormon és különböző synthetikus oestrogen anyagok hatását vizsgálta ivarérett hím patkányok heréjén. Napi 1 mg hatóanyagot adagolt 35 napon keresztül per os gyomorsondán át, subcutan injitiálva, valamint 20 mg hatóanyagot tartalmazó tablettákat implantált a kísérleti állatok bőre alá. A hosszasan adagolt és nagy mennyiségű oestrogen anyagok hatására a kísérleti állatok heréinek kiterjedt károsodása jött létre, mely egymást követő izgalmi, degeneratiós és sorvadási stadiumban folyt le. Az elváltozások legnagyobb fokúak és a leggyorsabban fejlődnek ki akkor, ha a hatóanyagot subcutan implantáljuk. Hatáserősség szempontjából ezután az olajban oldott és subcutan injitiált hatóanyagok következnek. A per os adagolt hatónyag vizes suspensiója és olajos oldata lassabban beálló és kisebbfokú elváltozásokat idéz elő. Az elváltozások minden esetben reversibilisek. A per os kezelt állatokban két héttel, a subcutan injitiált állatokban négy héttel a kezelés megszüntetése után megjelennek ismét a spermiumok. Ha a hatóanyag nagy mennyiségét bőr alá implantáljuk, a spermiumok megjelenése az implantatio utáni 3. hónap végén várható. A subcutan adagolt hatóanyagot nem tartalmazó steril sesamolaj is a spermiogenesis megállását és degenerativ elváltozásokat idéz elő. A per os adagolt hatóanyag nélküli sesamolaj hatástalan a kísérleti állatok heréire.

Burger K.: *Időszerű kérdések a szülészetben és nőgyógyászatban.* Előadásában a szülészet és nőgyógyászat újabb haladásáról számolt be. Részletesen tárgyalta a nemzetpolitikailag is nagy fontosságú meddőség kérdését és ezzel kapcsolatban kitért a tüszőrepedés nélküli vérzések (non ovulatin bleeding) jelentőségére. Ezután azokat az eredményeket ismertette, amelyeket a szülészet az utóbbi években a fejrefordítás, a medence kimenetének mérése, a habitualis abortusok, a terhességi időszámítás, a szülésvezetés, az időelőtti burokrepedés, a görcsös méhszáj, a beilleszkedési rendellenességek kérdése és ezek gyógyeljárása terén elért. Részletesen ismertette a Willet alkalmazásának lehetőségeit és javallatait, valamint a haránt-metszés előnyét császármetszésnél. A nőgyógyászat terén főleg a legnehezebb kérdés, a vérzések kezelésének kérdésével foglalkozott behatóan. Ezután ismertette a pruritus, leukoplakiák, valamint a kraurosis kezelésének újabb irányelveit és kiemelte az endometriosisok jelentőségét a nőgyógyászati megbetegedések között. Végül a nőgyógyászati műtétek technikai haladásával kapcsolatban kiemelte a Martius-műtét jelentőségét, valamint a mesterséges hüvelyképzést burkokkal és a nőgyógyászati műtétek peritonizálásának újabb egyszerű és gyorsan elvégezhető módját. Az utóbbi műtétek menetét színes felvételekkel demonstrálta.

FAGIFOR „CITO"
Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lacto-kreosot-syrup
Ideális enyhe expectorans
Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere
lag. orig. P 2·30, pénzt. csom. P —·96
CITO gyógyszervegyészeti gyár
Budapest, XIV., Lengyel-utca 33

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift. 20. sz. *Gebhardt K. és Stumpfegger L.:* Sebgyógyulási zavarok izületi műtétek után. *Geissendörfer H.:* Az epehólyag rákja. *Meding B.:* Baktericidiavizsgálatok a vérsavóban és vizeletben, Albucid adagolás után. *Arlart W.:* Pajzsmirigygümőkór által okozott Basedow. *Holste A.:* Az arc és szem rosacea bántalmainak kezelése Cortidynnel. *Immel F.:* Uj eljárás használt tárgyüvegek tisztítására.

Wiener Klinische Wochenschrift. 19. sz. *Deuticke P.:* A pyelographia jelentősége az urologiai sebészeti diagnositkában. *Böhler L.:* Csonttörések kezelése a gyakorló orvos által. *Lapp F. W.:* Sport és táplálkozás. *Tasch H.:* A Gauss f. fejbőrfogó kibővített indicatiója. 20. sz. *Breitner B.:* Sebészi sportártalmak. *Mathis H.:* Sport és állkapocssérülések. *Trauner R.:* Veleszületett alsó ajakgödröcskék átöröklése. *Bartsch G. H.:* A térdizület belsérüléseinek gyógyítása. *Puhl H.:* Hyperthyreosisok kezelése Magnesiumglutaminattal.

The Journal Of The American Medical Association. Április 5. *C. Voegtlin:* A carcinoma therápiájának javulási lehetőségei. *L. T. Stoneburner és M. Findland:* Operatiók v. trauma következtében fellépő pneumococcus pneumonia. *A. H. Bulbulian:* Fül- és orrprothesisek latex vegyületből. *P. F. Lunhesi és N. Gildersleeve:* Anthrax. *J. Henderson és J. Mc. Cullough Turner:* Mesterséges respiratio és inhalatio.

Plasmorobin
növényi roborans; tonicum, stomachicum.
Anaemiák ellen gyermekeknél is bevált.
RÓMAI CSÁSZÁR GYÓGYSZERTÁR, BUDAPEST, II., FŐ-UTCA 54.
Minden gyógyszertárban beszerezhető!

VEGYES HIREK

Az Orvosi Nagyhét ülésszaka hétfőn d. e. 9 órakor a MOTESz közgyűlésével kezdődik a Kir. Orvosegyesület Semmelweis-termében. Ezt ½10 órakor a »Chemotherapia« vitathema bevezető referatuma követi, mit *Issekutz B.* prof. tart. Utána *Melczer M.* és *Geldrich J.* szakelőadásai következnek. — Délután 6 órakor *Angyán J.* tartja meg belorvosi referatomát, majd *bilkei Pap L.* és *Szende B.* szakelőadók szólnak a themához. Az előadások után *Bayer I. G. Farbenind. A. bilkei Pap L.* és *Szende B.* szakelőadók szólnak a the-*G.* magyar képviselője (Magyar Pharma) be fogja mutatni a *»Chemotherapie der bakteriellen infectionen«* című filmjét.

A Magyar Elmeorvosok Egyesülete ezévi rendes közgyűlését *Kassán,* az állami kórház nagytermében *június hó 1-én* délelőtt 10 órakor tartja. A közgyűlést megelőző napon, szombaton délután 6 órakor ugyancsak Kassán, az állami kórház könyvtártermében igaz-

VIPERIN
Ártalmatlan kigyóméreg-kenőcs nátha ellen.
Dr. Pápay-féle oltóintézet és szérumtermelő rt.
Budapest, IX., Lónyay-utca 12. Telefon: 385-563.

SEDYLETTA tabletta 30×0·015 gr

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

gató-tanácsi ülést tartanak. Az igazgató-tanács ülése után este 8 órakor a Schalkház-szálloda éttermében ismerkedési vacsora. A közgyűlés napirendje: Elnöki nyitó. Emlékbeszéd néhai Fabinyi Rudolf felett, tartja: *Benedek László* egyetemi ny. r. tanár, elnök. Előadás néhai Fabinyi Rudolf emlékére. »Kell-e revideálni a büntetőjogi beszámíthatóság kérdését a psychiatria nézőpontjából?«, tartja: *Bakody Aurél* egyetemi magántanár. Titkári jelentés. Pénztáros és számvizsgáló-bizottság jelentése. Az új számvizsgáló-bizottság megválasztása. Esetleges indítványok, melyek az alapszabályok értelmében két héttel a közgyűlés előtt írásban nyujtandók be. Zárszó. A közgyűlés végeztével ebéd a Schalkház-szállodában. Délután kellő számú jelentkező esetén külön társasgépkocsin kirándulás az Erika-tetőre. Június 2-án kellő számú jelentkező esetén külön gépkocsin egésznapos kirándulás Rozsnyóra, Krasznahorkára és az aggteleki cseppkőbarlanghoz.

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága meghívására *Karl Lindner*, egyet. ny. r. tanár, a bécsi II. sz. egyetemi szemklinika igazgatója, május 26-án, hétfőn d. u. egynegyed 7 órakor a budapesti Tudományegyetem szemklinikájának tantermében »Über die Ursachen und über die Bekämpfung der Kurzsichtigkeit« címmel *Wilhelm Stepp*, egyetemi ny. r. tanár, a müncheni I. számú belklinika igazgatója pedig május 27-én, kedden d. u. 6.15 órakor a II. sz. belklinika tantermében »Über einige Probleme der Vitaminforschung vom praktischklinischen Standpunkt aus« címmel tartanak előadást.

Balatonfüredi Orvoshét. Az idén talán az eddigieknél súlyosabb körülmények közt nyilt meg a XVII-ik balatonfüredi orvoshét. De a vezetőség élén a tanfolyam vezetőjével, *Schmidt* Ferenc professzorral a vendéglátó Szent Benedek-rend nemes támogatásával elhárított minden akadályt és az idei orvoshét az előzőeknek mindenben méltón lép nyomdokaiba. Több mint háromszáz orvos sereglett össze az ország legkülönbözőbb vidékeiről s ezek közt a felszabadult Erdélyből is. Az orvoshetet hétfőn reggel nyolc órakor szentmise vezette be. A megnyitásnak ünnepi színt adott, hogy megjelent azon *Hóman Bálint* kultuszminiszter, akit a vendéglátó Szent Benedek-rend nevében *Kelemen* Krizosztom főapát üdvözölt. *Schmidt Ferenc* prof. beszéde után nagy taps közt emelkedett szólásra *Hóman Bálint* kultuszminiszter, ki megköszönve az üdvözléseket, nagy figyelemmel hallgatott beszéd kíséretében nyitotta meg az Orvoshetet. *Schmidt Jenő* balatonfüredi főszolgabíró, *Takács László* zalamegyei tisztifőorvos, *Somogyi Imre* községi bíró, *Kiss Jenő* a Balatoni Intézőbizottság főtitkára és *Gáspárdi Aladár*, a Balatoni Szövetség igazgatójának üdvözlő beszédei után megkezdődtek a tudományos ülések, melynek első napi előadói *Angyán János* professzor, a tüdőgyulladással kapcsolatos orvosi problémákat világította meg, *Belák Sándor* professzor az üdülés hatása és közegészségügyi jelentőségéről, *Móritz Dénes* professzor pedig a gyermektuberkulósis érdekes eseteiről tartott előadást.

Múlt heti számunkhoz mellékeltük az Orvostudományi Közlemények legújabb számát, mely a Sajtófőnökség engedélye folytán ezentúl havonta kétszer a hónap második és utolsó szombatján fog megjelenni.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat június hó 5-én, csütörtök délután 7 órakor tartja közgyűlését a budapesti Orvosszövetség IV., Városház-utca 10. szám alatti üléstermében.

Orvosdoktorrá avattattak *a Budapesti Tud. Egyetemen május 16-án:* marosfalvi Dávid Tivadar Károly Gyula, Dezseri László János Endre, Heinrich Lajos, Horváth Ákos, Magyar Károly László, Nécsei Pál, Szentgyörgyi János. Üdvözöljük az új Kartársakat!

HETIREND

Szerdán, 28-án 6 ó. A Közkórházi Orvostársulat ülése. *Érczy L.:* Emberi száj- és körömfájás esetei. *Tudományos hangosfilm:* Bakteriumos fertőzések chemotherapiája.

Csütörtökön, 29-én 6 ó. A Tiszaháti Orvosegyesület ülése, Ungváron. Bemutatás: *Schlammadinger J.:* Röntgen-bőrsorvadás. Előadás: *Hanzséros J.:* Rheumás betegségek különböző kórformái. *Rencz A.:* A rheumás izületi betegségek téves kórjelzései.

1123/1941. fp. szám

Budapest székesfőváros polgármestere.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Az 1934. évi XII. tc. 13. §-ában biztosított jogomnál fogva nyilvános pályázatot hirdetek a székesfőváros közkórházainál megüresedett egy Röntgen-laboratóriumi főorvosi állásra.

Felhívom mindazokat, akik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felbélyegzett kérvényüket 1941 június 5. napjának (csütörtök) déli 12 órájáig hivatalomban (IV. ker., Váci-utca 62—64. szám, I. em.) nyujtsák be.

A pályázati kérvényhez a Népegészségügyi »Számmagyarázat«-ában 1—12. szám alatt megjelölt okmányok csatolandók.

Mindazok a pályázók, akik közbenjárásokat és magánajánlásokat vesznek igénybe, a hasonló megítélés alá eső pályázatok érdemleges elbírálásánál utolsó sorba kerülnek.

Budapest, 1941 május 19.

Karafiáth Jenő s. k.
m. kir. titkos tanácsos,
főpolgármester.

Rizsnyákoldatok gyorsan készíthetők a Krompecherféle *Oriza* szárított rizsnyákból. Az Oriza-nyáknak gyors, egyszerű felfőzéssel való elkészíthetősége mellett előnye még, hogy minden tekintetben megfelel az ideális nyák követelményeinek. Az erre vonatkozó klinikai vizsgálatok ugyanis megállapították, hogy az Orizából *5 perces főzéssel* kolloidálisan jól oldott, tápanyagokban gazdagabb, tehát könnyebben emészthető, a szervezet által jobban kihasználható nyák készíthető, mint ugyanolyan mennyiségű egyéb nyákalapanyagokból többórás főzéssel. Ezen előnyös kolloidchemiai tulajdonságok folytán a csecsemőgyógyászatban tejhígításra és hasmenések kezelésére használatos nyákoldatokat leggazdaságosabb, legcélszerűbb és legkönnyebb Orizából készíteni.

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTÁN.
A szerkesztő fogadóóráját kedden és pénteken 12—1 óra között tartja.

85. évfolyam. 22. szám. Budapest, 1941. május 31.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26., IV. em.
Telefon: 345-113.
Ingyenes lifthasználat.
(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 Soll.* Handels u: Kredit-B. Bratislava. *Egyéb külföldről:* az előfizetést levélben küldött dollárchequeben kérjük a kiadóhivatalba.

Előfizetési díj: az **»Orvosi Hetilap«**-ra az **»Orvostudományi közlemények«**-kel együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 350 dínár, 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 dínár, 400 lei, 2 dollár.

SYMPATOL
a szív és vérkeringés gyógyszere

«A Sympatol főleg a csekély mérgező hatása miatt tünik ki, s éppen emiatt nem kell, hogy az adagolása bátortalan és aggodalmas legyen, sőt ne is legyen az.»

Zischinsky, Münch. med. Wschft. 1936, 1823.

KARDIACUM
ANALEPTICUM
TONICUM

«Az adagolás cseppekben kollapsusnál ugy történik, – ha egy per os adott gyógyszer egyáltalában segithet, – hogy 15 – 20 – 30 cseppet adunk, mely rendszerint elegendő is. Ritka esetben kellett a Sympatolt injiciálni.»

Schembra, Münch. med. Wschft. 1935, 1488.

INGELHEIM

C. H. Boehringer Sohn · Ingelheim am Rhein

Tudományos iroda: Budapest II., Hattyú-u. 1. II.

85. évfolyam. 22. szám. Budapest, 1941. május 31.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC, V. BERDE KÁROLY, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR, BALÓ JÓZSEF,
VÁMOSSY ZOLTÁN, MÉHES GYULA, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE, VIDAKOVITS KAMILLÓ.
FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN. SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ.

TARTALOM:

Benedek László és **Angyal Lajos:** Jobboldali occipitalis tuberculum operált esete. (293—295. oldal.)

Henszelmann Aladár: Cukor és B₁-vitamin (aneurin) együttes alkalmazása. (295—296. oldal.)

Irodalmi szemle. (296—298. oldal.

Melléklet. Az orvosi gyakorlat kérdései. (41—44 oldal.)

Könyvismertetés. (298. oldal.)

Egyesületi jegyzőkönyv. (299—300. oldal.)

Lapszemle. (301. oldal.)

Vegyes hírek. (301—302. oldal.)

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

Jobboldali occipitalis tuberculum operált esete.*

Írták: *Benedek László dr.* és *Angyal Lajos dr.*

Alábbiakban egy esetről kívánunk beszámolni, amelynek a közlését úgy az érdekes klinikai tünetegyüttes, mint az enkephalographiás leletek különlegessége indokolja. Az eset kórrajzi adatait röviden a következőkben ismertetjük.

T. B., 44 éves, vegyészmérnök, elsőízben 1940. IX. 24—28-ig, másodízben X. 22—24-ig állott vizsgálat alatt. *Kórelőzmény:* Cs. t. Ø. Lues Ø. Előrement tüdőcsúcshurut. A beteg jobbkezes. 1940. VIII. eleje óta kétoldali homlok-halántéktáji heves főfájás kínozta. IX. 15-én a Mátrába utazott. Az autobuszon hirtelen heves főfájás lepte meg és sajátságos rosszullét lépett fel, amely bizonyos látási zavarokból, a tér- és időbeni tájékozódás zavaraiból, valamint egy általános »déja vu« élményből állott és órákon át tartott. Három ízben teleszájjal való hirtelen hányás is jelentkezett. Rosszullétének lefolyásáról a következőkben számol be: »Hirtelen úgy éreztem, mintha a látóterem beszűkült volna. A tárgyakat nem láttam összefüggően, csak részeket láttam. Ehhez járult a helyi és időbeli tájékozódásnak egy bizonyos zavara és a térratás zavara is. A rosszullét alatt az olvasás zavara is jelentkezett: a betűket felismertem ugyan, de szóvá hiányosan és csak gondolkodás útján tudtam összefoglalni. Ugyanez volt az eset pl. az órával is. Az egyszerű tárgyakat felismertem, ugyanígy a színeket is, de a színek kissé fátyolosak voltak. Az összetett jelenetek, képek felismerése megnehezült, sőt már a csésze fülének a felismerése is nehézségbe ütközött. Ha megfogtam valamit, azonnal bizonyossá lett előttem tapintás útján a tárgy rendeltetése.« — »És még volt egy jelenség, a tudat megkettőződése, tehát: néztem egy képet, érzékeltem egy helyzetet és akkor az úgy is megjelent előttem, mint közvetlen érzékelés és úgy is, mint emlék, tehát mintha én azt már láttam volna, átéltem volna, érzékeltem volna. Az időbeli sorrendben is volt valami tájékozatlanság, nem tudtam, hogy milyen napszak, vagy milyen nap van. De azt sem tudtam, hogy valamely tervezett cselekvést már végrehajtottam, vagy még nem hajtottam végre. A helyi tájékozódás zavara még jelenleg is fennáll, bár csökkent mértékben, így pl. még ma is előfordult, hogy a folyosón eltévedtem.« A rosszullét óta írni nem próbált. Végtagjaiban bénulás vagy gyengeség nem jelentkezett. A beszéd részéről zavar nem mutatkozott. Kezeit az egyes cselekvések kivitelénél kifogástalanul használta.

Jelen állapot: Láták kp. tágak, kerekek, egyformán jól reagálnak. Szemmozgások szabadok. Nystagmus nincs. Optokinetikus nystagmus úgy jobbra, mint balra egyaránt jól kiváltható. B. o. kisfokú központi typusu arcideggyengeség. Szemfenék ép. Színlátás rendben. B. o. homonym részleges hemianopsia, amely az alsó quadransokban lényegesen kifejezettebb mint a felsőkben és amely a központi látást nem érinti. Az agyidegek részéről más kóros tünet nincs. A mozgató- és érzőkör teljesen ép. Izomzat tonusa, ereje megtartott. Az összes élettani ín-, csonthártya- és bőrreflexek kétoldalt egyformán jól kiválthatók. Járás rendes. Mozgáscoordinatio ép. Kisagyi tünetek nincsenek. Kóros helyzeti és tartási reflexek nincsenek. A klinikai megfigyelési idő tartama alatt a beszéd, írás, olvasás, számolás, gnosis és praxis minden tekintetben ép. A beteg a szokásos constructiv feladatokat, így értelmetlen rajzok másolását, bizonyos ábráknak pálcikákból való kirakását, építőkövekkel egyes minta szerinti feladványok megoldását, stb. kifogástalanul teljesítette; vonalat jól felezett, pontokat összeszámolt, azonban mindezen feladványoknál feltűnő volt a kivitel meglassulása és nehézkessége. Vizeletvizsgálat negativ. Wa. r. vérben és liquorban negativ. Liquorban sejtszám 11/3, összfehérje 58 mgr%, Pándy ††, Nonne-Apelt *, Schellack **, Takata-Ara***, benzoe gyanta r.: 4554, 6777, 6400, 0000. A cisternalis enkephalographia a jobboldali hátsó szarv, valamint mindkétoldali cella media hátulsó részének telődési hiányát mutatta, nemkülönben az egész gyomorcsrendszernek jobbról balfelé való mérsékelt áttolását. A leletek alapján a betegnél a jobboldali parietotemporo-occipitalis határterületen ülő és a mélybe terjedő terimenagyobbodást, tehát agydaganatot állapítottunk meg és a műtét időpontjáig dehydratiós kezelést ajánlottunk, nemkülönben a daganat localisatiójának megfelelően 2000 r therapiás röntgenbesugárzást.

A negyedik röntgenbesugárzás után a betegen újabb összetett látási zavarok jelentkeztek, amelyeket *Benedek* professzor korábbi, monographistikusan is

* Előadták a Bp. Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályában 1941 febr. 3-án.

között megfigyelései értelmében mint *radioplastikus tünetegyüttest magyaráztunk.* A látási zavarok lefolyásáról a beteg azoknak megszűnése után írásbeli feljegyzéseket készített, amelyeket a megfigyelések érdekessége miatt szószerint közlünk: »Az ápoló 10 óra tájban behozta a tízórait. Ehhez tartozott 6 drb zsemlye, a magam és társam részére szolgáló egésznapi adag. A 6 drb zsemlyét nem sikerült elosztanom két részre, csak olyan módon, hogy két kézzel vettem ki a csomóból egy-egy darabot és ezt az asztal két végére tettem. Ugyanígy jártam el mégegyszer. 10 óra után hozták a postámat. Az osztályfelügyelő altiszt arcát nem ismertem fel. Tudtam, hogy a levél kitől jött, tudtam a címzést és a feladót, azonban elolvasni sem a boritékon lévő írást, sem a levél szövegét nem sikerült. Körülbelül egyórai fekvés után a látási zavarok csökkentek, úgyhogy a levelet el tudtam olvasni és az arcokat is felismertem.« Az idegrendszeri vizsgálat leletei a második klinikai felvétel alkalmával, X. 22-én semmi változást nem mutatnak. A feladványok megoldása, amint ezt a beteg maga is megállapitja, jelenleg is nehézkes. A beteg maga beszámol arról, hogy jobban kell vigyáznia, hogy hibát ne kövessen el. Az olvasás tartósan nehezen megy, a sorokat összecseréli, a szövegben eltéved. Optikai constructiókat minta nélkül is jól megold. Színsortirozás kifogástalanul sikerül. A hiányos képeken a hiányzó részeket azonnal felismeri. A Binet-Simon képeket összefüggésükben helyesen felismeri. Optikai pontokat összeszámol. Testvázlatzavarok nincsenek. Az enkephalographia az első enkephalographiás leletekkel teljesen azonos képeket adott. Az enkephalographia közben néhány percen át az az érzése volt hogy a bal keze könyöktől lefelé elzsibbad, érzéketlenné válik, majd úgy érezte, mintha a balkarja könyöktől lefelé teljesen hiányozna.

A beteg leleteiből a lényeges adatokat röviden a következőkben foglaljuk össze:

1. Kb. másfél hónap óta fokozódó főfájás. 2. Kephalikus hányás kíséretében rohamszerűen jelentkező rosszullét, amelynek jellemző elemei: *a)* a színek ködös látása; *b)* jelzett optikus tárgyagnosia, kifejezett simultan agnosia; *c)* verbalis alexia; *d)* térbeli tájékozódási zavar; *e)* ordinativ jellegű időzavar és *f)* általános »déja vu« élmény. 3. Mindkét szemen b. o. alsóquadrans-anopsia a macularis területek megkíméltségével. 4. A röntgensugárkezelés alatt jelentkező radioplastikus tünetegyüttes jelzett optikus agnosiával, kifejezett alexiával és *Best* f. opticus számolási zavarral.

A felsorolt tünetek alapján egy térszűkítő folyamat felvétele a j. o. parieto-temporo-occipitalis határterület szintjében indokolt volt. A daganat pontosabb helyzetére vonatkozóan úgy véltük, hogy ez subcorticalis és a látósugárzásnak a j. o. hátsó szarv oldalsó fala mellett haladó részét bántalmazza tartósan. A localisatiót elsősorban a látótér-kiesésre kellett építeni. Klinikailag mindenesetre szokatlan volt, hogy jobbkezes egyénen a j. o. góc a leírt tünetegyüttest hozza létre, mert jobbkezeseken a b. o. agyfélteke vezetőszerepe a magasabb optikai működésekre általában ismeretes. Mégis közöltek egyes eseteket, itt elsősorban *F. Müller, Wendenburg* és *v. Monakow* eseteire hivatkozunk, amelyekben jobbkezes egyéneken a j. o. góc lelki vakságot okozott. Érdekes, hogy esetünkhöz hasonlóan az említett szerzők által közölt betegek lelki vaksága is csupán transitorius, átmeneti jellegű volt. A tér és idő zavaraival jelen rövid közleményünkben nem kívánunk foglalkozni, csupán felemlítjük, hogy a 3- és 4-dimensionalitas feltételei sokkal complexebbek, mint a 2 dimensiós látásé, mert míg a látási egyes benyomások 2-dimensiós feldolgozása, azonosítása és értékesítése a vezető agyfélteke bizonyos kéregterületei együttműködésének eredménye (gy. centr. post., gy. supramarginalis, angularis, temp. sup., lob. occipitalis), addig a térbeni egymásután és az ordinativ négydimensionalitas teljességéhez az említett kérgi mezők egyes részeinek, így elsősorban valószínűleg a gy. angularisok és a »Dreiländerfeld«, a parieto-temporo-occipitalis érintkezési mező féltekeközti összeköttetéseinek zavartalansága is szükséges.

Az enkephalographiás képek is csak a klinikai kép szem előtt tartásával voltak értékesíthetők, ugyanis a j. o. hátsó szarv és a cella media hátsó részének telődési hiánya, nemkülönben a teljes kamararendszernek jobbról balra való enyhe áttolása mellett a b. o. cella media hátsó egyharmadában is a levegőárnyék sajátszerű megszakadása mutatkozott.

A műtéti javallattal kapcsolatban egy további kérdés is felmerült: tekintettel a beteg inactiv tüdőfolyamatára, joggal gondolhattunk ugyanis annak a lehetőségére, hogy egy conglomerált tuberculummal állunk szemben. *Cushing* szerint az agyi tuberculumok lényegesen gyakrabban jelentkeznek izoláltan, mint többes formában; 21 boncolt esetéből 13-ban a tuberculum izolált volt, de ide számíthatjuk még további 10 sikerrel operált esetét is. Ugyanő 35 operált tuberculum esetében 50% esethalálozásról számol be, de a műtéti technika haladásával ez a szám nagyfokban csökkent, így az 1928—31-ig terjedő 3 év alatt 4 operált betege közül már egyet sem vesztett el. Itt említjük meg *Benedek* és *Hüttl* 1932-ben sikerrel operált izolált agyi tuberculum esetét is. *Benedek* és *Hüttl* a műtét veszélyei között számoltak egy, a műtétet követő és fajlagossá válható ú. n. sympathiás vagy kísérő agyhártyagyulladás kifejlődésének a lehetőségével is, nemkülönben azzal, hogy a letokolt góc a műtéti megnyitás kapcsán szóródásos tuberculotikus meningitist hozhat létre, de másrészről figyelembe vették a tbc. kórélettanának új eredményeit is. *Ranke, Redeker, Simon, v. Gröer, Much* és *v. Hayek* ugyanis az allergiafogalom elemzése kapcsán az érzékenység- és reactivitásváltozás jelenségét állapították meg. Eszerint a szervezet a positiv anergia *(v. Hayek)* vagy adiaphoria *(v. Gröer)* stadiumában a szöveti reactiók tekintetében változást mutat: így a nagyobb érzékenységre jellemző toxikus-exsudativ jelenségeket az indurativ-cirrhotikus, productiv szöveti reactiók váltják fel. *Benedek* és *Hüttl* szerint ez az adiaphoria teszi lehetővé az izolált conglomerált meningealis tuberculum kialakulását és bátoríthat a sebészi beavatkozásra, mert felvehető, hogy az agyburkok helyi tuberculosisa következtében az épen maradt meninx részéről a tuberculosis-bacillussal szemben bizonyos szöveti immunitas fejlődött ki.

A műtétet 1940. XI. 22-én végezte *Olivecrona* professzor. Közlése szerint a betegnek kb. mogyoónagyságú tuberculuma volt, amely a j. o. oldalkamra hátsó szarva mellett oldalt foglalt helyet. *Olivecrona* a j. o. nyakszirti lebenyt az egészséges szövetben resecalta. A beavatkozást a beteg jól tűrte. 4 héttel a műtét után a beteg láztalanul, kifogástalan erőbeli állapotban érkezett haza, itthon lázas lett és 2 hét leforgása alatt meningitises tünetek között meghalt. Boncolás nem történt.

Végezetül szeretnénk még egyszer hangsúlyozni a klinikai szempontból nagyon érdekes eset néhány tanulságát. Ezek: jobbkezes egyénen a j. o. góccal kapcsolatban jelentkező átmeneti opticus-agnosiás, valamint tér- és időszemléleti zavar, az

atypiás enkephalographiás képek, a *Benedek* f. radioplastikus tünetegyüttes fellépése és a levegőtöltés alkalmával rohamszerűen megjelenő és a bal alkarra és kézre kiterjedő anosognosiás zavar. Érdekes, hogy egyidejűleg a betegnek a jobb és bal irányok kifogástalanul rendelkezésre állottak. Észleletünk minden tekintetben megfelel egyrészt *Hoff, Pötzl, Werner, Nielsen* és másrészt *Bonhoeffer* és *Gerstmann* megállapításainak, akik szerint jobbkezeseken az anosognosia j. o. góc által váltatik ki és a bal testfélre vonatkozik, valamint hogy a jobb-bal-irányúság a b. o. féltekéhez kötött működés.

Cukor és B_1-vitamin (aneurin) együttes alkalmazása.*

Írta: *Henszelmann Aladár dr.* egyetemi magántanár, a MÁV-kórház és központi rendelő igazgató-főorvosa.

Hosszas dextrosekezelés joggal veti fel a kérdést, hogy nem zárunk-e be vele circulus vitiosust. Hiszen a jelentős cukorbevitel emeli a B1-vitaminszükségletet, különösen ha zsír- és fehérjemegszorításra is kényszerül a beteg. A B1-vitaminfelszívódás a betegségtől zavart lehet, vagy nagyobb B1-vitamin-igénylést jelent maga a betegség s ezért hypovitaminosishoz vezet. Gyomor-bélbetegségek, alkoholosság, diabetes, terhesség, hyperthyreosis, rossz táplálтság, stb. okoznak aneurinhiányt. A két kártételi tényező egyidejűleg is szerepelhet. Hosszantartó kímélő gyomor-bélétrend is fenyeget vele. Kísérleti tény, hogy galambok az egyoldalú szénhydráttáplálkozást fokozott B1-vitaminadagolás mellett jobban tűrik, mint az arányosan vegyes táplálékot kevesebb vitaminnal. Megvan tehát a lehetősége annak, hogy szénhydráttal pótoljuk a fehérjét és a zsírt B1-vitamin egyidejű adagolásával.

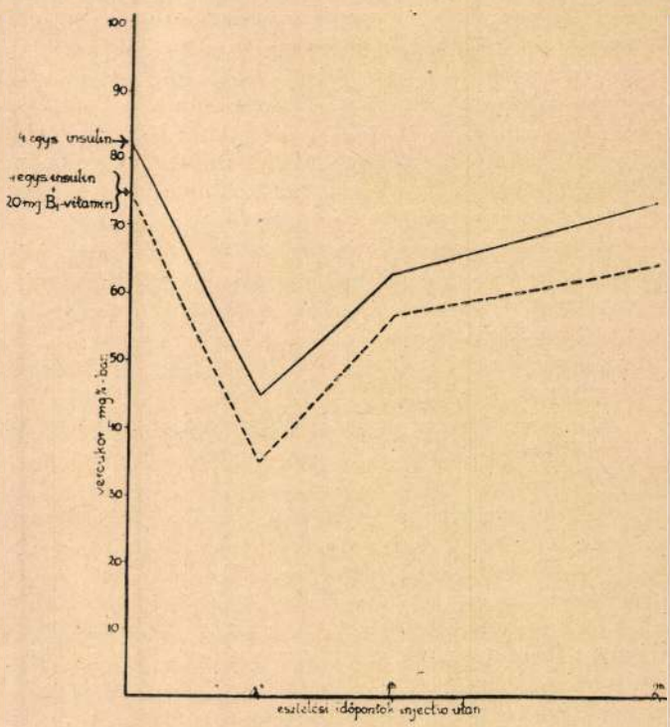
További kérdés, vajjon a dextrosekezelés éppen olyan értékes marad-e és nem károsít-e inkább a B1-vitaminhiány növelése miatt. Tudvalevő, hogy 250 g glukosefogyasztás a B1-vitamin eltűnéséhez vezet a vizeletben.

Májvédelem, szívizom- és osmosisviszonyok vizsgálata hivatottak a kérdésekre megfelelni. Ezek közül is a glykogenfelépítés befolyásolása, melyre májfunctiós próbák adnak feleletet, a gyakorlatilag leginkább megfogható vizsgáló eljárás.

Ismeretes, hogy a növényi szénhydrátanyagcsere egyik nélkülözhetetlen építőeleme a B1-vitamin. Kísérletek ezt kétségen kívül igazolják. A rizsben, gabonamagvakban, hüvelyesekben, élesztőben nagyobb az aneurintartalom. Az emberi táplálkozás szempontjából éppen olyan fontos a tétel, hogy nagyobb szénhydrátfogyasztás nagyobb B1-vitaminszükségletet jelent. A szénhydrátdús tápanyagok egy része ezt a B1-vitamintöbbletet saját magával együtt nyujtja nekünk. A dextrosekezelés ilyen irányú kiegészítése ezek szerint magától értetődőnek látszik. Nagy mennyiségű, esetleg többszáz gramm szőlőcukor adagolásakor és hosszas cukorkezelés alkalmával nem szabad erről megfeledkeznünk, úgyszintén étrendek előírásakor sem.

A B1-vitamin jelentősége, az eddigi megfigyelések alapján, a szénhydrátanyagcserére és a sejtlégzésre kifejtett hatásában rejlik. A szervezetben pyrophosphorsavval esterizálódik és *K. Lohmann* vizsgálatai szerint képességet nyer ezáltal a carboxylase cofermentjeképpen hatni. Ketocarbonsavból, amilyen a pyroszőlősav, aldehydképződés mellett szénsavat hasít le ($CH_3CO\,COOH = CO_2 + CH_3CHO$). A pyroszőlősav, a szénhydrátleépítés közbenső terméke, az előbbiek hiánya esetén a vérben és szövetekben halmozódik. Ez nem közömbös és egyik oka a B1-vitaminhiánytünetnek. Lebontásának akadályát B1-vitaminhiánynál az képezi, hogy az α ketosavak decarboxydálásához szükséges carboxylase nem keletkezik elegendő mennyiségben. Ezért az α ketoglutarsav is jelentős mennyiségben mutatható ki vérben és vizeletben. Ketosavak különben a faecesben is megszaporodnak aneurinhiánynál.

Alkoholismus és diabetes okozta szénhydrátanyagcserezavar vannak főkép hivatva a B1-vitaminhiány jelentőségét megvilágítani. Az alkoholos polyneuritis sikeres aneurintherapiája mindennél többet mond. Az eddigi irodalmi vitákból nyilvánvaló, hogy diabetesben a ketontestek kiürítését előmozdítja, a cukorvizelést csökkenti, a cukorbeteg közérzetét javítja, a tolerantiát növeli. (*M. Sendrail, H. Marcellas, A. Watson, Cannavo, G. Ortoleva, Diemer, Scheer*, stb.) A szénhydrátanyagcserére szabályozó hatását a vércukorszint egyenletessé tételében is észlelhettük. A vércukorszintet, az insulinhatást erősítve, leszállítja és tartósabbá teszi. Egyik kísérletünk pl. a következő értékeket adta (4 E insulin i. v. és 20 mg aneurin i. v.): (*Puhr Lajos* egyet. m. tanár szíves közreműködésével.)



——————— K. M. vércukorgörbéje 1941 február 8-án csak insulinra

. . . . . K. M. vércukorgörbéje 1941 február 12-én insulin+B1-vitaminra.

Nem egy diabetes esetünkben insulin+B1-vitamin ritkábban vezetett hyporohamhoz mint B1-vitamin nélkül, ha bármi oknál fogva insulintúladagolás támadt, feltéve, hogy hosszabb időn át, pl. 1—2—3 hétig B1-vitaminhalmozás ment előre. Ilyen-

* Közlemény a kórház »megfigyelő« osztályáról.

kor tehát a B_1-vitamin a hypoglykaemia kifejlődésére gátló hatással van, a vércukorszintet nemcsak leszállítja, de egyenletessé is teszi.

A májvédelem szempontjából főleg magyar szerző mutatott rá hexose alkalmazásakor az aneurin jelentőségére. *Szabó Miklós* széntetrachloriddal sértette kutyák máját s ezeken végezte vizsgálatait azok egészséges állapotában, majd a májlaesio és a májlaesiónak dextrose, illetőleg dextrose+aneurinnal való kezelése után. A glykogenfelépítő-képességvizsgálat, galaktosepróba, differentialis nitrogenvizsgálat, Takata-reactio, serumbilirubinmeghatározás és Hijmans van den Bergh-reactio voltak hivatva erre feleletet adni. Néhány tájékoztató szövettani vizsgálat mindezt kiegészítette. Vizsgálataink eredménye szerint a dextrosekezelés májvédő szerepe nagyobb akkor, ha a szervezet bőven el van látva vitaminnal, mintha aneurinszegénységben szenved. *Lauber* és *Hirata* kísérletei igazolták, hogy aether, chloroform, stb. okozta májkárosodáskor a májnak glykogenben való elszegényedése gazdag B_1-vitaminbevitellel korlátok közt tartható.

Ezek alapján érthető, hogy fertőzés, toxinok és nehéz fémek okozta májsérülések és hepatolienalis icterusok esetében is nagyobb a májvédelem, ha cukor vagy cukor és insulin mellett aneurint is adunk.

A vízháztartásbeli szerepére a beriberi oedemás alakja mutatott rá. Itt a bőralatti és a testüregi vizenyőket az aneurin valósággal lecsapolja. Alkalmunk volt erről insulinos oedemák nem egy esetében is meggyőződni, bizonyságául annak, hogy a hosszas insulinozáskor keletkezett vizenyő oka nemcsak az insulin vízkötő képessége. Még teljesebb a vizenyő eltűnése insulinoedemában, ha aneurin mellett C-vitamint is fecskendezünk, mely az adjuváló vitaminhatás mellett savanyít is. Hypertoniás cukoroldat osmosisos vízelvonó és felszivató hatását is fokozzuk aneurin egyidejű adagolásával.

B_1-avitaminosissal kapcsolatos vizenyők kóroktanában *Fiorio* szerint a vízkiválasztást szabályozó agyi központ zavara is kell szerepeljen, mert subcorticalis kábítók egyidejű alkalmazásával a diuretikus hatást gátolni vagy teljesen felfüggeszteni sikerül.

A szívre vonatkozásban megemlítendő, hogy B_1-vitaminhiány esetén a legújabb kutatások nem a szívizomban halmozódó tejsavat, hanem a purinanyagforgalom egyik termékét, az adenylsavat okolják a szívizom károsodásául. Az általános vízkiválasztás zavara a szívizomra is ráterjed és ennek vizes duzzanatát okozza *(Wenckebach)* elfajulással és elégtelenséggel. Aneurinhiány az ingerképzés zavarával sinusbradycardiához is vezethet. Súlyos bradycardiák az esetek egy részében cukor+aneurinbefecskendezéssel megszüntethetők. Az aneurinhiány a szívizom contractilis állományának elváltozását is okozhatja. Nem szabad megfeledkeznünk arról sem, hogy más eredetű szívelváltozást fokozhat a B_1-vitaminhiány.

A B_1-vitaminfelhalmozódásra meggyőző állatkísérletünk a B_1-vitaminmentes étrenden tartott galamb kifejlődött torticollisos beriberijének meggyógyítása aneurinfecskendezéssel. Számos megfigyelésünk tanulsága szerint 10 mg rendszerint 5—6 hétig tartó teljes tünetmentességet biztosít és még borzasság sem támad, illetőleg a kezdődő borzasság is eltűnik. 1 mg 3—4, ½ mg 2—3, ¼ mg kb. 2 hétig tartotta egészségben a galambot, B_1-vitaminmentes étrend mellett. Mindenesetre ezek igen nagy adagok a testsúlyhoz viszonyíva, de példát mutatnak hasonló túladagolás szükségére embernél is.

Williams és *Spies* szerint a táplálléktól megkövetelt aneurinmennyiség a következő képlet szerint adódik:

$$\frac{B_1 \qquad \gamma}{\text{fehérje} + \text{szénhydrát} \qquad \text{cal.}} = 0.3$$

A Béhexos (Certa) 10 kcm 20%-os invertcukoroldat lévén, 2 g cukortartalma 10 cal., mely 3 B_1-vitamint szükségel. A Béhexosban ennek a mennyiségnek kb. 300-szorosa van, tehát minden egyéb szükségletet és mellékkörülményt szem előtt tartva is teljesen kielégítő ez a mennyiség.

Összefoglalva: Szőlőcukor és aneurin együttes alkalmazása a B_1-vitaminhiány kifejlődését megakadályozza és biztosítja a szőlőcukor kívánt hatását. A szívizom- és májkezelésben s a szokásos osmosisos dextrosetherapiában a cukorhatás biztosítása mellett igen jónak megismert adjuvans.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

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

Calciumtherapia toxicus manifestatiói szivbetegségekben. *Rogen.* (The Lancet. 1940. XV. 452.) 10 ccm 10%-os calcium gluconat intravenás adása nem vezet toxicustünetekhez, ha a befecskendezés elég lassan történik. Ha a calciuminjectiót olyan betegeknek adjuk, akik előzőleg hosszasabban szedtek digitalist, a befecskendezés után súlyos tünetek léphetnek fel, sőt a beteg meg is halhat. Szerző egy esetében a calcium beadása után fél órával cyanosis és tachycardia lépett fel és 12 órával később a beteg meghalt. Szerző azt ajánlja, hogy a calciuminjecitók megkezdése előtt legalább 4 nappal hagyjuk abba a digitalis adagolását. Ilymódon a toxicustünetek fellépését elkerülhetjük. (B. 19.)

Mihálkovics Tibor dr.

Bélfertőzés által előidézett chronikus peritonitis. *Bassler.* (J. of. Amer. Med. Assoc. 1941. 116. 43.) A chronikus peritonitis egy újabb típusát írja le, mely lassan, évek alatt fejlődik ki. A tünetek meglehetősen bizonytalanok. Diffus hasi fájdalom, obstipatio és étvágytalanság a legjellemzőbbek. Nyomásra a hasdiffuse érzékeny, főleg a köldök körül. A vérképben mérsékelt leukocytosis található. A gyulladásos folyamat az egész hashártyára ráterjed és a belek és a többi hasűri szervek között összenövéseket hoz létre. Tipusos localisatiója nincsen, hanem az egész hashártya egyenlően van a gyulladásos folyamatba belevonva. Szabad folyadék a hasüregben csak ritkán található és ha van, akkor is csak kevés és viscosus. Érdekes, hogy az aránylag súlyos panaszok dacára a betegek erőbeli és táplálkozási állapota elég jó. A folyamat később bélsipolyokat idézhet elő. Bacteriologiai vizsgálattal a hasürben vegyes aerob- és anaerobbakteriumokat találtak, melyek közül a staphylococcus albus dominál. (B. 18.)

A rövidhullám hatása az epeelválasztásra. *Leskovar.* (Ztschr. f. ges. Exp. Med. 1940. 108 k. 4 f.) A rövidhullám (6 méter, 15—30 percig) mérsékelt epeelválasztást idéz elő, mely részben reflektorikus a bőrsegment felmelegedése által, de nem erősebb, mint amit magneziumban gazdag ásványvíz előidéz. Az RH nem befolyásolja a táplálékinger által előidézett epesecretio lefolyását, hatására az epehólyag nem húzódik össze, az epe szárazanyagtartalma nem emelkedik. (B. 17.)

Szinna dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

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

A szülészeti kábálommal szerzett tapasztalatok. *Baumgarten.* (Zbl. Gynaek. 1940. 19.) Szerző 200 esetben alkalmazta az evipant opiatokkal együtt szülés alatti fájdalomcsillapításra. 1 g evipant adtak 50—50 esetben váltakozva morphiummal (0.006), eukodallal (0.008), dilaudiddal (0.002) és narkophinnal (0.03) kombinálva. Megállapították, milyen volt a fájdalomcsillapítás, hogyan viselkedett a szülőnő szülés alatt és azután, mennyire ártalmas a magzatra, mennyiben módosítja a fájásokat, mennyi ideig tart a szülés, milyen volt a vérveszteség. Az eredmény az, hogy a kombinált fájdalomcsillapítás jobb az egyedül alkalmazott evipannál. 90%-ban határozottan enyhítette ez az eljárás a fájdalmakat. Mivel a szülés kissé elhúzódik, a lepényi időszakban valamivel nagyobb a vérzés, a magzatok 10—15%-a aluszékony vagy asphyxiás, emiatt általánosan és főkép házi szülészetben nem ajánlja alkalmazását. Intézetben nyugtalan vagy nagyon érzékeny szülőnő megnyugtatására alkalmas eljárás a szívhangok leggondosabb ellenőrzése mellett. (B. 6.)

Farkas József dr.

Eljárás a terhesség gyors meghatározására. *Werle és Effkemann.* (Klin. Wschr. 1940. 717.) Eljárásuk a vérnek, ill. a savónak fokozott histaminbontóképességén alpszik, aminek oka a vér histaminase szintjének emelkedése. A histaminase emelkedése már a terhesség korai szakában is kifejezésre jut és teljesen fajlagos. A tisztulás 14 napi késése alkalmával már emelkedett a histaminbontóképesség. Előnye az eljárásnak, hogy gyorsan keresztülvihető, 2—3 óra alatt megvan az eredmény és eddigi tapasztalataik alapján csak érintetlen terhesség esetében ad positiv eredményt, mivel az emelkedett histaminase-szint megszakadt, ill. megzavart terhesség alkalmával azonnal a rendesre süllyed. Tekintve, hogy csak érintetlen terhesség alkalmával emelkedett a histaminbontóképesség, nagy jelentősége van az elkülönítés szempontjából, mert azokban az esetekben, ahol az Aschheim—Zondek r. még positiv eredményt adhat (extraut., ab. imp., missed abortion stb.), ez a reactio negativ. (O. 8.)

Thaisz Kálmán dr.

Az újszülött eklampsiás ártalmáról. *Haile Hermann.* (Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk. 1940. 120.) Az általános csecsemőhalálozáshoz képest. magas — 18.6%-os — eklampsiás csecsemőhalálozás előtérbe helyezi az anyai eklampsia magzatra kifejtett hatásának vizsgálatát. Ez a hatás létrejöhet a magzatnak vagy közvetlen az eklampsiát okozó ártalom által feltételezett vagy közvetett (koraszülés, placentakeringési zavarok útján) sérüléseiből. A közvetett lehetőség fennállása ma nem kétes. A közvetlen azonban még vita tárgya. Közvetlen károsodás létezése mellett szólnak az újszülöttkori görcsrohamok, melynek klinikáját az irodalomban 38 eset leírása ismerteti. Ugyanitt 32 eset kórbonctani feldolgozását is megtaláljuk. A thübingeni kórbonctani intézet észlelete is ez utóbbiak közé tartozik, melyet e referátumunkban ismertetünk. Egy praeeklampsiás anya szülés alatt elhalt magzatának boncolásakor eklampsiára jellemző leletet találtak a májon és kisebb mértékben a veséken. A placenta vizsgálata számos infarctust mutatott. A szerző az eklampsia létrejöttében az allergiás jelenségeknek nagy jelentőséget tulajdonít. (O. 14.)

Hegyi Sándor dr.

METALIX RÖNTGEN
RÉSZVÉNYTÁRSASÁG
BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KÖRÚT 37
TEL. 182-680, 383-135.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő.*

Viszkető dermatosisok kezelése. *H. Mietke.* (Dermat. Wschr. 1941. 8.) A bőrbetegségek egyrésze heves, kínzó viszketéssel jár együtt, melynek okát illetőleg a legkülönbözőbb elméletek, csillapításukra pedig a legkülönbözőbb gyógyszeres eljárások voltak és vannak forgalomban. *Linser* már 1911-ben eredményesen adta ilyen esetekben egészséges terhesek vérsavóját, mely eljárás azért nem ment át a gyakorlatba, mert nagymennyiségű savó nem állt rendelkezésre. 1935-ben *Küstner* erre a célra a méhlepény kilöködésekor kiömlő vért használta fel és így elegendő savót nyert, melynek hatásában szerinte nemcsak az immunizálásban rejlő fajlagos hatás, hanem a hormontartalom és a valószínűleg csak normalis savóban jelenlévő még ismeretlen anyagok is szerepelnek. Több terhes vérsavóját keverte és ezt adagolta, másodnaponként 10—20 ccm-t izomba. Kellemetlen mellékhatást nem észlelt. A szerző 3 éven át a legkülönbözőbb viszkető bőrbajokban próbálta meg a fenti kezelést jó eredménnyel, természetesen a szokásos helyi kezelésekkel karöltve. (Sz. 21.)

Horváth Dénes dr.

Izületi elváltozások veleszületett késői syphilisben. *H. O. Loos.* (Arch. für Dermat. u. Syph. 1940. 5.) A veleszületett késői syphilis izületi elváltozásai, melyek 1900 előtt az osteoperiostitis tibiae és keratitis parenchymatose mellett fő jellemzői voltak a megbetegedésnek, ma egyre ritkábban észlelhetők Ezen izületi elváltozások általában az ötödik életévben jelennek meg, tetőpontjukat 10 éves korban érik el és egy-két kivételtől eltekintve 30 éves koron túl nem észlelhetők. Ilyen izületi elváltozások a synovitis serosa, syn. hyperplastica hydrops epiphysitissel és pseudo-tumor albus sy., melyek főleg keratitis parenchymatosaval társulnak. Kezelésük az általános bismuth-salvarsan kurákon és per os adott jódon kívül helyileg diathermia és rövidhullám. Az esetek többségében az izületi elváltozások teljes gyógyulása következik be. (Sz. 20.)

Horváth Dénes dr.

A salvarsan-icterus histopathologiájáról. *K. Roholm* és *Niels B Krarup.* (Arch. f. Dermat. 185. 5.) 10 salvarsan-icterus esetben az aspiratiós biopsia segítségével vizsgálta a máj szövettani elváltozásait. A klinikai tünetek, működési zavarok, továbbá a parenchyma elfajulás, gyulladásos tünetek és kötőszövet szaporodás a járványos sárgaságban is található képhez annyira hasonlítanak, hogy a két folyamatot azonosnak tekinthetjük. Valószínű, hogy a salvarsan az epidemiás icterus még ismeretlen virusával szemben csökkenti az ellenállóképességet, épúgy, mint az alkohol, chinkophen, sulfanilamidok stb. esetében látjuk és így közvetve hozza létre a májgyulladást. (Sz. 22.)

Ifj. Nékám Lajos dr.

CHOLPARIN-CHINOIN
essentialis és toxikus hypertonia, arteriosclerosis,
climacteriumi érlabilitás, érgörcsök stb. esetén.
20 tabletta 20 tabletta

FAGIFOR „CITO"
Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lacto-kreosot-syrup
Ideális enyhe expectorans
Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere
lag. orig. P 2·30, pénzt. csom. P —·96
CITO gyógyszervegyészeti gyár
Budapest, XIV., Lengyel-utca 33

UROLÓGIA

Rovatvezető: *Babits Antal.*

A húgyutak fertőzése esetén található húgysavbontó bakteriumok szerepe a vesekőképződésben. *Chute és Suby.* (T. J. of. U. 1940. 44.) Néhány éve a massachusetti kórházban megszerveztek egy állandó kőkutató szervezetet, ahol veseköves betegeken a legtüzetesebben kutatták, mi lehet a kőképződés oka. Megvizsgálták a vizelet összes tulajdonságait, pH-ját, a beteg anyagcsereforgalmát, stb. Már kezdetben feltűnt, hogy a veseköves esetek nagy részében a vizeletben húgysavbontó bakteriumot találtak. A szerző pontos statisztikai adatokban dolgozza fel az észleleteket. A húgysav mint typikus hydrotropikus anyag nagyon fontos szerepet kap a sók oldatbantartásában. Ha a húgysavat bakteriumok bontják, úgy a sókiválás lényegesen megkönnyebbül. A staphylococcus albus, bact. coli, proteus és influensa, azonkívül egyes vegyes fertőzések különösen gyorsan bontják a húgysavat. Az összes veseköves esetek 54%-ában talált a vizeletben húgysavbontó bakteriumokat. Olyan esetekben, ahol a kő mellett fertőzés is volt, még szembetűnőbb a húgysavbontó bakteriumok szerepe (74%). Megállapítja, hogy ezek a bakteriumok a leggyakoribb, legactivabb és leginkább nagy korállköveket okozó tényezők. A gyógykezelésnél is arra kell vigyázni, hogy az ilyen fertőzött esetekben a bakteriumokat elpusztítsuk. (B. 12.)

Agota Ferenc dr.

Érdekes subrenalis anuria. *Hersch.* (Z. f. U. 1941. 1.) Az anuria nőbetegnél 5 hónappal az egyik vesének gümőkór miatt történt eltávolítása után retrograd pyelographia következtében lépett fel. Mivel ureterkatheter felvezetésével az anuriát megoldani nem tudták, pyelotomiát végeztek, mely után a vizelet lefolyása néhány nap mulva a természetes úton helyreállott. Az anuria oka az ureter legalsó szakaszának elzáródása, amit szerző szerint a praemenstrualisan megváltozott nyálkahártyán a pyelographiával okozott mechanikai és chemiai inger hozott létre. (B. 8.)

Lukáts Antal dr.

Az ulcus simplex vesicae kezeléséről. *Rubritius.* (Z. f. U. 1941. 3.) A súlyos subjectiv panaszokkal járó, minden kezeléssel dacoló banális hólyagfekélyek gyógyítása még ma is probléma. Az ulcus simplex kórjelzés csak akkor állítható fel, ha a gümőkór, lues, tumor és traumás fekély kizárható. A szerző három esetről számol be, ahol a szokásos kezeléssel és a gyakran eredményes thermocoagulatiós eljárással nem tudott célt érni. Mindhárom esetben a késhez nyúlt és egy kombinált eljárással tartós javulást ért el. Először elvégezte medián laparotomiából a typusos Cotte műtétet, a praesacralis idegfonatok resectióját és utána a hasüreget zárva, a hólyagot extraperitonisálja és a hólyagfekélyt kimetszi. Az eredmények nagyon jók. Ilyen műtétnél ugyan nem tudhatja az ember, hogy a műtét melyik fázisa (az idegfonat kimetszése, vagy a fekély kiirtása) használt-e, de a cél az, hogy a beteget valamiképpen megszabadítsuk kínjaitól. (B. 13.)

Agota Ferenc dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Dalol az orvos, mesél a kórház... *Buga László dr.* versei. Kiadja a szegedi Tömörkény Irodalmi Kör.

Rég nem okozott nekem könyv oly meglepetést, mint ez a 155 oldalas verskötet. Unottan vettem kézbe: na lássuk, hogy szárnyal a kolléga pegazusa? Aztán meg-megakadtam egy-egy csillogó aforizmán, egy megkapó gondolaton s elolvastam a darabos ritmusú verset; — tetszett. Mind több és több tetszett, végül rabul ejtett s egy egész estémet foglalta le Buga László. Mintha rég ismerném, vele suhantam halkan a kórház folyosóján, adtam az első intravénás injekciót, ihlettel állottam vele a belklinika nehéz titkai előtt, számoltam a fehérvérsejteket, kötöttem le az eret, fogtam az asszonyok kezét, majd együtt száguldtunk kis autóján az éjszakán át, menekültem vele a temetés elől, összevesztem a márciussal és könny szökött a szemembe, mikor ujjongó dalát olvasom fia születése és családi boldogsága fölött.

Buga László igazi költő, ki még a legprózaibb orvosi tényekedésben, műtői fogásokban is diadalmas szépségeket lát és nemcsak érez, hanem megéreztetni is tud. Kifejezésbeli készsége, költői invenciója gazdag, megkapó; verselése — ha szabálytalan és néhol darabos is — nem mesterkélt, ősforrásból fakadó. De nála nem a forma, hanem a gondolat a fő és amaz ennek van alárendelve.

Költeményei nemcsak vérbeli költőre vallanak, hanem arra is, hogy jó ember és jó orvos. Mert akiben ennyi szeretet és mély érzés van, az más nem lehet. Erről tanuskodik különben volt professzorának, Vidakovitsnak megható előszava, és mostani főnökének, Stockinger tisztifőorvosnak szép zárószava.

Hivatásukért lelkesedő orvostársaink sok gyönyörűséget fognak benne találni.

A verskötet szép kiállítása, ízléses címlapja az Egyetemi nyomdát dícséri.

Vámossy prof.

Leitfaden der Neurologie. *Laubenthal, F.* (G. Thieme Leipzig. 1941. 252 oldal. 52 szövegközti ábrával. Ára fűzve 9 RM.) A munkarövid, áttekinthető formában tárgyalja az idegrendszer szervi megbetegedéseit. A psychoneurosisokat a szerző nem vette fel munkájába. A könyv orvostanhallgatóknak és gyakorló orvosoknak van szánva. Az általános neurologiai vizsgáló módszerek, a liquorvételi módozatok, az enkephalographia, valamint a lipoidolographia ismertetése után az idegrendszer szervi megbetegedéseit tárgyalja syndromák szerint. A syndromákat az idegrendszer egyes részeinek megbetegedései adják, tehát beosztása kifejezetten topographiai jellegű. Igy pl. a pyramispálya syndromájánál tárgyalja a spastikus spinalparalyisist, a sklerosis multiplexet stb., amiből látható, hogy a tárgyalási szempont következtében aetiologiai szempontból egészen heterogen betegségek kerülnek egymás mellé. A praktikus neurologiai szempontokat a szerző azzal is szolgálja, hogy kissé behatóbban csupán a gyakrabban előforduló betegségeket tárgyalja, a ritkább kórformákat — bárminő érdekesek és fontosak legyenek is azok — az idegkórtan általános szempontjaiból csak pár sorban és petit-vel szedve méltatja. Ivy pl. a Wilson-f. betegséget 11, az anaemia perniciosa kapcsán fellépő diagnosisokat 10 sorban tárgyalja. Korszerű gyakorlati szempontot szolgál a szerző munkájával az egyes örökletes idegbetegségek részletesebb tárgyalásával és az öröklési viszonyok ismertetésével. A mű gyakorlati céljait szolgálja az egyes idegek és izmok bénulása által okozott kiesési tünetek tabellaris összeállítása a függelékben. A könyv ábrái jók; szívesen láttunk volna valamivel több ábrát.

A munka kitűnően alkalmas az idegrendszer szervi megbetegedéseiben való első tájékozódásra.

Horányi Béla dr.

IDÜLT NŐGYÓGYÁSZATI BETEGSÉGEK MEGGYÓGYULNAK AZ
ERZSÉBET-GYÓGYFÜRDŐBEN
KESERŰSÓS FÜRDŐK
ISZAPBOROGATÁSOK
FORRÓ ÖBLÍTÉSEK

A Budapesti Királyi Orvosegyesület május 16-i ülése.

Bemutatások:

Sajhó Gy.: *Álizület gyógyítása velőüregbe ültetett csonthártyával.* A törés után keletkezett álizületeknél a Beck-féle befúrások csak az esetek kis százalékában eredményesek. A radicalisabb beavatkozás az álizület fölé helyezett osteoplasticus szabad csonthártyalebeny által kiváltott csontosodás csak az esetben biztat teljes sikerrel, ha egyúttal a törésvégeket szétválasztva a kötőszövetes, illetve rostos, porcos tömegétől megtisztítjuk. Az ezt követő csontvarrat azonban a csontosodást ismét hátrányosan befolyásolja, a csontboncolás pedig (a velőüregbe helyezett csontléccel való rögzítés) a velőállomány regeneratióját és így szintén a csontosodást hátráltatja. A gyógytartam rendes körülmények között 6—8 hónap. A jelen műtéti eljárásnál a törésvégeken áthaladó metszéssel 10—12 cm hosszú, 4 cm széles nyeles csonthártyalebenyt képezünk. E lebeny tapadása mentén körfűrésszel a csont hossztengelye irányában a csontot egész vastagságában átfűrészeljük, majd ezt az átfűrészelést vele parallel 3 cm távolságra megismételjük. Ezáltal a csontot álizületes részével együtt 4 pilótára osztottuk. A befűrészelt résen keresztül a velőüreget kötőszövetes tömegétől megtisztítjuk, amelynek helyét most az ép csontvelő részére meginduló vérömleny foglalja el. A befűrészelt résen keresztül e vérömlenybe fektetjük be a felpraeparált lebenyes csonthártyánkat, amely így a csont belső corticalis rétegével közvetlen érintkezésbe kerül. A callusképződés ennek megfelelően, nemcsak corticalisan, hanem főleg a velőüregben zajlik le, mint mikor egy eltört fapálcát end to end összeragasztunk. A bemutatott betegek 6—10 hónapig tartó álizülettel kerültek műtétre. Nyolc hét alatt úgy functionalisan, mint a röntgenlelet bizonysága szerint anatomiailag is gyógyultak.

Bosányi A.: *Három ritka eset: a) Kékvörheny, b) Morbilli utáni enkephalomyelitis gyógyult esete, c) Morbilli-enkephalitis utáni parkinsonismus.* Három ritka esetet mutat be. Az első nyolcéves leánygyermek, akit meningealis tünetekkel, eszméletlenséggel magas lázzal szállítanak be meningitis epidemica gyanúja miatt. Lumbalpunctio révén kiderült, hogy csak meningismus van jelen súlyos toxikus állapot kapcsán. A toxicosis vörheny következtében fejlődött ki, a vörheny exanthema azonban teljesen szilvakékszínű. A régebbi klinikusok előtt a vörhenynek ez a súlyos alakja nem volt ismeretlen és Finnországban, ahol egy időben sok ilyen fordult elő, magától értetődőleg »kék vörheny« néven volt ismeretes. Tulajdonképpen nem más, mint a rosszindulatú vörhenynek egyik variansa (a másik tudvalevőleg a haemorrhagiás alak). A bemutatott eset intensiv immunkezelésre, többszöri transfusio és reconvalescens emberi savóra ötödnapra magához tért és szövődmény nélkül reconvalescentia után gyógyult.

A második nyolcéves fiúgyermek, akit a kanyarós kiütés megjelenése utáni ötödik napon eszméletlen állapotban hoznak a kórházba. Enkephalitis tünetei mellett incontinentia urinae et alvi és mindkét alsó végtag laza bénulása áll fenn. A további lefolyás alatt az enkephalitis tünetei lassan feltisztulnak, de a myelitis transversára utaló tünetek rosszabbodást mutatnak. A végtagokon oedema, a fartájon decubitus keletkezik, majd a hólyagbénuláshoz súlyos pyelocystitis járul és a betegség 3—4. hetében olyan súlyos marasmus fejlődik ki, hogy az állapot teljesen reménytelennek látszik. Azonban igen sokszor ismételt sajátvérinjectiókra, transfusiókra, B1-vitamin és strychnin adagolására az állapot lassan javulni kezd és végül három hónap leforgása alatt, a pyelocystitist is beleértve, teljesen meggyógyult a beteg.

A harmadik eset technikai akadályok miatt nem kerülhetett bemutatásra.

Előadások:

Schmidt A.: *Szaporodtak-e az ureterkövek és megelőzhető-e keletkezésük?* Közép-Európában a húgykövek, elsősorban az ureterkövek száma szaporodik. Egyesek szerint a szaporodása csak látszólagos, mert a tökéletesebb vizsgálóeljárásokkal ma sokkal több követ ismernek fel, mint régebben. A kövek szaporodása nagyobbmértékben csak a világháború vesztes országaiban észlelhető és ennek oka részben a háború utáni éhínség, az A-vitaminhiány, a táplálkozás megváltozása, részben a nehéz gazdasági viszonyok okozta idegesség, az idegrendszer működésének zavarai. Feltűnő a férfiak nagy száma, ami az idegrendszer zavarainak kóképző hatása mellett szól. Külföldön főleg az oxalatkövek száma szaporodott, nálunk sok az uratkő, ami a különböző táplálkozás hatását bizonyítja. A húgykőképződés veszélyét csak csökkenthetjük, de biztosan megakadályozni nem tudjuk. A húgykőbetegség megelőzése gazdasági kérdés. Fontos a vitamindús, változatos táplálkozás. A húgykő kiújulásának megakadályozására elsősorban az esetleges vizeletpangást és fertőzést kell megszüntetni. Fontos a bőséges folyadékfelvétel.

Minder Gy. A vezetése alatt álló Uj Szent János közkórházi osztályán az elmult öt évben 349 ureterköves esetük volt. Egy régebbi, 1935-ből származó, még az urologiai klinikán gyüjtött 326 ureterköves eset adatait összevetve arra a következtetésre jut, hogy az ureterkövek utóbbi években észlelt nagymérvű szaporodása igen nagyrészt azzal függ össze, hogy ma több ureterköves beteg kerül intézeti kezelésbe, mint azelőtt. Az ureterkövek bizonyosfokú szaporodását nem vonja kétségbe, de a növekedés nem oly nagyarányú, mint azt az intézeti statisztikák mutatják.

Szepessy Z.: *Sebészklinikai tapasztalatok a rák radiumkezelésével.* (Kézirat nem érkezett.)

A Közkórházi Orvostársulat március 26-i ülése.

Bemutatás:

Barakovich K.: *Ikterus haemolyticus esete.* 34 éves férfibeteget mutat be, kinek az utóbbi években gyakran volt sárgasága egyéb panaszok nélkül. St. pr.: Citromsárga köztakaró. Szívcsúcson syst. zörej. 3 har.-ujjnyi lép, 1,380.000 vvs, 30% hgl, 1.08 fi. Sok magvas alak és anisocytosis. Balratolt qual. vérkép, 6.5 mg serumbilirubin. 0.70 vvs resistentia. Máj- és sósavpepsinkezelésre a sárgaság nem csökken. Lépkiirtás után 4,000.000 vvs, 80% hgl, 0.56 vvs resistentia.

Schifferer J.: Egy, a Szent Margit-kórház belosztályán ápolt ikterus haemolyticus fam. betegről számol be. E beteget két hónapig kezelték belgyógyászatilag (máj, vese) lényeges javulás elérése nélkül. Csatlakozik ahhoz a véleményhez, hogy a komolyabb panaszt okozó ikterus haemolyticus fam. műtétre (splenektomia) való.

Oralis májkezelésre

BAYER »Bayer« LEVERKUSEN

CAMPOFERRON

Forgalomba hozza:
Magyar Pharma Gyógyáru Rt.
Budapest—Kolozsvár

a vas- és réztartalmú májkivonat

SEDYLETTA tabletta 30×0·015 gr

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

Torday Á.: Az ikterus haem. öröklött betegség, alkati rendellenességek fordulhatnak elő: toronykoponya előálló szemekkel, széles orrgyökkel, genitalis hypoplasia, járulékos mamillák, persistáló pupillahártya és gyakori az alszárfekély. Naegeli anaemiás, ikterusos, splenomegaliás alakot különböztet meg. Epekő megnehezíti elkülönítését. Lépkiirtás után is lehet visszaesés.

Milkó V.: Ikterus haemolyticus két esetét volt alkalma operálni. A lépkiirtás után mindkét esetben rohamos javulás állott be. A teljesen leromlott állapotban lévő, nagyfokban vérszegény betegek gyorsan összeszedték magukat, meghíztak, sárgaságuk eltűnt, vörösvérsejtszámuk csaknem normalisra emelkedett, tehát klinikailag teljesen meggyógyultak. Ezen betegek családi anamnesise teljesen negativ volt, náluk a bántalomnak aránylag ritka, szerzett alakjáról volt szó.

A végleges műtéti eredmények megítélésében nagy óvatosságra van szükség, mert pl. az egyik beteg 6 év után súlyos vérszegénységgel került vissza. Távozása után rövid idő mulva meghalt. A másik beteg sorsát 2 évig tudták követni, addig teljesen egészséges volt. Operálni csak azokat a betegeket kell, akiknek állapota a belgyógyászati kezelés dacára rosszabbodik. Javasolja az ikterus haemolyticus helyett az anaemia ikterica haemolytica elnevezést.

Előadások:

Sulyák I.: *Méhrákban szenvedők hólyag-végbélsipolyai.* Nem operálható méhszáj- és méhnyakrákban szenvedőknél feltűnő gyakran talált hólyag-hüvely-, végbél-hüvely- és kombinált végbélhólyag-hüvely-sipolyokat. A sipoly keletkezése és a régen történt operativ, illetve sugárkezelés között összefüggés mutatkozott. Sipoly keletkezése nélkül elhaltaknál 40%-ban, sipolyosoknál 89.9%-ban a sectio urosepsist mutatott. Csak az elhalt és boncolásra került eseteket tekintve, a nem kezelteknél 43%-ban volt sipoly, míg a besugárzottak közül 68%-ban.

Mansfeld O.: A sipolyok elkerülésére lehetőleg kizárólag intracervicalisan alkalmazott radiumot. Felemlít egy, a közelmultban észlelt esetet, ahol 9 év előtt kapott a beteg szövettanilag megállapított cervixráknál 15 mg-os radiummal három kezelést, műtétbe nem egyezett bele és most, 9 év után is teljesen egészséges. Ezzel szemben áll számos eset, mely nagy dosis ellenére sem gyógyul, vagy gyorsan áttéteket okoz, úgyhogy a prognosis előre meg nem állapítható.

Probstner A.: A radiumsérülések lehetőségére tekintettel a székesfővárosi radiumintézetben az óvatos és kíméletes stockholmi módszert alkalmazzák. A radiumintézetben kezelt betegek ellenőrző vizsgálata alkalmával kevés végbélsipolyt látnak.

Sajnálattal kénytelen itt megállapítani, hogy még mindig sok a későn beküldött beteg. Climaxos vagy menopausában fellépő vérzéseket még ma is sok orvos kezelget megfelelő szakorvosi vizsgálat nélkül, míg nemcsak inoperabilissá, de incurabilissá válik.

Noszkay A.: *A kankó sulfamidkezelésének mai állása.* A kankó gyógykezelése a sulfamidszármazékokkal új fejlődéshez jutott, mely az előző eljárásokat eredményben messze felülmúlja. Heveny folyamatban a gyógyszerelés azonnali beállítása helyi kezeléssel együtt a kankó gyors és enyhe lefolyását biztosítja 95% körüli gyógyulási eredménnyel. Ezen eljárás mellett a kezelési napok száma jelentékenyen csökken, a szövődmények kifejlődésének legnagyobb százaléka elkerülhető és így a késői visszaesések nagyrészben megakadályozhatók. Idült kankóban és recidivákban csak a gócok megkeresése és a zárt területek sebészi kezelése fogja a teljes eredményt meghozni. Ingerkezelés igénybevételével fokozható a sulfamidhatás. A sulfamidmérgezések súlyosabb alakjai kellő körültekintés mellett általában elkerülhetők. A sulfamidszármazékoknak a kankó megelőzésében fontos szerepe lehet.

Lugossy Gy.: A szemkankó chemotherapiája során szerzett tapasztaltai igen sok vonatkozásban megerősítik az előadottakat. A chemotherapia a gyógyítást minden eddiginél eredményesebbé és gyorsabbá teszi. A lökésszerű adagolási mód vált be. A heteroprotein gyógymóddal jól kombinálható. Egészen friss, szövődménymentes esetekben a sulfamid egymagában is biztosítja a gyors és eredményes gyógykezelést; legutóbbi esetei 4 nap alatt meggyógyultak.

Raisz D.: A női go. kezelésében a sulfamidkészítmények hatásával eleinte nem volt megelégedve. Sok recidivát látott. Amióta minden esetben két sulfamidlökést ad a betegnek, a visszaesések száma sokkal kisebb. Nagyon jó hatást látott attól, hogy a szer mellett emelkedő adagban sajátvérinjectiókat is ad. Egypár esetben azt tapasztalta, hogy a gravidák go.-ja kevésbbé jól reagál.

Dr. FARKAS vízgyógyintézet
V., BÁTHORY-UTCA 3 — TELEFON: 126—438
Szénsavas-, bélfürdők, ultrarövidhullámú kezelés

RIZOMALTAN

rizsnyákos csecsemőtápcukor (dextrin-maltose) szénhydrat-tápszer tejhigítások készítéséhez

Dyspepsiára hajlamos csecsemők számára.

Mesterséges táplálásra már az újszülött korban is bevált.

RENDELHETŐ SZABADON: OTI, DOBI, POSTA: HÉV, Bányatárspénztár, Közgyógyszerellátás, Szfőv. Közkórházak. — MÁV: üzletvezetőség útján, MABI: intézeti rendelőjében.

Egy mérce (7 1/2 gr) Rizomaltan 1 deci tejhigitásban felfőzve, azonnal fogyasztható, a szokásos mennyiségű nyákot és 5% tápcukrot tartalmazó gyógytáplálékot szolgáltat.

KROMPECHER TÁPSZER- ÉS GYÓGYSZERIPARI KFT., Budapest, V., Nádor-utca 15.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift 21. sz. *Rogge H.* A hydrokele injectiós kezelése higitatlan carbolsavval. *Drozsbach M.* Tábori kórház a tűzvonalban. *Raab E.* Óriási szívtágulat mitralis stenosis és insufficientia folytán. *Kairics A.* Tanulmány az influenza kóroktanáról különös tekintettel a provocatióra. *Greifenstein A.* Idegen testek a légutakban és tápcsatornában.

VEGYES HIREK

Személyi hírek. A kormányzó *Kubányi Endre* dr. székesfővárosi főorvos egyetemi magántanárnak, a szakirodalom művelése és az orvosképzés terén szerzett érdemei elismeréséül az *egyetemi rendkívüli tanári* címet adományozta. Az igazságügyminiszter *Bakay Lajos* egyet. ny. r. tanárt az Igazságügyi Orvosi Tanács elnökévé kinevezte.

Az Orvosi Nagyhét első két napján a chemotherapia közös thema előadói szerepeltek. Nagy érdeklődéssel hallgatták *Issekutz* prof. elméleti bevezető előadását, melyben e szerek hatásmódjáról adott értékes felvilágosításokat, miket másnap *Ivanovits* prof. egészített ki érdekes vizsgálati eredményeivel. — Közfigyelem tárgya volt *Angyán* prof. belorvosi keretelőadása, valamint *Gelarich J.* gyermekorvosi referatuma, kik óvatosságot ajánlottak a túlzott adagokkal szemben, míg *Hainiss* prof. a csecsemők eltérő viselkedésére figyelmeztetett. *Melczer* prof. bőrgyógyászati, *bilkei Pap L.* rheumatologiai, *Szende B.* laryngo-otologiai tapasztalataikról számoltak be, míg *Geszti I.* és *Mándy F.* a Tbc. aranykezelésének eredményeit mutatták be. Érdekes volt *Nónay T.* szemészeti és *Lőrinczy-Landgraf E.* stomatologiai referatuma és különösen nagy figyelmet keltett *Czeyda—Pommersheim F.* nagy tapasztalatú sebészeti keretelőadása, mit *Noszkay A.* urologiai beszámolója követett. A vita még folyik, mikor e sorokat írjuk. A tudományos üléseket a M. O. T. Sz. közgyűlése előzte meg, melyen *Vámossy* elnöki megnyitója zárószavaiban a tavalyi elnököt, *Johan Béla* államtitkárt üdvözölte, mint közegészségügyünk lelkes művelőjét és vezérét és átadta neki érdemei elismeréséül a »Korányi Sándor« érmet. Az államtitkár úr meghatott szavakban köszönte meg a kitüntetést reámutatva a fontos kapcsolatra, miben a gyakorló orvosnak, de különösen a vezetőknek a tudománnyal kell állani.

A szerdai nappal az egyes tudományos társaságok ülésezései kezdődnek.

Balatonfüredi Orvoshét. Multheti számunkban már hírt adtunk az Orvoshét megnyitásáról s az első napon elhangzott tudományos előadásokról. A következő napokon: *Rusznyák* I. egyet. ny. r. tanár »A magas vérnyomás kezelése«, *Benedek* L. egyet. ny. r. tanár »Az agydaganatoknak korai kórismézéséről és azoknak lokalizálásáról«, *Schmidt* F. egyet. c. rk. tanár »A hyperthyreoidismus«, *Illyés* G. egyet. ny. r. tanár helyett *Babics* A. egyet. m. tanár »Az urológia sebészet«, *Sántha* K. egyet ny. rk. tanár »A meningitis serosa epidemica«, *Neuber* E. egyet. ny. r. tanár »Idült szívburokgyulladások sebészete«, *Hainiss* E. egyet. ny. r. tanár »A csecsemő- és gyermekkori hányások diagnostikus értékelése«, *Perémy* G. egyet. m. tanár »A strophantin-therápia«, *Neuber* E. egyet. ny. r. tanár »Seborrhoeas bőrbetegségek«, *Burger* K. egyet. ny. r. tanár »A magzatburkok biológiai és gyakorlati jelentősége«, *Barla-Szabó* J. egyet. magántanár »Az ipari alkalmazottak szívbetegségei«, *Boros* J. egyet. ny. r. tanár »A rheumás endocarditis korai diagnosisának megelőzésének és gyógykezelésének lehetőségei«, dr. W. *Stepp* professzor »Über einige Probleme der Lehre von der Herzinsuffizienz« címmel tartottak előadást. Valamennyi előadás tartalma könyvben is meg fog jelenni. Az utolsó napon Balatonfüredre érkezett *dr. Radocsay László* igazságügyminiszter és *Johan Béla* belügyi államtitkár, akiket *Boros József*, mint a balatonfüredi orvosi tanács elnöke üdvözölt. A miniszter meleghangú beszédben méltatta az orvosi tudomány és az Orvoshét jelentőségét. A magyar élet újabb fejlődéséről, színvonalának emeléséről szólva, ehhez kiváló eszközül jelölte meg az Orvoshetet. Mint Balatonfüred országgyűlési képviselője, mint magyar és mint ember — mondotta — igazán örül, hogy ilyen munkásságot fejtenek ki. Balatonfüred megérdemli az Orvoshetet és az Orvoshét Balatonfüredet. Kívánatos, hogy minél több éven át hasonló eredménnyel jöjjenek össze. *Johan* államtitkár a belügyminiszter üdvözletét és köszönetét fejezte ki az előadó tanároknak és a Szent Benedek-Rendnek, amely évről-évre vendégül látja az orvosokat. *Gidró* Bonifác tihanyi apát is nagyon meleghangú elismerést fejezett ki, *Boros* J. elnök pedg *Schmidt* Ferenc 17 év óta kifejtett szervezőmunkáját méltatta, továbbá *Barla-Szabó* buzgalmát, amellyel százznál több OTI orvos jelenlétét biztosította. Megemlékeztek az Orvoshéten arról is, hogy *Vámossy* Zoltán egyetemi tanár vetette föl annakidején az Orvoshét eszmejét s ezért táviratban is köszönetet mondtak neki.

A záróünnepséget követő díszebéden *Kelemen* főapát magasan szárnyaló beszédet mondott a magyar nép higiénéjének biztosításáról, amely elsősorban a magyar orvosi karon múlik. *Neuber* professzor németül üdvözölte a német vendéget: *Stepp* professzort, aki a magyarság iránti szimpátiájáról nívós fölszólalásban tett tanuságot. *Barla-Szabó* József és *Johan* Béla tartalmas fölszólalásával ért véget az Orvoshét.

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika május 22-én tartotta 58-ik közgyűlését, melyen a Polklinika fővédnöke, *Auguszta főhercegasszony* is megjelent. Az elhúnyt *Szterényi* József báró helyébe elnökül *Ugron* Gábort választották meg, alelnökké gróf *Apponyi* Györgyöt. Az elmult 1940. évben 17.800 újbeteg jelentkezett. A kórházi ágyak száma 188 és 93% volt felhasználva. A magántanári egyetemi előadásokon kívül egy orvosi továbbképző tanfolyamot s 3 ápolónői tanfolyamot tartottak. A budget félmillió pengő. Az élelmezés 150.000 pengőt igényel.

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága meghívására *Hans Reiter* prof., a berlini Reichsgesundheitsamt vezetője, június 4-én d. u. ¼ 7 órakor, a Bu-

Thiosept kenőcs
Magas kéntartalmú, színtelen kén-kátrány készítmény.
INDIKÁCIÓK:
ACUT ÉS CHRON. EKZEMÁK, DERMATITIS, PYODERMIA, PRURITUS, COMBUSTIO, CONGELATIO, PERNIO, DECUBITUS, PSORIASIS stb.
18 g tubus . . . . . P 1.90
50 „ tégely . . . . . „ 2.90
100, 250 és 500 g-os kórházi csomagolás.
MEDICHEMIA
Előállítja és forgalomba hozza:
MEDICHEMIA GYÓGYSZERKÉSZITMÉNYEK GYÁRA R. T. BUDAPEST X.

EXHEPAR
NAGYHATÁSÚ FÁJDALMATLAN MÁJ-INJEKCIÓ
CERTA
„CERTA“ Gyógyszerészeti Laboratórium R. T., Budapest.

dapesti Királyi Orvosegyesület Semmelweis-termében »Die biologische Betrachtungsweise der Staatsführung« címmel, *Harald Siebke* prof., a bonni egyetem női klinikájának igazgatója, június 6-án d. u. ½7 órakor a budapesti Tudományegyetem II. sz. női klinikájának tantermében »Das Wechselspiel der Hormone in der Genitalsphäre der Frau von der Menarche bis zur Menopause« címmel tartanak előadást.

Orvosi Továbbképző tanfolyam a tuberkulózis tárgyköréből. Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága az Országos Társadalombiztosító Intézettel karöltve június 9-től 21-ig orvosi továbbképző tanfolyamot rendez a tüdőbeteggondozó intézeti orvosok, illetve olyan orvosok részére, akik tüdőbeteggondozó intézetekben kívánnak elhelyezkedni. A tanfolyam vezetője: *Petrányi Győző* egyetemi magántanár, OTI orvos-aligazgató. A tanfolyam részletes programmját az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága (VIII., Eszterházy-u. 9.) az érdeklődőknek készségesen megküldi. Ugyanitt lehet a tanfolyamra jelentkezni is.

A Budapesti Önkéntes Mentő Egyesület az 1941. év április havában sebészeti esetekben 960 alkalommal, belső bajok esetén 579 alkalommal (ezek közül gázmérgezés 33, egyéb mérgezés 95 volt), egyéb bajok esetén 452 alkalommal (ezek közül szülés 72, elvetélés 25 volt) nyujtott segélyt. Betegszállítást 1900 esetben végzett.

A Budapesti Központi Gyógy- és Üdülőhelyi Bizottság, miként az elmult évben, úgy az idén is, május 20-tól kezdve a nyári évadban naponta reggel 8—9.30 óra között a Rudasfürdő gyógykertjében kedden, csütörtökön, szombaton és vasárnap, a margitszigeti Magda-forrásnál pedig hétfőn, szerdán és pénteken a közönség szórakoztatására gyógyzenét vezetett be. A gyógyzenét a *Csilléry Béla* karnagy vezetése alatt működő Székesfővárosi Zenekar szolgáltatja.

Frontátvonulások és kísérőjelenségeik április 20—26. között. Ez a hét kitűnő alkalmat ad a betörési és a felsiklási frontok iránt való érzékenységek elkülönítésére. Ugyanis a hét első négy napján csak betörési, a következő két napon csak felsiklási frontok érkeztek. A hét utolsó napján délben a felsiklási hatásoknak meg kellett szűnniök és este újra betörési front érkezett. A frontok részletes adatai:

Átvonulás ideje Budapesten			A front		Kisérő események*
hó	nap	óra	fajtája	fejlettsége	
Április	20	7	Betörési	Mérsékelt	Heves záporeső, 1 mm.
	20	14	»	»	Kis záporeső, 1 mm.
	21	14	»	»	Cumulus congestus felhő, szélrohamok, lehülés.
	22	12	»	Gyenge	Cumulus congestus felhők átvonulása.
	22	15	»	Mérsékelt	Kis záporeső.
	22	24	»	Gyenge	Szélélénkülés.
	23	4	»	«	Szélélénkülés.
	23	7	»	«	Szélélénkülés.
	24	12	Felsikl.	«	Altostratus-felvonulás, néhány csepp eső.
	25	5	»	Mérsékelt	Praefrontalis eső 0.2 mm.
	25	20	»	»	3 mm preafrontalis eső 15 órától.
	26	6	»	Erős	Praefrontalis eső egész éjjel, 17 mm.
	26	12	»	»	Praefrontalis eső reggeltől és enyhülés.
	26	20	Betörési	»	Heves, felhőszakadásszerű záporeső.

Az összes időadatok nyári időszámítás szerint értendők.

* A táblázat utolsó oszlopában szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a M. kir. Orsz. Meteorológiai Intézet öníró műszereinek adatai. Részletes magyarázatot l. 1941. évi 1. szám, 15. old.

351.190/1941. B. M. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A beregszászi állami kórháznál 3, a kassai, az ipolysági és a losonci állami kórházaknál 1—1, végül a nagykállói m. kir. állami elme- és ideggyógyintézetnél 1 üresedésben lévő alorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma az állami rendszerű X. fizetési oszt. 3. fok. megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás, valamint az önköltségi ár 50%-ának megtérítése ellenében I. o. intézeti élelmezés.

Az állást elnyerni óhajtók hozzám intézett, szabályszerűen felbélyegzett kérvényeiket ezen pályázati hirdetménynek a »Budapesti Közlöny« című hivatalos lapban történt harmadízbeni közzétételétől számított 15 napon belül — közhivatalban lévő hivatali főnöke útján — a m. kir. belügyminisztériumba (Budapest, I. ker., Uri-utca 49. sz.) nyujtsák be.

A pályázati kérvényhez a Népegészségügy »Számmagyarázat«-ában 1—12. szám alatt megjelölt okmányok csatolandók.

Arra vonatkozó okmányokat, hogy a pályázó nem esik az 1939 : IV. tc. 5. §-ában foglalt tilalom alá.

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

Az állás betöltése alkalmazása után két évre történik, amelyből végleges kinevezésre jogigény nem támasztható. Az alkalmazás két évre meghosszabbítható.

Az alorvosnak az intézetben kell laknia, a természetbeni lakást csak saját személyére veheti igénybe s magángyakorlatot nem folytat.

Budapest, 1941 május 15.

A miniszter rendeletéből:
Lukács dr. s. k.,
miniszteri o.-tanácsos.

Expectin cseppek EXPECTORANS Diachemia

Híg székletre hajlamos egészséges csecsemők, valamint hasmenésre hajlamos exsudativ csecsemők mesterséges táplálására kiváló eredménnyel alkalmazott *calcium-tej* gyorsan, egyszerűen készíthető a *Krompecher-féle Calcorisanból.* A *Calcorisan* előnye, hogy calcium lacticum mellett szárított rizsnyákot, dextrint, di- és monosaccharidokat tartalmaz olyan megfelelő mennyiségben, amely a csecsemő szénhydratszükségletének fedezésére elegendő; szénhydratok hozzáadása tehát a *Calcorisanból* készült táplálékhoz nem szükséges. A készítmény dugító hatású, mert a benne levő monosaccharid már a vékonybél felső részében felszívódik, tehát erjedésre nem kerül, a disaccharidok hatását pedig a calcium és a polysaccharidok többszörösen ellensúlyozzák.

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTÁN.
A szerkesztő fogadóóráját kedden és pénteken 12—1 óra között tartja.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

A malignus nephrosklerosis keletkezése és felismerése.

Az elsődleges neprosklerosisok csoportjában *jóindulatú* és *rosszindulatú* alakokat különböztetünk meg. Előbbi az idősebb korban beálló kiterjedtebb arteriosklerosis részjelenségének tekinthető; a vesék megbetegedése e kórképben nem súlyos; a folyamat előrehaladása lassú, későbbi következményei között a veseelégtelenség aránylag ritkább. A malignus sklerosisban a vesék betegsége jóval súlyosabb, az előrehaladás gyors és csakhamar az elválasztó elemek nagymérvű pusztulásához, a veseműködés elégtelenné válásához és uraemiához vezet. A kórképet a vese kis ütőereinek súlyos megbetegedése (endarteritis obliterans) idézi elő, amely gyors kiterjedéssel a glomerulusok pusztulásához és kötőszövetes hegesedéséhez vezet. A klinikai képben az aránylag fiatalabb korban beálló tetemes vérnyomásemelkedés és a súlyos vesetünetek gyors jelentkezése a vezető tünetek.

A malignus sklerosis az utóbbi évtizedekben kétségtelenül gyakoribbá vált. Ebben szerepet játszhatnak a mindennapi élet izgalmaiból és ártalmaiból adódó tényezők is. A vérnyomásemelkedésről szóló könyvemben egy régebbi összeállítás található; 596 eset közül itt 73 rosszindulatú alak szerepel (12.2%); 1937—40. között viszont 248 eset közül 76 rosszindulatú alakot találtam (30.6%). Számításba kell azonban venni azt a tényt, hogy az utóbbi csoportban a betegek túlnyomó része nagyvárosi lakos volt, akiken a hypertoniális megbetegedések jóval gyakoribbak. A benignus kórképek között elég gyakoriak az olyan alakok, amelyek csak kezdetben látszanak jóindulatúnak és többévi lefolyás után egyszerre — valamely ártalmas tényező hatására — a rosszindulatú alakba csapnak át.

A malignus sklerosis előidéző okait nem mindig ismerjük. Kétségen kívül szerepet játszanak különböző súlyos fertőzések; így feltűnő gyakorisággal szerepel a lues, valamint olyan infectiók, amelyek az acut vesegyulladás kifejlődésében is szerepelnek (tonsillitis; különböző genyes és gócos infectiók). Egyes esetekben chemiai ártalom jöhet szóba (ólom, higany, anilin anyagok). Más esetekben veleszületett családi hajlamosság áll fenn. Elősegítő tényezőként szerepelhet a graviditás, közbejött fertőző megbetegedés, pyelitis és neprolithiasis is; ezeknek befolyása a jóindulatú hypertoniás megbetegedések hirtelen rosszabbodását eredményezheti. A súlyos, izgalmakkal telt, hajszolt életmód, a pihenés nélküli szakadatlan munka szintén elősegítő tényező gyanánt szerepelhet.

A malignus sklerosishoz hasonló kórképet idézhetnek elő endokrin betegségek is. Így elsősorban a mellékvesekéreg daganatai, amikor nagy hypertoniával, retinitissel járó megbetegedés fejlődhetik ki. Hosszú idő óta fennálló hyperthyreosis esetén is hasonló kórképek figyelhetők meg.

A malignus sklerosis jelei között a tetemes és állandó vérnyomásemelkedés és különösen a diastolés nyomás emelkedése (130—140 mm körül) jellegzetes vezető tünetek. Kezdetben a vizeletben fehérje nem vagy alig található; azonban a betegség előrehaladásával a vizelet fehérjetartalma megszaporodik. A nappali hígabb vizeletben alakelemek gyér számban találhatók; a szomjaztatás utáni éjszakai vizeletben azonban már nagyobb számban találhatunk vörös vérsejteket és cylindereket a korai szakban is. Minden, aránylag fiatalabb korban kifejlődő vérnyomásemelkedéskor a malignus sklerosis lehetőségére kell gondolnunk, ha a hypertonia tartós és állandó és a diastolés nyomás a fenti értékeket meghaladja, még ha albuminuria nincs is kezdetben. Az első vagy merev hypertonia szakából a betegség gyakran igen gyors előrehaladással megy át a második szakba, a renalis decompensatio szakába. Ennek fontosabb tünetei között a fehérjekiválasztás megszaporodása, polyuria és nykturia, a higító és sűrítőképesség csökkenése (hyposthenuria) a bevezető tünetek, amelyeket csakhamar nyomon követ a nitrogenkiválasztás csökkenése és a vérben a maradék-nitrogen megszaporodása (azotaemia). Ebben a szakban már a szemfenéken is súlyos elváltozások észlelhetők (retinitis) és a betegség rövid időn belül a teljes veseelégtelenség képét mutatja. A betegek legnagyobb része uraemiában hal meg; más esetekben apoplexia, kardialis gyengeség, vagy koszorúsértrombosis a halál oka. A veseelégtelenség hirtelen kifejlődését közbejött más betegségek — különösen lázas fertőző betegségek — is előidézhetik; általában az izgalmakkal telt életmódból adódó ártalmak is elősegítik a betegség gyors haladását és befejezését.

A malignus sklerosisban szenvedő betegeken az előrehaladott szakban az általános állapot rosszabbodása, lesoványodás és tetemes anaemia fejlődik ki. A vérben már a veseelégtelenség kifejlődése előtt a húgysav mennyisége emelkedett lehet. A vérsejt süllyedési sebesség erősen fokozódott. Gyakran vérzéses hajlam áll fenn; ezzel kapcsolatban nyálkahártyavérzések, olykor pedig az agyburkok alá történő vérzések (haematoma subdurale) jelentkezhetnek. A szemfenéken súlyos vérelváltozások fejlődnek ki; ezekkel kapcsolatban a szemfenéken is vérzések állhatnak be, amelyek a látást erősen rosszabbíthatják. A szemfenéki elváltozások már aránylag korai szakban is igen jellegzetesek és a betegség felismerésében nagy fontossággal bírnak.

Baráth Jenő dr.
egyet. magántanár

Conservativ myoma-műtétek.

A myoma uteri gyógykezelésében a műtéti és sugaras kezelés versenyez egymással, de csakis a klimaxhoz közeleső korban. Fiatalabb betegeken csakis a műtét jöhet szóba. E tekintetben két út áll rendelkezésünkre: a radicalis és a conservativ eljárás. Minél fiatalabb a beteg, annál inkább megkísérlendő a conservativ megoldás. Ennek kapcsán a méh megtartásának vagy kiirtásának kérdésén kívül olyan technikai problémák is felmerülnek, amelyek az operativ készséget erős próbára teszik. Ez tehát nem tartozik a mindennapos és könnyű feladatok közé. E műtétek lehetnek vaginalisak és abdominalisak. Előbbieknek legközönségesebb formája a kocsányossá

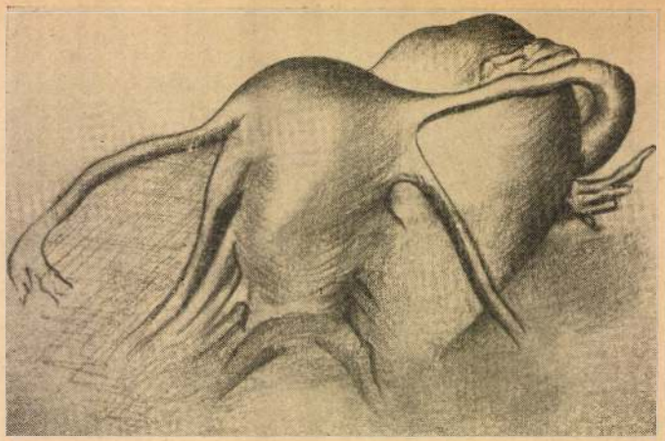
vált myoma lecsavarása vagy eltávolítása ecraseurrel. A zárt méhszáj mellett a méh fundusában ülő solitaer gócnak eltávolításáról keveset hallunk, pedig egyike a leghálásabb beavatkozásoknak, amely aránylag egyszerű eszközökkel oldja meg a kérdést, csupán egy feltétele van: a helyes diagnosis, melynek útja a méhür kitapintása, ha kell, hysterotomia útján. Ennek a megoldásnak egyik példája első esetünk.

K. J. 36 éves nő. 16 éve asszony, kétszer szült, nem vetélt. Pár hónap óta havitisztulásai bőségesek, 10—14 napig tartanak, alvadékos jellegűek és görcsökkel járnak. Panaszai miatt abrasiót végeztek rajta s 1940 VII. 25-én távozott a kórházból. VII. 29-én újból bőséges vérzés lepte meg s klinikánkra jött. Valamivel nagyobb, gömbölyded, tömött tapintatú méhet találunk szabad környezettel, a méhszájból közepes mennyiségű, alvadékos vér ürül. Submucosus myomára gondolunk, ezért méhüri vizsgálatot végzünk s a fundusban széles alapon ülő, *tojásnyi submucosus myomagócot* találunk. Tekintettel fiatal korára, megkíséreljük a conservativ műtéti megoldást. E célból a méhnyakat mellül és hátul egészen a belső méhszájig hosszirányban felhasítjuk, majd a submucosus gócot Museux-vel megragadva, egyirányú csavarással eltávolítjuk. A lecsavarás után betapintva, a méh belső felszínét mindenütt símának találjuk, vérzés nincsen. Ezekután a méhnyak mellső és hátsó falán lévő sebet szabály szerint elvarrjuk és a hólyagalapot gazecsíkkal drainezzük. A beteg a műtét utáni 16. napon gyógyultan hagyta el a klinikát, azóta panaszmentes, tisztulásai normalisak, görcs nélküliek.

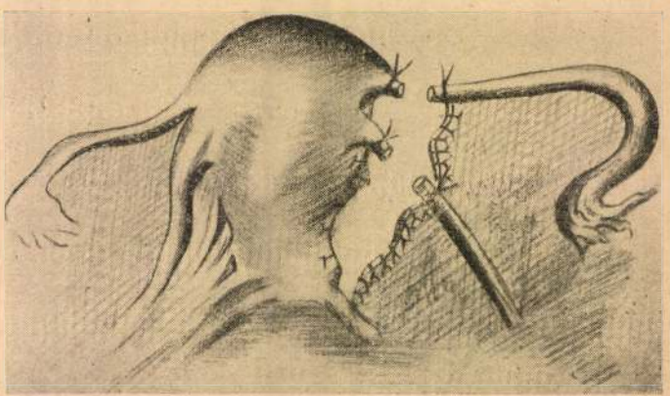
A hasüri conservativ operálásnak leggyakoribb esetei a subserosus kocsányos myomák, melyeknek enucleatiója legtöbbször könnyen sikerül. Már nehezebb a helyzet intraligamentaris góc esetében, amikor még nagy daganatot is lehet a méh meghagyásával operálni. Komolyabb nehézségek csak akkor merülnek fel, ha az intraligamentaris góc a ligamentum latum lemezei között kocsánya útján a cervix falával függ össze. Erre a ritka lehetőségre szolgáltat példát második esetünk.

P. I. 34 éves nő. Másállapotban még nem volt. Tíz éve van férjnél. Havitisztulásai az utóbbi hónapokban bár cyklusosan jelentkeznek, igen bőségesek, 6—8 napig eltartanak. Hónapok óta fennálló alhasi fájdalmai és vérzéses panaszai miatt szakorvost keresett fel, aki méhdaganatot állapított meg és műtét céljából klinikánkra utasította. Felvétele alkalmával a rendes nagyságú méhet leválva és jobbra tolva találjuk. Tőle balra alsó polusával a Douglasba lenyúló, kétökölnyi, tömött izomtapintatú, nem érzékeny, a méh nyaki részével szorosan összefüggő tumort lehet kimutatni. A klinikai tünetek és vizsgálati lelet alapján cervicalis myomára gondolunk és emiatt műtétet végzünk. A július 19-én végzett hasmetszés alkalmával kiderül, hogy a méh baloldalán tapintott daganat valóban cervicalis kiindulású, intraligamentaris myoma. (Lásd az 1. sz. ábrát.) Tekintettel fiatal korára és közel tízévi steril házasságára, conservativ műtéti megoldást választunk, ami a daganat cervicalis és intraligamentaris elhelyezkedése miatt nehéznek látszik. E célból baloldalon a méh mellett mell-háti irányban rámetszünk a ligamentum latumra, miközben a baloldali tubát és ligamentum rotundumot is átvágjuk. Ezután a ligamentum latum lemezeit tompán szétfejtve, a daganatot ágyából kihámozzuk. A myomagóc csupán a cervicalis részen függött össze a méhvel, amelyről élesen választjuk le. A leválasztás helyén lévő sebfelületet két rétegben elvarrjuk, majd a szétfejtett ligamentum latum lemezeit egyesítjük és a méh baloldalához visszavarrjuk. (Lásd a 2. sz. ábrát.) Ezzel együtt az átvágott baloldali tubát és ligamentum rotundumot is a méh corpusának baloldalához rögzítjük. A beteg a műtét utáni 15. napon gyógyultan távozott és azóta is panaszmentes.

A terhességgel szövődött myomagóc enucleálása komoly mérlegelés tárgyát képezi. A terhes méhen végzett műtétek ugyanis nagy százalékban a terhesség megszakadásához vezetnek. Ezért terhesség esetén csak olyankor határozzuk el magunkat műtétre, ha a myomagóc elhelyezkedésénél fogva szülési akadályt képez vagy ha a myomagóc nekrosisának jelei mutatkoznak. A harmadik esetünk példát szolgáltat arra, hogy előrehaladott terhesség mellett is el lehet távolítani a nekrotisált myomagócot anélkül, hogy a terhesség megszakadna.



1. ábra. Az intraligamentaris góc topographiája a has megnyitásakor



2. ábra. A góc eltávolítása és a lig. latum lemezeinek összevarrása utáni állapot

Sz. M. 32 éves nő. Egy éve asszony. Először van másállapotban. Utolsó rendes havitisztulása 1940 július 16—21-e között volt. Terhessége elejétől kezdve állandó rosszullétek zavarták, alhasában tompa fájdalmakat érzett s a terhesség későbbi hónapjaiban is gyakran hányt. Az utóbbi időben lázas volt, ezért szakorvost keresett fel, aki terhesség mellett méhdaganatot állapított meg s klinikánkra utasította. Felvétele alkalmával a köldök fölé két harántujjra terjedő terhes méh mellett jobboldalt a fundus magasságában két férfiökölnyi, mozgathatóságában korlátozott, puhább izomtapintatú, a méhvel összefüggő, igen fájdalmas képletet találunk: Vérkép: vvt: 4.200.000, Hb: 95%, fvs: 10.100, vérsejtsüllyedés: 80 mm. Hőmérséklet: 37.4 C°. A klinikai tünetek és vizsgálati lelet alapján VII. hónapos terhességgel szövődött nekrotikus subserosus myomára gondolunk s emiatt műtétet végzünk. Az 1941 január 14-én elvégzett hasmetszés alkalmával kiderült, hogy a VII. hónapos terhes méh elülső és jobboldali részéből két férfiökölnyi, széles alapon ülő, felpuhult subserosus myomagóc indult ki. Gondos isolálás után kíméletesen dolgozva, hogy a terhes méhet minél kevesebb inger érje, a tumornak a méhhez közeleső részén a serosát körülmetsszük és letoljuk. Ezután a myomagócot kb. gyermektenyérnyi széles alapjáról lefejtjük és eltávolítjuk. A myomagóc ágyában vérző ereket gondosan alákötjük, a parenchymás vérzést 10%-os konyhasóoldatba mártott tamponokkal csillapítjuk. A góc ágyát

több rétegben elvarrva, a műtéti területet a letolt peritoneummal borítjuk. Az eltávolított subserosus myomagóc 530 g súlyú, 12×12×10 cm nagyságú, gömbölyded, sima felszínű képlet. Metszéslapján borsónyi-galambtojásnyi elmállott területek láthatók. Szövettanilag a daganat sima izomsejtekből és kötőszövetből áll. Sok helyen eosinnal egyneműen festődő területek láthatók, amelyeken a magtörmelék porszerű szemcsék alakjában figyelhető meg. Más területeken az erekben stasis és thrombusképződés látható. Az elmállásból származó üregek szélén a leukocyták felszaporodtak. (Baló prof.) Hogy a műtét utáni fenyegető terhességmegszakadást elkerüljük, öt napon át sárgatest (10 mg Proluton Schering pro die) s görcsoldó (Troparin Chinoin 1 ccm pro die) készítményeket adagolunk. A műtét után a kínzó hányinger s gyakori hányás egyetlen gyomormosás alkalmazása után egycsapásra megszűnik s a beteg láztalan reconvalescentia után a műtétet követő 16. napon, megtartott terhességgel, gyógyultan hagyta el klinikánkat.

Ismertetett három esetünk tanulságait a következőkben foglalhatjuk össze. Első esetünkben a 36 éves asszonyon a fundusban helyetfoglaló submucosus gócról volt szó, amely hónapokon keresztül 10—14 napig elhúzódó igen bőséges mennyiségű, görcsös havitisztulásokkal járt. Emiatt szakorvosi kezelésben részesült (abrasio), de eredménytelenül. A panaszok csakhamar kiújultak s az erős alvadékos vérzés folytatódott. A gyors recidiva és a méh enyhén gömbölyded alakja keltette fel bennünk a submucosus góc gyanúját. Ennek a kimutatására szolgált a méhüri vizsgálat betapintással. Meggyőződésünk szerint az instrumentalis betapintás (sonda, curette, polypfogó stb.) nem minden esetben tájékoztat az anatomiai viszonyok felől s nem teszi feleslegessé az ujjal betapintást. Ezt láttuk ismertetett esetünkben is s erre akartunk rámutatni. A helyzet tisztázása után nem lehetett más műtéti eljárást választani, mint a hysterotomia útján hozzáférhetővé tett gócnak hüvelyi eltávolítását.

Második esetünkben a 34 éves asszonyon kétökölnyi, intraligamentosus és cervicalis kifejlődésű myomagócot észleltünk, mely a betegnek panaszokat okozott. A daganat eltávolítását hasmetszés útján végeztük el. Ez esetben a műtét kivitele az előbbihez képest lényegesen nagyobb nehézséget okozott. Látható tehát, hogy még olyankor is megkísérlendő a conservativ műtéti megoldás, amikor az talán az első pillanatban nem látszik könnyű feladatnak.

Harmadik esetünkben idős primiparán VII. hónapos terhesség mellett subserosus myomát állapítottunk meg. Bár a daganat elhelyezkedésénél fogva szülési akadályt nem képezett, mégis a daganat eltávolítása mellett kellett döntenünk, mivel a klinikai tünetekből a myomagóc nekrosisára kellett következtetnünk, amit a műtéti vizsgálat teljes mértékben igazolt.

Az első két esetben a conservativ megoldást technikai szempontok teszik érdekessé és felhívják a figyelmet arra, hogy 40 évnél fiatalabb nők myomája esetén a lehetőséghez képest mindig megkísérlendő a conservativ műtéti megoldás, aminek a nemi functiók teljes épségben tartása mellett el nem vitatható jelentősége van. Harmadik esetünk szép példáját mutatja annak, hogy conservativ eljárással terhesség mellett is elérhetjük a kívánt eredményt ha a műtétet kellő óvatossággal végezzük s gondoskodunk megfelelő hormonalis-gyógyszeres utókezelésről.

Martzy István dr.
női klinikai tanársegéd.
Szeged.

Kankós leánygyermekek kezelése folliculushormonnal.

A hormonkezelés gondolatára az a körülmény vezetett, hogy a leányok kankója az ivarérés idején spontan is meggyógyulhat. Másrészt az is tapasztalás, hogy asszonyok genyedéses vagina- és vulvamegbetegedései aránylag könnyebben gyógyíthatók, mint a kislányokéi. Felnőtt nőkön a hüvely nyálkahártyájának meg-megújhodását és így ellenállóképességének fenntartását a menstruatiók biztosítják. Az volt tehát a törekvés, hogy a felnőttek hüvelyének viszonyait elérjük vagy megközelítsük. 1928-ban *Allan*-nak sikerült bebizonyítania, hogy majmokon és rágcsálókon a hüvely nyálkahártya lajlagos hormonjának, a tüszőhormonnak adagolásával a hüvely nyálkahártyájának erős növekedése érhető el. *Lewis* hasonló kísérleteket végzett eredményesen gyermekeken is. Ilyetén megoldhatónak látszott az a törekvés, hogy a gyermeki hüvely nyálkahártyáját proliferálódásra bírjuk és így ellenállóképességét nagyban emeljük. A fiatal lányok védekezni alig képes nyálkahártyájába, amely bőséges redőzöttsége következtében a különféle genykeltők számára igen alkalmas megtelepedési hely, a gonococcusok nagyon könnyen hatolhatnak be. Virgók hüvelykankója mindig súlyosabb lefolyású, mint az asszonyoké. A gyermekek hüvelynyálkahártyája könnyen fellazul, éppen úgy, mint a terheseké, akiken éppen ez oknál fogva a gonorrhoeás fertőzések mindig súlyosak. A nedvdús, fellazult hámsejtek a saprophyta bakteriumoknak is alig tudnak ellenállni, viszont ha a hámsejtek elszaporodnak és a nyálkahártya vastagabb lesz, a gonococcusok nehezebben tudnak mélyebbre hatolni.

A folliculushormon-adagolással elérhető eredmények azonban nemcsak erre a körülményre vezethetők vissza, hanem fontos szerepet kell tulajdonítanunk annak a körülménynek is, hogy a hüvely pH-értéke megváltozik, ami a Doederlein-bakteriumok megtelepedésére és elszaporodására ad alkalmat. Végeredményben tehát a fiatal lányok hüvelynyálkahártyája egészen olyan lesz, mint physiologiás viszonyok között a felnőtt nőé. *Dobszay*, aki e kérdéssel különösen behatóan foglalkozott, a gyermeki hüvely radikalis milieu-változásának lényegét abban látja, hogy a folliculin hatására a glykogenmentes gyermeki hüvely hámjába glykogen rakódik le, majd a lelökődő hámsejtekből glykolytikus ferment szabadul fel; ezek a fermentek a glykogent szénhydratokra és tejsavra hasítják és az így savanyúvá lett hüvelyben megtelepedhet és elszaporodhat a Doederlein-flora. Szerinte e bakteriumok sohasem telepszenek meg spontan, hanem mindig beojtandók, még pedig akkor, amikor a hüvely sterillé vagy majdnem sterillé lesz. A kezelés következtében u. i. a genyes hüvelyváladék jellege és görcsövi képe teljesen megváltozik: a váladék higabbá, majd sajtos fluor albus-szerűvé lesz és erősen megcsökken, mely átalakulásával párhuzamosan egyre kisebb lesz a genysejtek és egyre nagyobb a hámsejtek száma, csökken a gonococcusok száma a saprophyták javára, majd a gonococcusok, sőt a saprophyták is teljesen eltűnhetnek. Ezt a »steril« szakot tartja *Dobszay* alkalmasnak a Doederlein-flóra beojtására.

A folliculushormon *adagolására* vonatkozólag meglehetősen egységes mód alakult ki. A legtöbb szerző azt ajánlja, hogy a beteg kislány a kúra ele-

jén 10—15.000 hormonegységet kapjon intramuscularis injectio alakjában, majd naponta 2—4000 egységet per os addig, amíg a beadott összmennyiség kb. 75—100.000 egységre rúg. Lehet a kezelést úgy is végezni, hogy 4—6-od naponként csak injectiók formájában juttatják be a szervezetbe a megfelelő összadagot, viszont *Jesz, Lewis—Adler* hosszú heteken át napi 2500 egységet ajánlanak subcutan injectiókban. Szóbajöhetnek naponta 600—1000 egységet tartalmazó vaginalis gelatinás suppositoriumok is, mely adagolási módnak az az előnye, hogy kevesebb hormonegységre van szükség (tehát olcsóbb), az anya is végezheti és a kisebb adagok következtében a megbeszélendő melléktünetek is sokkal jelentéktelenebbek. Egészen hasonló eljárás *Szentkirályi*-é, aki a káros mellékhatások elkerülésére helyileg kenőcs alakjában alkalmazza a folliculushormont (Akrofolin-kenőcs, Chinoin) kb. 2 hétig. Mindegyik adagolási mód mellett kb. 2—3 hét alatt következik be a feltűnő javulás vagy gyógyulás (gonococcusmentesség). Több szerző panaszkodik recidivák miatt. Ha az első kúra nem vezet eredményre, 3 hét mulva egy második kúra is megkísérelhető. Ennél többet ne végezzünk.

E kezelések csupán gyermekeken eredményesek és csakis a hüvely (esetleg a vulva) kankója esetében; a hólyag-, méhnyak- és a gyermekeken igen gyakori végbélkankók ellen hatástalan. Lehet, hogy az ilyen esetek szolgáltatják a visszatérő hüvelyfertőzések miatt a kudarcok nagy százalékát. Enyhe helyi kezeléseket (ülőfürdők, mosások, hüvelyöblítések) mindig végeznünk kell. A leánygyermekek kora nem nagyon befolyásolja a kezelés eredményességét, legfeljebb annyiban, hogy a jó hatások annál feltűnőbbek, minél távolabb van a kezelt lányka az ivarérés korától. A nem egészen friss fertőzések kétségtelenül gyorsabban gyógyulnak, valószínűleg azért, mert ilyenkor már a szervezetnek jobban kifejlődött védekezőképessége is szerepet játszik.

Amikor a folliculushormon-kezelésről véleményt akarunk alkotni, nemcsak az elérhető gyógyeredményeket, hanem a kezeléssel járó *melléktüneteket* is számításba kell vennünk. A közérzetet alig befolyásolja. Majdnem minden esetben, még az egészen kis lánykákon is, meg szoktak duzzadni az emlők, de hamarosan vissza is fejlődnek. Néha az emlőudvarok, a külső genitaliák és a linea alba pigmentálódnak. Kisgyermekeken úgyszólván mindig lanugok lépnek fel a szeméremdombon és a hónaljakban, nagyobb leánykáknál pedig enyhe szőrözet. Nem ritkán mikroskopikus vérzések észlelhetők a hüvely nyálkahártyájában, sőt már pár napig tartó vérzést is észleltek, ami menstruatiónak tekintendő. A kisajkak és a clitoris átmenetileg megduzzadhatnak és erős masturbatióhoz vezethetnek. A másodlagos nemi jelleg kifejlődésének azonban nincs különös jelentősége, mert tapasztalás szerint visszafejlődik. Mindenesetre azonban nyílt kérdés marad, vajjon a hormoninjectiók nem befolyásolják-e a petefészkek későbbi fejlődését és működését, nem okoznak-e hormonegyensúlyi zavarokat azáltal, hogy más mirigyek időelőtti vagy fölös működését is előidézhetik és vajjon a kiprovokált secundär nemijelleg tényleg teljesen visszafejlődik-e és így minden esetleges későbbi károsodás lehetősége kizárható-e.

Kankós kislányok gyors kigyógyítása érdekében mindent meg kell tennünk. Lehet, hogy a folliculushormon-kezelés a gonorrhoeát nem gyógyítja meg, de legalábbis oly mértékben gátolja a gonococcusok kifejlődését, hogy egészen enyhe helyi kezeléssel hamarosan gyógyulás érhető el. A megbeszélt kezeléssel tehát kétségtelenül igen megrövidíthető a gyógyulás időtartama, szükség esetén hosszabb-rövidebb időre orvos nélkül is folytatható a kezelés, nem kell kikapcsolódnia a gyermeknek az iskoláztatásból és — úgy látszik — egyáltalában nincs kitéve olyan melléktüneteknek, amelyek tartós és komoly jellegűek lennének. Szerintem ott, ahol recidivák jelentkeznek, mert ismeretlen helyi vagy biologiai okoknál fogva a hormonkezelés csődöt mond, az újabban igen bevált és használatos kankóellenes gyógyszerek egészen kis, ártatlan adagjaival lehetne kombinálni a hormonkezelést, annál is inkább, mert így nem lennénk ráutalva ez újabb, különben igen hatásos szereknek olyan adagjaira, amelyek esetleg ártalmasak.

Steiger-Kazal Dezső dr.
kórházi főorvos.

Kérdés — felelet!

Kérdés: Miként kell végezni a Linzenmeyer-féle süllyedési reactiót és mik a vérsejtsüllyedés normalis és kóros értékei Linzenmeyer szerint? Milyen betegségekben használhatjuk fel a diagnosis megerősítésére?

Felelet: 1 ccm-es fecskendőbe 0.2-es jelig 5%-os Natr. citr. oldatot, majd az 1 ccm-es jelig venából vért szívunk. (Nagyfokú pangás kerülendő.) Összekeverés után a vért Linzenmeyer-csőbe fecskendezzük. (5 mm-es átmérőjű, 6.5 cm magas kémcső.) Feljegyezzük az időt, míg a felső 10 mm-es jeltől a vörösvérsejtoszlop az alsó 18 mm-es jelig süllyed.

Normalérték Linzenmeyer szerint: férfiak 600 perc, nők 200—350 perc. Ennél rövidebb süllyedési idő kóros.

Jelentősége ugyanaz, mint a Westergreen-féle süllyedési reactiónak. Különbség csak az eljárásban van, amennyiben W. szerint egy bizonyos idő alatt megtett utat olvassuk le, L. szerint pedig a süllyedés távolságát állandónak választjuk és az ehhez szükséges időt jegyezzük fel.

László Géza dr. tanársegéd.

Kérdés. Milyen betegségekben szenvedő betegeknek jár dupla cukorjegy? Orvosi bizonyítványt ki állíthatja ki, hatósági orvos, vagy a kezelőorvos? A kezelőorvos bizonyítványát alá kell-e íratni a hatósági orvossal? Lehet-e egy hosszú (vitium, tüdőtuberculosisos) betegségben szenvedő betegnek hosszú időre kiutalni a cukrot?

D. H. B.

Felelet (illetékes helyről). »Dupla cukoradag« nincsen. Azokon a helyeken, ahol a heti cukorfejadag 24 dkg alatt van, a fejadag kiegészíthető legfeljebb 24 dkg-ra a következő betegségek esetén: vesebaj, szívbaj, májbetegség, vércukorcsökkenés, gümőkór, vagy hevenyfertőző megbetegedés, vérkeringési szervek súlyosabb megbetegedése. Továbbá, ha a vizsgált személy 65. életévét meghaladta és emellett aggkori gyengeségben szenved, vagy ha senyvedő (kachexiás) állapatban van és végül, ha nagyobb műtéten esett át, de ebben az esetben legfeljebb 3 hétre. A kiadott orvosi bizonyítványban azt kell igazolni, hogy a betegnél az 515/1940. B. M. számú rendelet értelmében a cukorfejadag felemelésének indokoltsága fennáll. A bizonyítványban fel kell tüntetni a fejadag kiegészítésének időtartamát, a feltétlenül szükséges cukor heti mennyiségét és azt, hogy a cukor egyéb táplálékkal nem pótolható. A bizonyítványt úgy a hatósági, mint a magánorvos illetékmentesen kiállíthatja. A magánorvos által kiállított bizonyítványt a hatósági orvossal nem kell aláíratni.

II. évfolyam 6. szám Budapest, 1941. május hó 31.

ORVOSTUDOMÁNYI KÖZLEMÉNYEK

Megjelenik minden hónap második és 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 Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. női klinikájának közleménye. (Igazgató: Frigyesi József ny. r. tanár.)

A méhkaparás jelentősége a méhnyálkahártya szakaszos működésének ismerete óta.*

Irta: *vitéz Sövényházy Ágost dr.*, egyet. magántanár, adjunctus.

A csaknem száz év óta *(Recamier)* kezdeményezett méhkaparás 1875-től *(Olshausen)* egyre gyakrabban alkalmazott eljárása a nőorvoslásnak. Amikor rendellenes vérzések okát a méh belhártyájában vélték: kaparókanálhoz nyúltak. Csak amikor rosszindulatú folyamatra volt gyanú, akkor tulajdonítottak a kaparásnak — gyógyító hatásán kívül — kórjelző jelentőséget is. Ekkor szövettani vizsgálatra küldték a méhből nyert anyagot. Tudományosan dolgozó intézetekben azonban már régebben is *rendszeresen* végezték a kaparékok górcsövi vizsgálatát. Megtudták belőle az újképleteken kívül keringési zavarok, elhalások és főleg gyulladások jelenlétét.

Hatalmas lépéssel vitte közelebb a nőorvosi tudományt a természet kifürkészéséhez az, amikor az utolsó évtizedekben a hypophysis irányította petefészek-cyklusnak a méhbelhártya ütemes-szakaszos működésével összefüggését megismertük. A felismerés első, túlsokat ígérő szakaszában az volt az érzésünk: a méhvérzések felső irányítását ismerve, a hormonrendszer felismerésével gyógyszerkincsünk majd olyan értékű lesz méhrehatásában, hogy a méhkaparást jóformán egészen szűk térre fogja visszaszorítani. Különösen amikor a fiatalkori és a változás korában gyakori kóros méhvérzések egyik leggyakoribb okát a túlérő tüszőben (»folliculus persistens«) találták meg, az volt a remény, hogy fiatal leányok vérzése s az ezt előidéző ismétlődő nyálkahártyatúltengések esetei többé nem kerülnek méhkaparásra. A havivérzésnek a petefészekcyklus hibájával magyarázott ütemzavarai esetén s főképpen a méhizomzat hibájában rejlő vérzésmennyiségi zavaraiban is végleg kiküszöbölhetőnek látszott a méhkaparás szüksége. Mivel a méhnyálkahártya szakaszos átalakulásának előidéző erőit elméletileg kiismertük, úgy látszott, ez a nem nagy jelentőségű, de könnyen elvégezhető, elterjedt műtét elvesztette jelentőségének nagy részét.

A legutóbb közkinccsé vált hormonhatások ismeretének szemüvegén át felülvizsgáltuk méhkaparásanyagunkat. S ha a legutolsó évtized klinikai anyagára visszatekintünk, az a benyomásunk, hogy a méhkaparás bizonyára veszített gyógyító jelentőségéből. Az emberi petefészek szakaszos működésének hormonalis irányítása *bizonyos mértékig* kezünkbe került. Az attól függő rendellenes vérzések jórésze kikerült a méhkaparás hatóköréből. Azonban, ha a méhkaparás gyógyító szempontból veszített is jelentőségéből, viszont a kaparékból nyert szövettani lelet értéke kórjelzés és kórjóslat szempontjából rendkívül sokat növekedett. A *hypophysis-petefészek-méhnyálkahártya* felülről lefelé egymástól függőségének eredménye, hogy a legalsó rétegnek, a nyálkahártyának tárgyilagos ismerete, szövettani lelete biztos következtetésre ad alkalmat a fölérendelt szervek működésére vonatkozólag.

Nézzük át az 1930—39-es évtized méhkaparásainak szövettani leletét; abból megvilágítható lesz, mit jelent a tudományosan gondolkodó és rendszeresen vizsgáló orvos kezében ma a méhkaparás. A 10 esztendő alatt (1930. I. 1-től 1939. VIII. 1-ig) 7288 nőgyógyászati fekvő beteg volt az I. sz. női klinikán. Ezek közül 1320-on végeztünk méhkaparást, vagyis 18%-on. Az összes (5953) nőgyógyászati műtétnek 22%-át teszik a méhkaparások, vagyis ma is legalább minden ötödik műtétünk ez volt.

Elvileg már 1929 óta, mióta *Frigyesi* professzor vezeti a klinikát, minden méhből nyert anyagot szövettanilag feldolgozunk. Eleinte azonban a kérdésesnek egyáltalában nem látszó kaparékok egyik-másikának leletét nem jegyeztük fel. 35 ilymódon hiányzó lelethez kell venni azt a 25-öt is, amelyekben a 9—10 év előtti időben csak annyit mond a megállapítás: »rosszindulatúság nincs«. Ezenfelül 4 leletben csak a portio lekapart erosiójáról található feljegyzés. 14 eset pedig művi terhességmegszakítás volt. Ezeket elhagyva, *1242 méhkaparásnak szövettani leletéből vonhatunk le következtetéseket.* A leletek elkészítése néhai *Gál Ödön dr.*, majd *Rechnitz Kurt dr.* egyet. tanársegédek értékes munkája volt.

Mindenekelőtt a *javallatokról* rövid pár szót. A méhkaparás előfordulási száma ugyan csökkenőben van, mégis, mint látjuk, ma is a műtétre kerülő női betegek több mint $^1/_5$-én végezzük. A cyklustan kialakulása rávilágított arra, hogy vannak olyan rendellenes vérzések, amelyeknek eredete a petefészek kóros működésére vezethető vissza. Éppen ezért nem valók arra, hogy a végrehajtó szervben: a méhben végezzünk beavatkozást, nyálkahártyalekaparást. Így pl. a 28 napnál gyakrabbi és néha az átlagnál bővebb havivérzés — a mai ismeretek szerint — csökkent, tehát *erősítendő petefészekműködést* jelent. Éppen úgy, mint a ritkán és kismértékben jelentkező havibaj. A túlbőven jelentkező havivérzés oka pedig főképpen a méh *izomzatában* található, nem mondható tehát oki kezelésnek ilyenkor sem a *nyálkahártya* lekaparása. Ezt legfeljebb csak erős vérzés sürgős szüntetésére, vagy egyébként nem biztos kórisme felderítésére végezzük néha.

A rendellenes vérzések különféle alakjai közül elsősorban az elhúzódó, múlni nem akaró havivérzés, a rendetlenül, össze-vissza jelentkező vérzés, főképpen pedig a változás korában vagy ahhoz nagyon közel szabálytalanul jelentkező vérzések indokolják a méhkaparást. Legjobban akkor tekintjük át a méhkaparás javallatait is, ha átnézzük a szövettani leletadta kórismeket, melyeket műtéteink alapján megállapíthattunk.

* A Kir. Orvosegyesület 1940. XII. 20-i ülésén tartott előadás.

Táblázat az I. sz. női klinika 1930—39-ben végzett méhkaparásainak szövettani leletéről:

1. Cyklikus nyálkahártya	204	(16%)
2. Gyulladás (endometritis chron. et subac.)	300	(24%)
3. Méhnyaki polypus	36	(2.9%)
4. Rostos-mirigyes méhnyálkahártya-polyp	172	(14%)
5. Vetélés utáni nyálkahártya	92	(7%)
6. Mirigyes-tömlős nyálkahártya-túltengés	308	(25%)
7. Sorvadt nyálkahártya	60	(5%)
8. Rosszindulatú folyamat	44	(3.5%)
9. Méhizomdaganat okozta keringészavar	11	
10. Gümős nyálkahártyagyulladás	4	
11. Adenomyosis interna	3	
12. Fürtös üszög	1	
13. Méhenkívüli terhesség	3	
14. Decidualis elváltozás (corp. lut. pers.)	1	
15. Ovariogen cyklus-zavar (részben proliferatio, részben secretio)	1	
16. Lipoma uteri	1	
	1242	

Lahm 1926—27-ben Chemnitzből 780 méhkaparásról számolt be. Ebből cyklikus nyálkahártyát talált a szövettani vizsgálat 16%-ban; vetélést 24.5%-ban; nyálkahártyatúltengést 18%-ban; nyálkahártyasorvadást 3.7%-ban; elhalásos és bizonytalan leletű nyálkahártyát 14%-ban és rákos folyamatot 0.9%-ban.

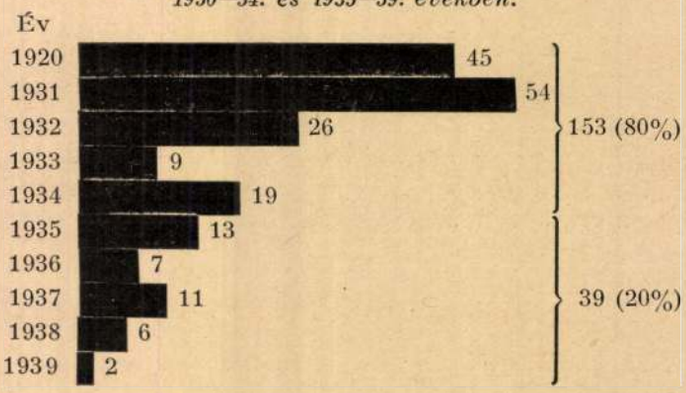
Cyklikus nyálkahártya. A nemi működés szakaszos rendjének ismerete alapján általánosságban azt tartjuk, hogy a cyklikusan jelentkező vérzészavarok a *petefészekműködés* hibájának következményei. Eszerint, ha az okot akarjuk gyógyításunkkal befolyásolni, ne a másodlagosan hibás *méhbelhártyához* nyúljunk, hanem a petefészekműködés épségét igyekezzünk helyreállítani. Vagyis méhkaparást főképpen csak az ú. n. acyklikus vérzészavarok miatt indokolt végezni. Legfeljebb ritkább körülmények, pl. az előbb említett túlerős vérzés, vagy vissza-visszatérő, gyógyszerrel nem befolyásolható s egyéb okkal nem magyarázható vérzészavarok egy-egy ritkább esete kényszerít reá. Főképpen változás korában lévő betegeken. Másodsorban nem gyógyuló, serdülőkori vérzések esetében.

Olyan esetben, amikor nem maga a méhnyálkahártya beteg, hanem a vérzés oki tényezőinek magasabb régióiban van a hiba, — a méhkaparék természetszerűleg az élettani szakaszos, cyklikus működésnek megfelelő bonctani képet fog adni. Vagyis a górcsövi kép a méhnyálkahártya ütemes, időszakos változásainak valamelyik szakaszát fogja mutatni. Eseteink közül 204-nek volt ilyen szövettani lelete. Ne gondoljuk mégsem, hogy ezekben az esetekben felesleges volt a beavatkozás. Egyrészt a nyálkahártya szövettani képe nem mindig egyezik a cyklus idejével, másrészt a kaparás momentán mindig vérzéscsillapítólag hat, emellett biztosítja — legalább is kizárásos alapon — a kórjelzést. Végül serkentőleg hat a nyálkahártya újjáépülésére.

Amióta a vérzéses rendellenességek kóroktani rendszerbefoglalását megközelítettük, egyre kevesebb azoknak a méhkaparásoknak a száma, melyekben a lelet: cyklusnak megfelelő nyálkahártya, vagyis: *regeneratio, — proliferatio — secretio* vagy *desquamatio* szöveti képét kapjuk. Természetesen mindig lesz és kell is lenni ilyen eredményű kaparásnak is. Pl. a klimaxban néha-néha visszatérő egyes gyanús vérzés ideiglenesen reactiválódó szakaszos petefészekműködéstől (cyklustól) lehet. Serdülőkori vérzés vagy meddőség miatt végzett méhkaparás is járhat ilyen szövettani eredménnyel.

A vérzéses rendellenességek okaival és gyógyításával a nőorvostudomány az utóbbi időben behatóan foglalkozott. Több tudományos nagygyűlésnek volt ez fő vitakérdése. A Magyar Nőorvosok 1934. évi nagygyűlése éppen e tanulmány szerzőjének beszámolója alapján foglalkozott a kérdéssel. E gondolatkör részleteibe történő alapos betekintés óta mindenütt kevesebb az ép cyklus-folyamat mellett végzett méhkaparások száma. Klinikánkon is tetemes az eltérés a legutóbbi 10 évnek *első felében* nyert normalis cyklust mutató nyálkahártyakaparékok száma és a *második 5 év* ilyen leletű méhkaparékainak száma között. Az összes szakaszos nyálkahártyaműködésre mutató leletből ugyanis (leszámítva 12 meddőség miatt — sorozatosan — végzett esetünket) 153, vagyis 80% esett az 1930—34-es fél évtizedre és csak 39, vagyis 20% az 1935—39-es 5 esztendőre. Másszóval tehát a réginél jóval ritkábban végzünk ma olyan esetben méhkaparást, amikor a vérzés oka a méhbelhártyán kívüli körülmény, amikor a kaparás nem az igazi gyógyító beavatkozás. Ilyen eseteink egy része meddőség kivizsgálásával, más része méhhátrahajlásos keringési zavarral kapcsolatos. Jónéhány változáskorban előforduló vissza-visszatérő vérzési cyklust is találtunk.

»Cyklikus nyálkahártyát« adó kaparékok 1930—34. és 1935—39. években:



Méhnyálkahártyagyulladás. A méhbelhártyalob, mint kórisme, az utolsó évtizedben alakult ki igazi kórtani értelemben. A mult században még a *Ruge* és *Veit* szerint »endometritis glandularis« és »endometritis interstitialis« szerepelt. 1908 óta az *Adler*- és *Hitschmann*-féle vizsgálatok kiderítették, hogy amit azelőtt *Ruge* és *Veit* értelmezése alapján endometritis glandularisnak tartottak, az a szakaszosan újjáalakuló méhbelhártya élettanilag megjelenő praemenstruatiós, »secretiós« szakasza. Az »endometritis interstitialis pedig nem egyéb, mint a méhnyálkahártya-cyklusnak első része, a tüszőhormon hatására létrejövő »proliferatiós« szak, a még kevésbbé tág és alig kanyargós mirigyekkel. A méhnyálkahártya-cyklus szövettanának ismerete a nyálkahártyagyulladás (endometritis) kórisméjét — ezek szerint — erősen beszűkítette. Valódi gyulladást a stromában vagy a mirigyjáratok között található fehérvérsejtes (leukocytás) és kereksejtes beszűrődés, esetleg ezzel együtt található bakteriumlelet igazol.

A mai értelemben akkor beszélnénk »endometritis interstitialis«-ról, ha a stromában találnánk különösen bőven valódi plasmasejtes, genysejtes beszűrődést. »Endometritis glandularis«-nak modern értelmezésben a basalis nyálkahártyaréteg

burjánzó, gyulladásos betegsége mondható. *Lahm* szerint az ilyen »diffus basalis hypertrophia« önálló kórkép, melynek petefészek-működészavar, esetleg corpus luteum persistens is lehet az oka. Méhtestpolypok is ilyen elváltozásból fejlődnek. Ma a gyulladásoknak ezt a fenti beosztását azonban már nem szokás használni. Általában csak »valódi endometritis«-ről beszélünk.

A méhkaparást indokoló, főképpen elhúzódó és kiújuló vérzések jórésze — mint anyagunk mutatja: 24%-a — gyulladásból, valódi endometritisből ered. Ennek idült állapotában a méhkaparás a legelterjedtebb és bevált gyógyeszköze.

Itt említem a nyálkahártya egyik ritka, idült gyulladásos betegségét: a *tbc. endometrii*-t is. Ezt mindössze 4-szer találtuk az 1320 szövettani lelet között. Tehát 1000 méhkaparás között átlag 3-szor fordul elő. Mind a 4 esetünk meglepő véletlen lelet volt. Egy 20 éves és egy 48 esztendős nőnek rendellenes vérezgetései indokolták a méhkaparást. Másik 2 esetben (egy 19 éves és egy 31 éves nő) meddőség volt a panasz. Mindegyik esetben, de különösen a fiatal és meddőség miatt panaszkodó nőknek általános gümőkór elleni kezelésének szükségességére hívta fel leletünk a figyelmet. Mennyire értékes ez ilyenkor, hogy ne hiábavaló és drága orvoslással igyekezzünk a természetnek tulajdonképpeni bölcs védekezését: a meddőséget leküzdeni, hanem az alapbajt kezeljük, amikor is a meddőség a gümőkór gyógyulásával együtt természetszerűleg megszűnhetik.

Polypus. Sok rendellenes vérzésnek előidézője a méhnyálkahártya polypusa. Hogyha a méhnyakból ered és kikocsányosodva megszületőfélben van, egyszerű lecsavarással eltüntethető. Közvetlen ezután nem szoktunk méhkaparást végezni, bár lehet, hogy a méhürben is van polyp, amely további rendellenes vérzést idézhet elő. A nyitott nyakcsatornában csírokkal telt és sokszor elhaló, szétesö polyp fertőzött területet jelent. Ilyen helyen pedig a méhkaparás súlyos gyulladásos folyamatot válthat ki. Éppen ezért, ha a polyp egyszerű eltávolítása után is vérzés áll még fenn, napokkal később, a polyp helyének feltisztulása után végzendő el a méhkaparás.

Méhnyakban ülő, de még nem látható polypot 36-szor, méhtestben lévőt pedig 172-szer találtunk a kaparék szövettani leletében. Ámbár kiújulás lehetséges, a méhkaparás mégis jóformán biztos és emellett egyszerű gyógyítási módja ennek a betegségnek. Gyakran myomás méhre hívja föl a figyelmet.

Vetélés utáni nyálkahártya. A nagyon elterjedt vetélések után elég nagy százalékban keletkezik visszamaradt peterészek kapcsán rendellenes méhvérzés. Kaparékainknak mégis csak 7%-ában találtunk vetélés utáni állapotot. Ennek a csekély számnak a magyarázata az, hogy vetélők egyetemi klinikára, ahol a főcél a tanítás, csak elvétve kerülnek. Előfordulásuk kórházi osztályokon sokkal gyakoribb. Éppen ezért a méhkaparásainkban szereplő 7% nem felel meg a valóságos előfordulási hányadnak, ez általánosságban jóval nagyobb. A méhkaparás közismerten a legmegfelelőbb gyógymódja a vetélés utáni — láztalan — vérezgetéseknek.

Mirigyes tömlős nyálkahártyatúltengés. Összeállításunkból látszik, hogy 10 esztendei anyagunkban a *méhkaparások okaként leggyakrabban a »hyperplasia glandularis cystica« nevű kórkép szerepelt.* Háttérbe szorulnak ma már ezzel szemben a gyulladásos esetek, mert a túltengő nyálkahártyát ma már nem gyulladással magyarázzuk. Ilyen mirigyes tömlős túltengés eseteinknek 25%-ában, 309-szer volt szövettanilag megállapítható.

Ennek a szövettani képnek kóroki körülírását és a kórkép klinikai megismerését a szakaszos nemi működés felderítésének és a hormonkutatás vívmányainak köszönjük. Magát a szövettani képet már a mult században leírták. *Ruge* »endometritis glandularis hyperplastica«-nak, *Olshausen* »endometritis fungosa«-nak nevezte. Amióta megismertük a nyálkahártya-cyklust, felismertük, hogy a régi értelemben vett endometritis glandularis — mint már fentebb mondtam — sem gyulladás, hanem a nyálkahártya mirigyeinek a petefészek hormonalis hatására beálló felszaporodása, kanyargóssá válása. Ennek az élettani folyamatnak, mégpedig első szakaszának: a proliferatiónak eltúlzását, kóros fokozódását: a mirigyek hatalmas felszaporodását, tömlős kitágulását, — a stroma rovására — ezt ismertük fel a régebbi »endometritis glandularis hyperplastica«-ban. Nincsenek gyulladásos elemek, tehát nem »endometritis«, ellenben tömlőszerű tágulásokkal túlteng a mirigyes nyálkahártyarész. Innen az új név: »mirigyes tömlős túltengés, hyperplasia glandularis cystica endometrii«. *Lahm* még egyszerűen »hyperplasia mucosae uteri«-nek nevezi. *Schröder* pedig a *»metropathia haemorrhagica«* — lényeget ki nem fejező — nevet kívánta fenntartani ennek a kórképnek. Ennek, — a szakkörökből a köztudatba még át nem ment — újabban felismert kórformának szövettani lényegét ismertetve, még pár szót kell, hogy szenteljünk neki. Elég gyakori betegség. *Schröder* és *Tietze* a klinikán jelentkező nőbetegek között kb. 1%-ban ezt találták. Néhány év előtti vizsgálataink szerint a klinikánkon *fekvő* betegeknek 4.3%-ában fordul elő mirigyes tömlős méhnyálkahártyatúltengés.

Előidéző okáról annyit tudunk, hogy a tüszőhormon, mely hatásával a cyklus első felében felépíti a méh nyálkahártyáját (proliferatiós szak), hibásan tovább termelődik, nem ad helyet a sárgatest-hormonnak, amely a tüszőrepedés után átvenné előbbinek szerepét, hogy a méhnyálkahártya átalakítását (transformálását), secretiós szakának felépítését végezze. Az így, ovulatio nélkül túlélő tüsző: »folliculus persistens« tulajdonképpen a végső ok, mely a nyálkahártyatúltengést előidézi. Hogy ennek a tüszőtúlérésnek és a petekiszabadulás (ovulatio) elmaradásának, ezáltal a sárgatesthormon-hiánynak mi az előidéző oka, erre vonatkozólag még feltevésekre vagyunk utalva. Ennél és a kórkép egyéb részleteinél e helyen nem időzhetünk. (Lásd: az Orv. Képz. 1934/6. sz.-ban megjelent dolgozatot.)

A méhkaparás szempontjából azt kell tudnunk, hogy bár klinikai képében meglehetősen jellegzetes ez a betegség, biztosan mégis csak a méhkaparék szövettani vizsgálata alapján kórismézhető. A méhkaparással azonban a kórisme mellett a betegség legbiztosabb gyógyítását is elérjük. Az elhaló, vérezgető, lelökődni nem tudó túltengett nyálkahártya lekaparása után megszűnik a vérzés és kb. 50%-ban a petefészek hibás működése is helyet ad szabályos szakaszos peteérésnek, ovulatióval, sárgatest-képződéssel. Talán — mint *Raisz* mondja — a petefészekre gyakorol a méhkaparás ingerhatást. Ezután — az esetek egy részében — a havivérzések is általában szabályosan következnek.

A hormonkutatás eredményei alapján logikus az a törekvés, hogy a klinikailag tüneteiből felis-

merhető ilyen esetekben az elmaradt tüszőrepedést, sárgatestképződést és méhnyálkahártya-átalakulást (a proliferatióból a praemenstruatiós: secretiós szakaszba) hormonkezeléssel idézzük elő. Ez a fölé rendelt mirigynek: a hypophysis mellső lebenynek gonadotrop hormonjaival nem sikerül olyan mértékben, ahogyan azt kezdetben reméltük. Még legmegbízhatóbbnak a terhes-vér, illetőleg serum befecskendezése bizonyult. Amikor azonban ezek a biologiai gyógyszerek nem használnak, különösen erősen vagy hosszasan tartó vérzés esetén, nem kerülhető el a méhkaparás. Még a serdülőkorúak rendellenes vérzésekor is tanácsos egy ízben, a biztos kórismézés érdekében, kaparást végezni. Kiújulások azután többször eredménnyel kezelhetők hormonalis úton is. Bár *Schröder* és *Lahm* is indokoltnak tartják serdülőkori esetek többszöri kikaparását is. Mi is kezeltünk olyan fiatal leányt, akinél a hormonkezelés felmondta a szolgálatot és 3 év alatt 4 ízben kellett a kaparást megismételni.

Idősebb, változáskorú betegeken azonban azért is kell feltétlenül a beavatkozás, mert sohasem zárható ki rosszindulatú folyamat. Még fiatal egyén esetében sem egészen ritka, hogy serdülőkori vérzés okaként a méhkaparással olyan bonctani elváltozást (daganat, polyp, gümőkór) találunk, amelynek rejtvemaradása a gyógyulást kizárta volna.

A mirigyes-tömlős nyálkahártyatúltengésben szenvedő betegek kora úgy oszlott meg, hogy 20 év alatt 14, 20—25 éves 12, 25—35 29, 35—40 40, 40—45 67, 45—50 104, 50—60 40, 60—65 éves 3 beteg volt, vagyis serdülőkori vérzésre esett az eseteknek 4.5%-a (*Runge* anyagában 2.2%), míg a megbetegedések többsége, 55%-a (*Runge* 59.2%) 40—50 éves asszonyokon fordult elő. A petefészkek zsenge korában is van kevésszámú ilyen működéshiba, túlnyomórészt azonban az ivarmirigyműködés végén, legyengülő állapotában keletkezik. Míg anyagunkban 70%-ban 40 éven felülieken, *Runge*-nál 75%, — *Schröder* anyagában 82%-ban ilyenkorú egyénekben szerepelt a túlélő tüsző által előidézett kórkép. Jeléül annak, hogy a petefészekműködés kimerülési állapotával függ össze.

Klinikai megjelenésében »abortus-typusú« vérzésre emlékeztet a mirigyes-tömlős nyálkahártyatúltengés (*Tietze* szerint 78%-ban). Többnyire késéssel, 6—8 hetes vérzésszünet után, közepes erősséggel jelentkezik a méhvérzés, amely nem szűnik, legfeljebb kisebb-nagyobb szünetet tart. Nem darabos, miként a vetélőké szokott lenni. Előfordul több hónapig, esetleg még hosszasabban tartó havivérzésszünet utáni bekövetkezése is. *Tietze* szerint kétévi szünet a leghosszabb, *Runge* szerint azonban hatévi klimax után is előfordult már. A vizsgálati lelet is vetélő méhre emlékeztet. Ez a tüszőhormon túlképződésének következménye. Megduzzadt, felpuhult a vérző méh, a nyakcsatorna is megnyílik kissé, mert a rossz kiürülési viszonyok erre kényszerítik. Még a terhességre jellemző szilvakék elszíneződés (lividitas) is feltalálható olykor bizonyos mértékig.

Nehézséget okozhat az elkülönítő kórjelzésben más körülmények okozta rendellenes vérzéstől való megkülönböztetése. Ezért érthető, hogy biztos kórismézéhez csak méhkaparás vezet, enélkül sohasem csalhatatlan a kórjelzés.

Mint említettem, hosszabb változáskori havibajelmaradás után is látunk olykor mirigyes-tömlősen túltengő nyálkahártyát. Minden ilyen idősebbkori lelet felhívja a figyelmet arra is, keressük, nincs-e petefészekdaganat. Ugyanis a tüszőhormont termelő »granulosasejt-daganat«-nak és »thecasejt-daganat«-nak jellegzetes velejárója az igen nagyfokú, polyposus, mirigyes-tömlős nyálkahártyatúlburjánzás. (*R. Meyer, Schröder, v. Szathmáry, Stefancsik* stb.) Nem egy ilyen rosszindulatú daganat felismerése a méhkaparék szövettani vizsgálásának volt köszönhető.

Sorvadt nyálkahártya. Sorvadt, atrophizált nyálkahártyát 60 kaparékban találtunk. Főképpen a változás korában és utána fordul elő. A petefészekműködés kialvásakor már nem épülhet fel szakaszos ütemekben a méhnyálkahártya. Az is előfordulhat, hogy van bizonyosfokú petefészek-hormon-működés, azonban a nyálkahártya már nem képes erre reagálni. Nemcsak változás korában, serdülőkorban is találkozunk ilyen esetekkel. Idősebb korban a rosszindulatú betegség gyanúját adó tünetek: folyás, rendellenes vérzés mellett nagy megnyugtatás az ilyen szövettani lelet: a működésnélküli, sorvadt nyálkahártya. Gyógyítására a kaparás többnyire elég. Fiatalkorban még hormonkezelés is szükséges. Időskorban pedig röntgenezés, rádiumkezelés és makacs esetekben méhkiirtás jöhet szóba.

Rosszindulatú folyamat. Kevés a mondanivaló arról, ha rák vagy sarkoma a szövettani lelet, ami anyagunkban 44-szer, vagyis az eseteknek 3.5%-ában fordult elő. Ezeknek természetesen túlnyomó része rák volt. Nyálkahártya-sarkoma vagy a nyálkahártyára ráterjedő fali sarkoma igen ritka, mindössze 2 kaparékban fordult elő. A teendő nem kétséges. A lehetőségekhez képest mélyreható műtéti és sugaraskezelés. Ha műtétre már alkalmatlan az eset, rádium- és röntgenezés!

Nem érdektelen annak áttekintése, milyen a rosszindulatú esetek átlagos 3.5%-os arányához képest az idősebbkorúak méhkaparékaiban talált rosszindulatú folyamatok előfordulási százaléka. Ez a korral együtt emelkedik. Míg a méhkaparásra szoruló *244* 50 éven felüli asszonynak 13%-a, a *70* hatvan éven felülinek már 26%-a szenvedett méhrákban. A nem rosszindulatú betegségek közül: polyp, mirigyes-tömlős nyálkahártyatúltengés, méhbelhártyalob, sorvadt- és részben még egy-egy cyklikusan felépült nyálkahártya járt olyan rendellenes vérzéssel, amely méhkaparást indokolt.

Az 1934. évi Nőorvos Nagygyűlésen előadott referatumom anyagában a klimax-kori vérzések 56%-ában találtunk rosszindulatú betegséget. Mivel, mint fentebb láttuk, a méhkaparást szükségelő esetekből csak 13, — illetőleg 60 éven felülieknél 26% a rosszindulatú folyamat, ebből az következik, hogy a többi esetben egyszerű tapintási vizsgálattal vagy tükrözéssel, (méhkaparás nélkül!) felismerhető kóros elváltozás okozza a vérzést. A rák felismerése ezek szerint az időskori vérzéseknek (56%-ból levonva 13%) 43%-ában egyszerű vizsgálattal elérhető. Csak ha ezzel nem találjuk meg a vérzés okát, fordulunk méhkaparáshoz. De ilyen esetekben már csak 13%-ban (60 évnél öregebbnél 26%-ban) kell rosszindulatú bajtól tartani.

Méhizomdaganat. Méhizomdaganat okozta rendellenes vérzés miatt olyankor szokás méhkaparást végezni, amikor a myoma nem igényel alaposabb műtéti beavatkozást, — mert nem nagy, nem kocsányos és komolyabb panaszokat nem okoz. Többnyire a változáshoz közeleső korban végzünk ily esetben

méhkaparást, a röntgensugaras castrálás előtt. Nyálkahártya alatti (submucosus) myoma gyanúja esetén az ú. n. méhüri vizsgálat arra szorítkozik, hogy kutasszal vagy kaparókanállal végigtapintjuk óvatosan a méh üregét. Csak akkor kaparunk, ha nincsen határozott submucosus góc. Ha van, ezt el kell távolítani. Az ilyen myoma tokjának kaparással történő felhasítása nem gyógyítja a betegséget, ellenkezőleg: fertőzésre, fertőzött elhalásra vezethet. Bedomborodó nyálkahártya alatti góc a nyálkahártya vérkeringési zavarát idézi elő. Felpuhuló, elhaló izomrostokkal együtt vagy anélkül ilyen keringési zavart mutató, gyakran polyposus nyálkahártyát, melyből izomdaganat jelenlétét állapíthattuk meg, 11-szer találtunk a szövettani képben. A további eljárás az ilyen eset egyéb sajátosságaitól függ.

Adenomyosis. Ugyanez mondható a méhizomrostok közé hatoló nyálkahártyából felismerhető »adenomyosis interna« esetekre. Ebből az egyébként ritkán, inkább véletlenül felismerhető leletből 3 esetünk volt. A kórképet a kaparékból felismerve, ha a panaszok nem szűnnek, gyökeresebb műtéti eljáráshoz kényszerülünk folyamodni.

Fürtös üszög. A ritkán előforduló kaparékleletek között említésre méltó egy érdekes molaesetünk (93/1938. sz.). Másutt méhkiürítéssel befejezett mola-vetélés után néhány héttel lényegtelen vérzési panaszokkal jelentkezett az asszony, kinek vizeletéből végzett *Aschheim—Zondek* reactiója positiv maradt. Chorionepithelioma radikális műtéti javalatának felállítása előtt megnyugtatásul, a végleges kórhatározás érdekében még egy méhkaparást végeztünk. Elég bőséges mennyiségű molafürtökből álló kaparékot kaptunk. Vagyis az eredetileg végzett méhkaparáskor nem ürült ki tökéletesen a méh. Ez magyarázta az Aschheim—Zondek reactio további positivitását, amely ilyenkor egyébként chorionepitheliomára lett volna jellemző. Kaparásunk után lassan, fokozatosan csökkent a reactio foka, — végül negativ lett. A fiatal asszony azóta egészséges és egy önkénytelen vetélésen is átesett.

Ritkább leletek. Mindössze egy-egy esetben találtunk a szövettani leletben túlélő sárgatestre (corpus luteum persistens) jellemző terhességnélküli decidualis elváltozást, mely kezdődő terhességgel, illetőleg méhenkívülivel téveszthető össze; zsírdaganatrészeket (lipoma) 73 éves asszony esetében, mint egészen ritkaságot (10/1939. kórl. sz.); olyan cyklus-zavart, melyben a szöveti kép részben csak proliferált, részben már secernáló nyálkahártyából állott (146/1928. sz.).

Méhenkívüli terhesség. Méhenkívüli terhesség kórismézése 3 ízben történt méhkaparékból. Chorionelemek nélküli deciduát találtunk. Ezt összevetve a klinikai tünetekkel, — kaptuk meg a helyes kórjelzést. Felmerül itt az a kérdés, vajjon méhenkívüli terhességnek gyanúja ok-e diagnostikus méhkaparás elvégzésére.

Vannak elvétve szakemberek *(Benthin, Schneider),* kik bizonyos ritkább esetekben ajánlják ezt, mert a terhességi decidua jelenléte ébrényi elemek nélkül, egyik legdöntőbb bizonyítéka a méhenkívüli terhességnek. Ezzel szemben alaposak *Lahm* meggondolásai, melyek alapján elveti a méhenkívüli terhesség kórismézése szempontából méhkaparásnak végzését. Szerinte nem egészen megbízható ilyen alapon a kórjelzés. Előfordulhat ugyanis, hogy a méhenbelüli pete teljesen kilökődött. Előfordulhat corpus luteum persistens-től olyan decidualis nyálkahártya-kép, mely a koraterhességtől nem különböztethető meg. Végül fennálló méhenkívüli terhesség mellett kiürülhet teljes összefüggésben az egész decidua, amely után már a kaparékban csak kezdődő megújulás képét találjuk, amelytől megtévesztve, elterelődik figyelmünk a méhenkívüli terhességtől. *Runge* hasonlóképpen nem tartja tökéletes kórismézö eljárásnak a méhkaparást és azért is elveti, mert vele kapcsolatban a terhes petevezető-kürt megrepedésének és a vérzsák nyirokáramon keresztül történő fertőzésének veszélye áll fenn.

Ugyanezen aggályok alapján, miként a legtöbb szakember *(Stoeckel, Hoehne,* stb., stb.) ellenezzük mi is, hogy méhenkívüli terhességnek tisztázása érdekében méhkaparás történjék. Ezért fordult elő mindössze 3 olyan eset, amikor nem volt határozott gyanú méhenkívüli terhességre, de mégis a kaparék segített a helyes kórisméhez.

Kétségtelen a méhkaparás értéke annyiban, hogy ha ébrényi elemeket találunk, — az igen ritka méhenbelüli és kívüli terhesség együttes előfordulásától eltekintve — kizárhatjuk a méhenkívüli terhességet. Ha azonban csupán deciduát találunk, alaposan át kell kutatni a méhkaparék minden részét. Csak ha sehol sem találunk chorialis elemet, akkor terelődhet alaposan a gyanú méhenkívüli terhesség felé. Előfordulhat olykor, hogy terhesség megszüntetése végett méhkaparást végeztek és utána rövidesen állandósuló vérzés miatt keresi fel a beteg a klinikát. Az esetek egy része a méh tökéletlen kiürítésével magyarázható. Másik része azonban azért vérezget, mert nem volt méhenbelüli, hanem méhenkívüli a terhesség. Erre az eshetőségre tehát ilyen esetekben gondolnunk kell.

Külön értékelendő a méhkaparásnak mai szerepe a *meddőség elleni küzdelmünkben.* Érthető ez, amikor tudjuk, hogy a petefészektől függő biologiai működés: a méhnyálkahártya szabályos szakaszokban történő átalakulása a teherbe esésnek egyik alapfeltétele.

Régebben is végeztek már méhkaparásokat meddő nőkön. Ennek a működésre izgató, serkentő hatását ismerték és a nyálkahártyának »felfrissítését« tekintették célul. Ma azonban nemcsak a fejletlen méh ilyen mechanikailag történő serkentése, hanem a nyálkahártya-cyklus szabályosságának ellenőrzése jelenti e téren a méhkaparás értékét.

A meddő nők méhnyálkahártyakaparékának vizsgálata érdekes adatokat szolgáltatott. Rájöttek arra, hogy a még nem régen menstruáló egészen fiatal leányoknak, de teherbe nem eső, érettkorú asszonyok egy részének méhében is hiányzik a nyálkahártya-cyklusnak a sárgatest hatására megjelenő: secretiós szakasza. *Clauberg* már 1931-ben írt le rágcsálók cyklusában olyan tökéletlenséget, amikor sárgatestképződésnélküli, tökéletlen oestrus keletkezik, csupán tüszőhormon hatására. *Hartmann* és *Corner* majmokon állapították meg, hogy azoknak időszakonkint olyan havivérzésük van, mely ovulatio nélkül (non ovulating bleeding) következik be. Nőkön ugyanezt bizonyították *Novak, Knaus, Vignes,* kik a várt havivérzés előtt végzett méhkaparással, meddő házasságban élő nőknek egy részében proliferatiós szakaszban levő méhnyálkahártyát találtak. Holott az ovulatio utáni ú. n. »praemenstruatiós« nyálkahártyának *sec-*

retiós állapotban kellene lennie. Amerikai szerzők *(Rock John, Bartlett, Marschall, Matson Donald)* meddő nőknek 9.1%-ában (392-ből 36) találtak ovulatio nélküli havivérzést. Ők is a várt havivérzés előtti napokban vettek kis curette-tel kaparékot. Nikulicz-Radecky vizsgálatai szerint a serdülőkorú fiatal nők nemi életével kapcsolatban azért oly ritka a teherbeesés, mert náluk jóformán élettani állapot az »egyphasisú-vérzés«. Vagyis ovulatio nélkül, csak tüszőhormonhatáson alapuló túltengő (hyperproliferatiós) nyálkahártyából ered látszólag cyklikus vérzésük. Ez az egyphasisú vérzés ugyanaz, amit a *Schröder*-klinikáról *Tietze* közölt. Ő a glandularis cysticus hyperplasiának szakaszosan visszatérő és rendes időben megjövő vérzéssel jelentkező alakját is észlelte. Ez pedig teljesen megfelel a majmok non ovulating bleeding-jének.

Mindezek szerint a női meddőség olyan eseteiben, mikor látszólag rendes a hószámcyklus, a petefészekműködés említett hibájának kikutatásához biztos módszer a próbakaparás. A vérzés várható ideje előtt végzett kaparás azonban az esetleg váratlanul éppen megkezdődő terhesség megszakításának veszélyét rejti magában. *Schröder* még arra is gondol, hogy ha ilyenkor még nem is következett be secretiós nyálkahártyaátalakulás, a mégis létrejövő ovulatio után egy egészen rövid sárgatestszakasz és méhnyálkahártya secretiós-szak még hátra lehet és valódi havivérzés következhet be. Ő ezért végzett inkább közvetlenül a vérzés megindulása után próbakaparásokat. *Burger* a nyálkahártya lekaparása helyett a méhből — a *Lörincz* ajánlotta — kis szövetrészecskének kiszívását tanácsolja a szöveti vizsgálat céljaira. Azért, hogy ezután a nyálkahártya bekövetkező vérzéses szakaszát újabb szövettani vizsgálattal megfigyelhessük. Emellett az újabban szokásos pregnandiol-kimutatással ajánlja ellenőrizni a sárgatestműködés bekövetkezését, illetőleg hiányát.

Saját anyagunkban is érdekes eredményeket adott a meddő asszonyok méhkaparékának vizsgálata. 30 esetből mindössze 12-szer találtunk az ép nyálkahártyaműködés szakaszainak valamelyikére jellemző szövettani képet. 5-ször idült hurutot, 7-szer mirigyes tömlős túltengést, 2-szer polyposus elváltozást, 1 sárgatesttúlérésre mutató decidualis elváltozást, 2 méhbelhártya gümőkórt és 1 kezdődő terhességet találtunk. A további tennivalók szempontjából tehát bőséges tanulsággal szolgáltak e méhkaparások. Sokkal többel, mint régebben, a szövettani vizsgálat mellőzésével végzett egyszerű »Reiz-curett«-ek.

Tekintsük még át, mit jelentett az egészen fiatal nők (19 évesig) és az 50 évesnél idősebbek vérzésének elemzésében a méhkaparék vizsgálata. Összes esetünkből 20 volt 19 éven aluli, 244 volt 50 évnél idősebb (ebből 60 éven felüli: 70 és 70 éven felüli: 11). A többi 978 kaparást 20—50 éves asszonyon végeztük.

20 serdülőkori vérzésből 2 esetben találtunk rendes cyklusnak megfelelő nyálkahártyát, 1 esetben gümőkórt, 3 esetben polypust és 14 esetben mirigyestömlős nyálkahártyatúltengést.

Tehát serdülőkori vérzéseink túlnyomó része hibás petefészekműködésen, tüszőtúlérésen (folliculus persistens) alapult. Ez a megismerés vitt közelebb egyszersmind a sok gondot okozó fiatalkori vérzéseknek eredményesebb kezeléséhez is.

Az öregedő asszonyok méhkaparékából 13% (244-ből 32) mutatta, hogy a változáskori vérzés rosszindulatú folyamattól volt. Már előbb részleteztem az egész időskorúak adatait, valamint a klimaxkor összes vérzéseinek és a méhkaparásra kerülő eseteknek számarányát a rosszindulatúság szempontjából. Itt tehát csak annyit, hogy 244 idetartozó esetből 212 nem volt rosszindulatú betegség. Polyp volt 80, mirigyes-tömlős nyálkahártyatúltengés 37, sorvadt nyálkahártya 35, idült méhbelhártyalob 34, szabályos petefészekműködésre jellemző ép nyálkahártyaszakaszt mutató lelet 16, egyéb lelet (myoma submucosum, erosio portionis, lipoma) 10-szer volt található. A túlnyomórészt megnyugtató, jóindulatú folyamatot jelző lelet ellenére, idősebbkori méhvérzés gyógykezelése előtt méhkaparást és szövettani vizsgálatot kell végezni.

Amennyire a méhnyálkahártya szövettani vizsgálata felvilágosítást ad meddőség szempontjából a petefészeknek esetleges hibás működésére vonatkozólag, ugyanúgy ellenőrizhető bármikor a méhnyálkahártya működéséből a hormonalis petefészekműködés, valamint a mesterségesen a szervezetbe bevitt anyagoknak, hormonoknak a nyálkahártyára mint reagensre, »test«-re való hatása is. Klinikánk hormonkísérleteinek és vizsgálatainak egy része szintén — különösen régebben műtétileg castrált nők — méhkaparékvizsgálatainak (ú. n. »Strich-Abrasio«) igénybevételével történik. *Lörincz* a maga összeállította szívókészülékkel kiszívott részek vizsgálatával ellenőrzi a hormonalis működés nyálkahártya hatását. *Sharman* és *Selhan* 3 mm széles kutaszszerű kaparókanálkával, a würzburgi klinikán pedig a *Reifferscheid*-szerkesztette sajátszerű »Strich-curette«-tel, másutt (Sommer és a mi klinikánkon is) egyszerű legkisebb kaparókanállal végeznek tudományos kaparékvizsgálatot. Ilymódon lényegesebb beavatkozás nélkül, ambulanter oldják meg a hormonműködés ellenőrzésére vonatkozó tárgyilagos (morphologiai) vizsgálatokat.

Az ilyen nyálkahártyavizsgálatok nemcsak meddőség okának keresésekor és tudományos hormonélettani kutatásoknak céljából szükségesek. Kimutatható ok nélkül dysmenorrhoeának megfejtéséhez pl. szintén szolgáltathat alapot a méhkaparás. *Lahm* 41 dysmenorrhoeás esetéből — *Temesváry* közlése szerint — 52%-ban kóros leletet szolgáltatott a méhkaparék. Csak az eseteknek 22%-ában volt ép cyklust mutató a lelet.

Tízesztendei anyagunk méhkaparásainak áttekintése azt bizonyítja, hogy a méhnyálkahártya szakaszos működésének, a cyklustannak ismeretében a gyógyító célzattal végzett méhkaparást bizonyos mértékben háttérbe szorítja a céltudatos hormongyógymód. Miként *Schröder*, mi is, különösen a túlbő, gyakori havivérzés miatt nem nyúlunk a méhkaparó kanálhoz. Azonban ez a beavatkozás mégis sokat nyert értékben. *Ma már nem jár együtt szinte öntudatlanul is a méhvérzés és a méhkaparás fogalma.* Elemezzük az eseteket: amelyek mai tudásunk szerint okilag nem méhbelhártyaeredetű vérzések, azokat elkülönítjük. Csak a kóros nyálkahártya eltávolításával gyógyulást ígérő méhüri vérzés ellen avatkozunk be. Ezenkívül akkor is kaparunk, amikor magasabb vérzésirányító tényezőnek: a petefészeknek működésére, avagy esetleg hormonalis gyógyszeres beavatkozásunk eredményére vonatkozólag akarunk a belhártya szövettani leletéből következéseket levonni. Ma tehát: *a kaparás és a szövettani vizsgálat az el nem választható fogalmak.* E kettő együtt a cyklustan ismerete óta — bár ritkábban igénybe vett, de jóval értékesebb gyógyító — és egyben kórismézö eszköz a szakember kezében, mint a multban volt.

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika fül-, orr- és gégegyógyászati osztályának közleménye. (Főorvos: Germán Tibor egyet. m. tanár.)

Két év plastikai orrműtétei.

Irta: *Migray Jenő dr.*

A Grof Apponyi Albert Poliklinikán eltöltött két esztendő alatt 87 plasztikai orrműtétet végeztem és 15 esetben egyéb orrműtéttel kapcsolatban kozmetikai okokból kisebb javítást.

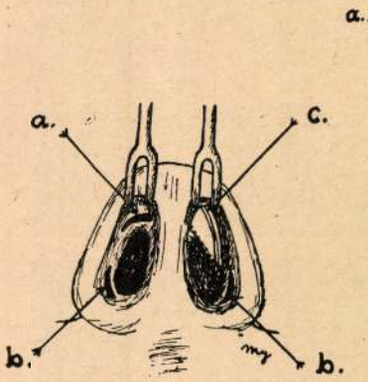
A 87 eset közt 63 nő és 24 férfi volt; ez azonban csak amellett szól, hogy a nők kisebb kozmetikai hibák miatt is kívánják a műtétet. Míg kis- és középfokban kampós orr miatt 24 nőn és 3 férfin végeztem plasztikát, addig nagy fokban kampós orra volt 9 nőnek és 10 férfinak, 14 esetben a kozmetikai műtét mellett ugyanakkor egyéb műtétet (orrsövényresectio, alsó kagyló csonkolása stb.) is végeztem. Ezek alaki panaszok miatt kerestek fel és a plastika volt rajtuk a lényeges műtét.

Kozmetikai műtétek esetében még sokkal fontosabb az előzetes pontos megbeszélés, mint más műtéteknél s tanácsos a várható eredménynél inkább valamivel kevesebbet ígérni. A műtét előtt minden esetben fényképfelvételeket készítek s ezen rajzolom ki a várható eredményt. Az előző megbeszélés alatt igyekszem megismerni a beteg egyéniségét s a későbbi orrformát az operálandó egyéniségének megfelelően határozom meg. Nem az arc geometriai arányainak megfelelő orr lesz mindig a legelőnyösebb! Azt a plasztikát tartom jól sikerültnek, amelynek nyomán az emberek nagy része csak azt veszi észre, hogy valaki megváltozott, előnyösebb a megjelenése, de sokáig, vagy egyáltalában nem is tudnak rájönni, hogy mi változott meg (haját hordja másképp? lesült? meghízott? stb.). Ugyanazon az arcon rövidebbre kell venni az orrot, ha az illető alacsony termetű, (mivel többnyire kissé magasabbról néznek rá) s ugyancsak rövidebb orr előnyösebb olyan egyénen, aki állandóan nevet, mosolyog, mint komoly alaptermészetűnek, mert nevetéskor a száj felhúzódik s az orr aránylag hosszabbnak látszik. Hosszabb orr illik egyébként azonos jellegű férfiarcba, mint nőibe. Ezek mind olyan apró finomságok, amelyekre matematikai szabályokat nem lehet felállítani. Mindig a műtétet végző orvosnak kell, hogy megfelelő esztétikai érzéke és kritikája legyen. Sohasem szabad, hogy magát a betegek sokszor teljesen kritikátlan kéréseivel befolyásoltassa. (Amilyen piszére csak lehet! stb.)

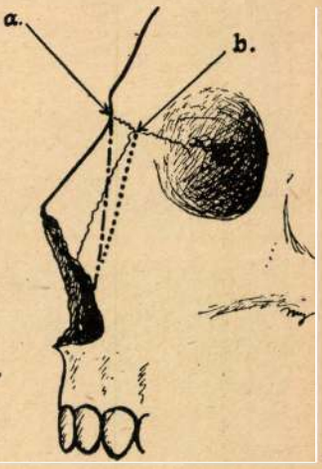
Fontos és, sajnos, részben megoldatlan kérdés az intranasalis műtéti terület előkészítése. Az ismert fertőtlenítőszerekkel a műtéti területet teljesen csiramentessé nem tudjuk tenni s bár e terület vérellátása igen jó s az orrüregre nézve a saját bakteriumflórája alig rejt magában veszélyt, fertőzés lehetősége mindig megvan. Tapasztalatom szerint legjobban bevált az orrüreg műtét előtti előkészítésére a műtét előtti napon és műtét előtt fél órával alkalmazott 2%-os trypaflavin spray.

Valamennyi kozmetikai orrműtétet helyi érzéstelenítésben végeztem. Az utóbbi időben, a hiányok pótlását kivéve, az érzéstelenítést mindig az orrüreg felől, Schleich szerint végzem, a fertőzés veszélye így sem nagyobb, nem támad gyakrabban genyedés. Műtét közben az orr kevésbbé deformálódik, a műtét utáni duzzanat kisebb és kevesebb érzéstelenítő folyadék is kell. Műtét előtt 10—15 perccel 2%-os pantocain-tonogennel végeztetek nyálkahártyaérzéstelenítést; infiltratióhoz 1%-os novocain oldatot használok, a teljes orrplasztikához 12—16 ccm elégséges. A műtétet asztalon, félig ülő helyzetben, hátrahajtott fejjel végzem; a beteg térde alá háromszög keresztmetszetű párnát helyezek, mert a nervus ischiadicus megnyujtása kellemetlenebb lehet az egész beavatkozásnál. Műtét előtt az orrüreg hátsó részét steril gézzel lazán tomponálom, a vér hátracsorgásának megakadályozására. Nagyobb vérzés, ha mindig helyes rétegben dolgozunk, ritkán van. Zavaró vérzés csillapítására stryphnon-gézt helyezek a sebüregbe és néhány percig enyhe nyomást gyakorolok felette a bőrre. Műtéteimet nagy általánosságban *Joseph* szerint végzem, rövid beszámolómban főképp azokra a mozzanatokra szeretnék kitérni, ahol attól valamilyen okból eltérek.

A leggyakrabban előforduló alakhiba a kampós orr (87 eset közül 44). Műtéti technika szempontjából ide tartozik a teljes orrprofil hátrahelyezése is (3 eset). Kis csontdudort reszelővel távolítok el, de ha már akkora, hogy a fűrész felhelyezhető, inkább fűrésszel, minthogy így kisebb a szövetzúzás, kevesebb lehetőség áll fenn, hogy a szövettörmelékek, csontszilánkok egy része visszamaradhat s végül szabad lefolyása van a sebüregnek az orr felé. Nem láttam indokoltnak *Frühwald* aggodalmát, aki, hogy a szabad összeköttetést a csonthártya alatti sebüreg és az orrüreg közt elkerülje, reszelővel távolít el minden kampót. Ellenkezőleg! A szabad lefolyást tartom lényegesnek s ezért azokban az esetekben, amikor csak kis csontdudort távolítok el, vagy csak a megrövidítés miatt kell az orrhát csonthártyáját (a fedő bőrrel együtt) leválasztani, a csonthártya alatti rétegbe 48 órára 4—5 mm széles (ócska gumikesztyűből vágott) gumicsíkot helyezek. Az orrhát megkeskenyítése esetében igen fontosnak tartom, (a későbbi részaránytalanság veszélye miatt), hogy a csontdudor eltávolítása és a megkeskenyítés külön metszésből történjék (1. ábra *a)* és *b)*). Még akkor sem szabad ezt a két metszést összekötni, ha az oldalfalakból az orrcimpák megemelésére kis háromszöget kell kivágni (1. ábra *c*). Az orr alapján történő metszéskor nagyon kell vigyáznunk, hogy metszésünkkel a csontig hatoljunk. Igy nem sérthetjük meg a vena angularist. Ennek vérzése ugyan stryphnon-gézzel mindig könnyen elállítható, a szövetekbe történő bevérzés folytán azonban nagyobb lesz a műtét utáni duzzanat. Ennél a metszésnél a fűrészelést mindig az orrnyereg irányában végzem, (*Frühwald* szerint, 2.



1. sz. ábra.



2. sz. ábra.

3/a kép.

3/b kép.

4/a kép.

4/b kép.

5/a kép.

5/b kép.

4/c kép.

4/d kép.

6/a kép.

6/b kép.

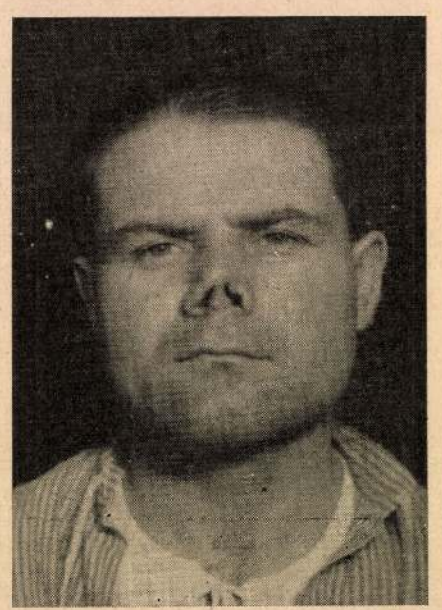
6/c kép.

6/d kép.

9/a kép.

9/b kép.

11/a kép.



11/b kép.

11/c kép.

11/d kép.

11/e kép.

11/f kép.

ábra *a*), ami sokkal kíméletesebb az eredeti *Joseph*-féle eljárásnál (2. ábra *b*), így nincs szükség arra, hogy az orrgyöknél a csontot rhinoklasttal törjük át. Ujjal tudjuk a csontokat a kívánt mértékig betörni. Az orr megrövidítését, illetve a sövény és csúcs emelését abban az esetben, ha a sövény alsó széle egyenes és megfelelő vastagságú (3. és 5. kép), *Joseph* szerint végzem. Kettősen fegyverzett selyemfonállal varrom. Felül a cart. quadrangularison át kis Bassini-tűvel öltök, balról jobbra. Alul a crus med. cart. alaris alsó szélénél ugyanezt a fonalat egyenes tűvel öltöm át és a jobb orrlyukban csomózom. (Előfordul, hogy a felső öltés kissé ferdén sikerül, ilyenkor egyenes tűvel pontosan ugyanabban a síkban tudok ölteni.) Ezzel elérem azt, hogy az orrlyukak egyenlőek maradnak és egyenes marad középütt az orrsövény. Ha a sövény alsó széle domború (4. kép), akkor eltávolítom a szárnyporcok visszahajló részét (crus medialis). A cart. quadrangularis alsó egyenes vagy egyenesre vágott szélén kb. 3—4 mm széles nyálkahártyacsíkot távolítok el s a quadrangularist ültetem be a kiirtott szárnyporc helyére(*Réthi* eljárásához hasonlóan). A bőrt a nyálkahártyával finom csomós catgut-varratokkal egyesítem. Ilyenkor természetesen a porcot nem öltöm át. Ezután rövidítem meg az oldalfalakat, úgyhogy a csúcsemelésnek megfelelően akkora háromszöget vágok ki a cart. triangularis alsó széléből, nyálkahártyával együtt, amekkora a szárnyporc fölé ér (1. ábra *c*). Ekkor következik, ha szükséges, a csúcs keskenyítése, majd eltávolítom a műtét előtt behelyezett tampont s az orrüreg elülső részét vasenol-gézzel lazán kitömöm 48 órára. Az orrhátra 0.5 mm-es aluminiumlemezből az operált orrhoz szabott és alakított sínt ragasztok egy réteg géz közbeikatásával, mastizollal s ezt ragtapaszcsíkokkal is rögzítem. A sínt abban az esetben, ha az orrhát keskenyítve nem volt, negyedik, ellenkező esetben a hatodik napon távolítom el. Keskenyítés után a műtéttől számított hatodik hét végéig naponta négy-ötször negyedóráig módosított Joseph-féle orrszorítót hordatok.

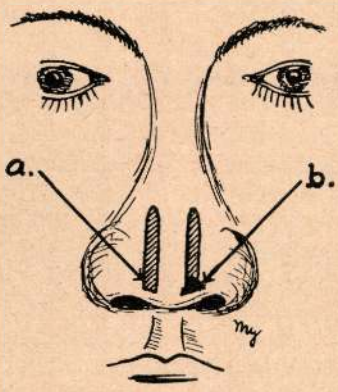
A 3. kép olyan esetet mutat be, amikor a csúcs emelésével s főképpen előrehelyezésével a csontdudor majdnem teljesen eltűnt, úgyhogy alig kellett valamit lereszelni az orrhátból. A 4. képek esetében a csontdudor meglehetősen kiemelkedő volt, de igen keskeny, ami az egyébként igen vígkedélyű egyénnek kissé szomorú arckifejezést adott. Itt a csontdudor eltávolítása után az orrhátat nem keskenyítettem meg. (ami ilyen kiemelendő csontdudor esetében majdnem kivétel nélkül szükséges) és ezáltal értem el barátságosabb arckifejezést. A sövény alsó széle erősen domború, a felsőajak pedig túlságosan rövid volt, ilyen esetben irtom ki teljesen a crus med. cart. alarist és ültetem be a cart. quadrangularis alsó szabad szélét. Az 5. ábra typusos kampóeltávolítás és csúcsemelés esete, (*Joseph* szerint megoldva) az egész orrprofil kisfokú hátrahelyezésével.

Az orr egyszerű megkisebbítése (főképpen megrövidítése) az előbb vázolt eljárással majdnem teljesen azonos módon történik. Ezt a műtétet négy esetben végeztem (lásd 6. képeket).

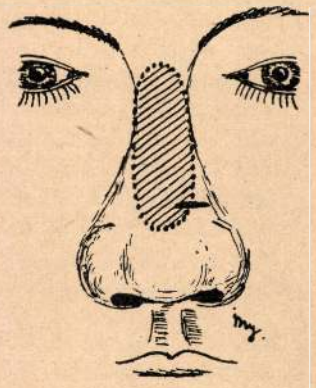
Ferde orr esetében (5 eset) pontosan *Joseph* szerint járok el.

Ha a csontos orrhát túl széles (4 eset, egyik hibásan végzett kampóeltávolítás következménye), az orrhátból U-alakú vésővel hosszanti csontlécet vések ki s egyébként úgy végzem a keskenyítést, mint az előbb a nagyfokú csontdudoros orrnál vázoltam.

Ha az orrcsúcs túl széles (8 esetben volt ez a legszembetűnőbb hiba) a typusos *Joseph*-féle kimetszések után (7. ábra, *a*) a csúcs gyakran szögletes



7. sz. ábra.



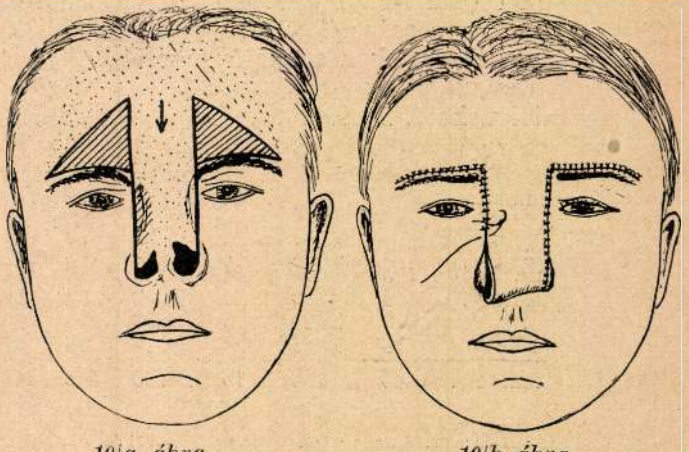
8. sz. ábra.

lesz alul, ezért a typusos kimetszés után a szárnyporcból alul oldalanként egy-egy kis háromszöget vágok ki (7. ábra, *b)*, ezáltal természetesebb és kerekebb lesz az orrcsúcs (6. kép *d*). Ha az orrlyukak alakja és nagysága megkívánja, közvetlenül a csúcs mellett még kis háromszöget is vágok ki a bőrből. A sebet kínai-haj varratokkal egyesítem. Ilyenkor a tamponálást csak az aluminiumsín rögzítése után szabad végezni, mert a varratok máskülönben könnnyen elszakadnak. A varratokat 48 óra mulva, néhány perccel a tamponeltávolítás után, amikor a vérzés megszűnt, veszem ki.

Négy esetben végeztem a nyeregorr megjavítását. Egy esetben lapos, benyomott orrot a következőképpen javítottam meg: Először az orrhátra ültettem be porcot, úgy, mint nyeregorr esetén. Ekkor kampós orrot kaptam, lógó, széles orrcsúccsal. Három hónap mulva előrehoztam a csúcsot az orrhátnak megfelelően és megkeskenyítettem. Igy tehát az egész profilt előrehoztam. Beültetésre mindig autoimplantatumot használtam. Az volt a tapasztalatom, hogy az egyénen belül is különbséget jelent, hogy az átültetendő anyagot honnan vesszük. Minél közelebbi területre ültetünk át, annál símább és biztosabb a beültetett anyag megtapadása. Tehát orrban legbiztosabban tapad meg az orrsövényporc, kevésbbé a fülporc és még bizonytalanabb a beültetett bordaporc és sípcsontléc sorsa. Ez az elsőleges megtapadásra is áll, de még inkább a későbbi felszívódásra. Valószínűleg elsősorban a hasonló vérellátás játszik szerepet, de lehet, hogy a sövényporc az orr bakteriumflórájával szemben is ellentállóbb. Nyeregorron először submucosus septumresectiót végzek. Az így nyert sövényrészleteket gyufaszál vastagságú csíkokra vágom. A bal vestibulumban készített kis harántmetszésen át erre a célra készült különleges görbe raspatoriummal pontosan akkora csonthártya alatti tasakot készítek, amekkora a kitöltendő homorulat (8. ábra). Ezután kis fültölcséren keresztül úgy helyezem a tasakba a sövényből vágott csíkokat, hogy a csontos részek inkább az orrgyök felé, a porcos részek pedig a csúcs felé kerüljenek. A sebet finom catgut-öltéssel zárom, 48 órára lazán tamponálok s az orrhátra a fentebb említett módon aluminiumsínt helyezek. Az utókezelés ugyanaz, mint nagy csontdudor műtéte után. Ezzel az eljárással sokkal természetesebb és ruganyosabb orrot értem el, mintha csontot, vagy egy darab (borda-) porcot helyeztem volna be (9. kép). Megkíséreltem a beültetést a bőr- és csonthártya közé is. Itt kétségtelenül jobb a táplálása, de így nem oly tökéletesen síma az orrhát. Nem láthatók, de tapinthatók kis egyenetlenségek, amik a beteget zavarhatják.

Hét esetben végeztem kisebb-nagyobbfokú orrhiánypótlást. Tulajdonképpen ide tartozik az a két eset is, ahol az orr rosszul sikerült plastika következtében elrútult. Ezekben az esetekben természetesen sohasem lehet typusműtétet végezni, azt mindig a hiányhoz, illetve elrútuláshoz kell módosítanunk. Csak általános irányelveket szabhatunk: hiány esetén lehetőleg ne távolítsunk el semmit; a heges, csunya bőrrészleteket gyakran felhasználhatjuk hiányzó nyálkahártya pótlására. Az átültetendő részeket lehetőleg a közvetlen környezetből vegyük. Számoljunk a hegek és lebenyek zsugorodásával. Egyenes hegek jobban zsugorodnak, mint ívelt vagy hullámvonalúak. Egy ülésben csak annyit végezzünk, amennyi nagy valószínűséggel rövid idő alatt könnyen begyógyul.

Mindössze egy pótlásomról szeretnék beszámolni. Ezzel az eljárással az orrnak kb. kétharmadrészét lehet pótolni. Alkalmas mind a csúcs, mind az orrhát pótlására. Előnye, hogy kevésszámú és aránylag kis beavatkozással érjük el a kívánt eredményt, a hegek pedig alig látható helyen vannak. Harapás utáni orrcsúcshiány. A hiány legnagyobbfokú a bal orrszárnyon, kisebb a jobb orrszárnyon, legkisebbfokú az orrsövényen volt (11. kép). Az orrhiány mindkét oldaláról párhuzamos bőrmetszést vezettem a homlok közepéig, majd mindkét oldalon ferdén, a szemöldök külső széléig s innen közvetlenül a szemöldök fölött az eredeti metszésig 10/a ábra.



10/a ábra. *10/b ábra.*

A szemöldök fölötti háromszögalakú bőrterületeket eltávolítottam, majd a homlok bőrét a hajas fejbőrig felkészítettem, úgyszintén a két metszés közt az orrhátat a hiány felső széléig. A homlok bőrét lehúztam és levarrtam (10/b ábra és 11. *c), d)* kép), úgyhogy a homlokból, illetve orrhátból képzett lebeny alsó része megkettőződött. Heges részével az orrnyálkahártya, ép részével a hiányzó bőr pótlására szolgált. Baloldalon, ahol a hiány nagyobb volt, a lebeny pontosan illett a megmaradt orrszárnyrészhez, a jobboldalon egy kis felesleg adódott, ebből pótoltam második ülésben a sövény hiányzó részét. Az orr hiányzó vázának pótlását ugyancsak második ülésben submucosus septumresectióval nyert porccal pótoltam. Harmadik ülésben az orrnyílások egyenlővé tételére még kis javítást végeztem (11. *e), f)* kép).

102 esetem közül egyben keletkezett orbánc. Hét esetben genyedt el a műtét utáni vérömleny, közülük öt esetben elegendő volt a sebüreget belülről ismét felnyitni és néhány napig kis gumicsíkkal szádlózni. Két esetben kívülről is kellett egy kis bemetszést (Stichincision) végezni. Ezek alig látható heggel gyógyultak és az alaki eredményt nem befolyásolták. Nem tekintve azokat a műtéteket, ahol már eredetileg többüléses megoldást terveztem, négy ízben kellett utólag kis javítást végeznem. Súlyos vagy maradandó hibát okozó szövődmény nem fordult elő.

A Fehér Kereszt-kórház bőrgyógyászati osztályának közleménye.

A gyermekkor gümős bőrbajainak sajátosságai.*

Irta: *Steiger-Kazal Dezső dr.* kórházi főorvos.

A bőrgümőkór a tuberculosis általános elterjedségéhez képest ritka. Különösen feltűnő ez az aránytalanság a gyermekkorban. A gümős bőrbajok legritkábbak az első évtizedben, leggyakoribbak az élet derekán, majd az öregedéssel ismét csökken számuk. *Neuber* a debreceni első elemistaosztályúak átvizsgálásakor 10.000 gyermek közül 4%-ban activ és 20—24%-ban inactiv tüdőgümőkórt talált és ezek között mindössze 11-szer, tehát 0.42%-ukban bőrgümősödést. Az én beteganyagomban előforduló bőrgümősödések gyakoriságát a táblázat tünteti fel. Ebből is az tűnik ki, hogy a bőrgümőkór a gyermekkorban aránylag ritka. 10.198 gyermekbetegem közül 115-ön (1.12%-ban) találtam gümős bőrbajt. Nemek szerint a százalékos megoszlás 60.88:39.12, tehát a leánygyermeken sokkal gyakoribb. A táblázatból a diagnosisok szerinti százalékos megoszlás szintén kiolvasható. *Liebner* a Bródy-gyermekkórház

Kórforma	Fiú Absolut szám	Fiú %	Leány Absolut szám	Leány %	Összesen Absolut szám	Összesen %
Tbc luposa	14	31.11	17	24.29	31	26.95
Tbc colliqu.	5	11.11	14	20.00	19	16.47
Tbc papuloneer.	4	8.89	10	14.28	14	12.17
Tbc lichen.	9	20.00	6	8.58	15	13.04
Egyéb tbc	13	28.89	23	32.85	36	31.37
Összesen:	45	100.00 = 39.12%	70	100.00 = 60.88%	115	100.00 = 100%

bőrgyógyászati rendelésén 4931 gyermek közül 22-n, tehát 0.44%-ban talált bőrgümősödést. *Seiffert* a német viszonyokra vonatkozólag megállapította, hogy újabban a Pirquet-positiv iskolásgyermekek száma a régebbi számok felére csökkent; ebből azt következteti, hogy a gyermeki szervezet gümős fertőződésének időpontja általában kitolódott, ami viszont a gyermekek bőrgümős jelenségeit is késlelteti.

Annak, hogy a bőrgümősödés az egészen fiatal korban miért oly ritka, régebben (amikor a bőr kívülről való fertőződésének nagy szerepet tulajdonítottak) nem igen tudták magyarázatát adni, mert hiszen éppen az érzékeny, tágpórusú, elégtelen szaru- és faggyúvédelemmel rendelkező gyermeki bőr igen sokszor van kitéve kívülről jövő gümős fertőzésnek (csúszkálás köpetes padlón és földön, mindennek összefogdosása, stb.). *Cornet* a gyermeki bőrnek, nyálkahártyának és nyirokmirigyeknek egy különös tulajdonságáról tesz említést, ami abban állna, hogy mikrobás fertőzések számára igen áteresztőek; ezt az állapotot fokozott infantilismusnak, helyesebben embryonalismusnak nevezi. Ez a felfogás a Koch-bacillusokkal kapcsolatban határozottan megtámadható. Ellene szólnak először a már említett statisztikai adatok, amelyek szerint — minden várható valószínűség ellenére — gyermekkorban ritkák a bőr gümős elváltozásai, másrészt pedig, amint később látni fogjuk, a gyermeki bőr gümős megbetegedéseit elsősorban allergiás és nem anatomiai viszonyai szabják meg.

Manapság tudjuk, hogy a bőrön jelentkező gümőkór majdnem minden megnyilvánulását magából a szervezetből, a Koch-bacillusokkal fertőzött szervezetből kiindulónak tekinthetjük. *Bernstein* kivétel nélkül minden gümős bőrbajt a belső tuberculosis következményeként, allergiás immunitásként fog fel, amely prognostikailag tulajdonképen kedvezően ítélendő meg. Ha a belső gümős jelenségek és a bőrtuberculosis közötti összefüggést keressük a gyermekkorban, azt látjuk, hogy — miként a felnőtteken — a bőrgümősök nagy százalékában találunk activ vagy lezajlott tüdőtuberculosist. Hogy ez a százalékszám mekkora, az az egyes vidékek szerint változik aszerint, hogy úgynevezett gümőkóros vidékről van-e szó, ahol már korán a lakosság legnagyobb része átvészel a gümőkóros fertőzésen, avagy gümőkórtól aránylag mentes vidékről.

A gümővel már megfertőzött gyermeki szervezetben a bürgümősödést nagymértékben befolyásolják az allergiás viszonyok. A gyermeki szervezet a Koch-bacillusokkal való fertőzés után érzékennyé lesz e bacillusok termékeivel szemben. Ezt az érzékenységet, amely bizonyos fokban az élet végéig megmaradhat, fejezi ki az allergia foka. Az allergizált szervezet bizonyos szövetei, sejtjei — ha a Koch-bacillus termékeivel kerülnek össze — allergiás lobbal felelhetnek. Ilyen lobos szövetekből indulhatnak ki a bőrgümős jelenségek; de még akkor is, ha az ilyen allergiásan lobossá lett szövetek anatomiailag és morphologiailag teljesen helyreállanak is, biologiai restituto ad integrum esetleg nem következik be és így a gümőbacillus toxinjaival szemben sokáig vagy örökre dispositiós állapotban maradhatnak. Azok közül az allergiás állapotok közül, amelyeket a gyermekkori gümőkórra jellemzőeknek szokás tartani, bennünket az erythema nodosum és a tuberculotoxicus exanthema érdekel. *Móritz* ezek közé sorolja még a perifocalis gyulladást, a pleuritis serosát és a conjunctivitis phlyctenosát.

A gyermeki szervezetben a gümős fertőzöttséget a tuberculin-reactioval kereshetjük (legalkalmasabban a Moro-féle eljárás szerint). A tuberculin-reactio positiv volta mindig azt jelenti, hogy a szervezet gümővel fertőzött. De másképen kell azt értelmezni a gyermekeken és másképen a felnőtteken; gyermekeken ugyanis körülbelül az iskoláskor elejéig positiv volta sokat mond, mégpedig azt, hogy a szervezetben heveny gümős folyamat van jelen. Felnőtteken a positiv tuberculin-reactio nem ezt jelenti, hanem azt, hogy az ilyen szervezet előbb-utóbb már érintkezésbe került a tuberculosis-bacillusokkal. Egészséges csecsemőkön és kisgyermekeken a negativ tuberculin-reactiok gümős mentességet jelentenek, felnőtteken esetleg csak annyit,

* A Magyar Dermatologiai Társulat 1940. évi nagygyűlésén tartott előadás.

hogy lezajlott gümős gyulladás elmeszesedése következtében már nem képződnek antitestek a szervezetben.

Klinikailag ugyan meglehetősen mellékes, hogy a gümős fertőzést human vagy bovin jellegű bacillus okozza-e, mégis megemlítem, hogy *Zieler* szerint a gyermekkorban gyakrabban fordul elő bovin fertőzés, mint felnőtteken. Németországban a világháború óta 33%-kal növekedett az istállók gümős fertőzöttsége, nálunk pedig *Szántó* adatai szerint szintén növekvőben van. Tőle tudjuk, hogy például 1934-ben az Állatorvosi Főiskola Járványtani Intézetének megfigyelései szerint a Budapesten vágott magyarfajtájú 6748 marha között 1374 (20%), a 36.723 nyugatifajtájú között pedig 8015 (21.82%) állat volt gümőkóros. Ilyetén a tejtáplálékokkal aránytalanul gyakrabban vonatkozásba kerülő gyermekeken a bovin fertőzések lehetőségét nem szabad lebecsülnünk. Meglehetősen jellemző *Funk* beszámolója, aki lupusos gyermekbetegeken 13.2%-ban tudott human- és 9.6%-ban bovin-bacillust kimutatni.

A bőrgümős eseteknek keletkezésük szerint 3 fajtája lehetséges: 1. az *ojtásos* bőrgümősödés (saját- vagy idegen-bacillusokkal), 2. *továbbterjedés* útján keletkezett bőrgümősödés (a bőr szomszédos helyeiből vagy a szomszédos szervekből kiindulva) és 3. a haematogen vagy lymphogen *áttétel* útján támadt bőrgümősödés. A bőrnek kívülről jövő elsőleges fertőződése, a fennebb említett bőséges lehetőségek mellett is, aránylag ritka; e fertőzést többnyire fertőzött gyermekkezek közvetítik az orrnyálkahártyán át. Mint érdekességet említem meg, hogy kislányokon fülcimpájuk átfúrásakor a gümős nyállal fertőzött eszköz vagy fonál is okozott már bőrtuberculosist *(Linser)*.

Fel kell tételezni, hogy a gyermekek bőre egy ideig nem hajlamos a gümős fertőződésre, hanem csak később, a tüdők és belső szervek gümős fertőződése után, amikor bőrük már allergiás állapotban van. Igen érdekes *Neuber* felfogása. Ő abból, hogy a bőrgümősödés a 10. életév után, mondjuk: a pubertas kezdete előtt, szokott gyakrabban jelentkezni, az allergiás viszonyokon kívül az ivarmirigyek működésével való esetleges összefüggésre is gondol. Ha teret engedünk annak a felfogásnak, hogy az ivaréréssel erősen összefüggő aknék — legalább is jórészt — gümős eredetűek, akkor a Neuber-féle felfogás nyer valószínűségében.

A legtöbb gümős bőrbetegséget úgy kell felfognunk, mint endogen úton keletkezett és haematogen (ritkán lymphogen) úton szóródott áttételt. Ezt a felfogást támogatják azok a megfigyelések, hogy gümős gyermekeken fertőző betegségek (morbilli, scarlatina, pertussis, parotitis epidemica, grippe, stb.) kiállása után bizonyos idő mulva bőrgümős jelenségek mutatkozhatnak; ilyenkor — mint tudjuk — a Pirquet-reactio átmenetileg negativvá lesz és a szervezet immunbiologiai ellenállóképessége tetemesen csökken. A Pirquet-reactio eltérő viselkedésében megnyilvánuló ezen allergiás áthangolódásnak és az immunbiologiai viszonyok megváltozásának időbeli egybeesése teszi lehetővé a gümős szervezetben a gümő szóródását. A szóródás azonban nemcsak úgy képzelendő el, hogy rövidesen a fertőzés lezajlása után jelentkezik, hanem néha csak évek mulva. Az ilyen, néha 3—4 évet is kitevő időközből talán arra is lehet következtetni, hogy a fertőző betegségek és a tuberculosis szóródása között olyan összefüggés is elképzelhető, mely szerint a szervezet a fertőző betegség alatt vagy után fertőződik a gümővel és csak ezután, jóval később támad szóródás a bőrön. (Fertőződhetik például egy kanyarós gyermek a családban valamelyik nyilt tüdőfolyamatos családtagtól és csak jóval később jelentkezik a szóródás.) A szóródás következtében fellépő gümős bőrbaj alakja és kiterjedése egyrészt a szóródás fokától és erősségétől, másrészt azonban a bőr immunbiologiai állapotától és az ennek megfelelő momentán specifikus reagálásától is függ.

A gümős bőrelváltozások tekintélyes részét képezi a gyermekkorban is a *tuberculosis luposa cutis* (lupus vulgaris). Már az első életévben is észlelték; felismerése néha igen nehéz, mert elemi megnyilvánulása sokféle formájú (hámlásos, csomós, szemölcsszerű, kifekélyesedett), úgyhogy gyakran nem is lehet lupusra gondolni. Gyermekeken általában nagyon ritka a lupusnak 2 fajtája, a *lupus tumidus* és a *lupus verrucosus* (amely formák felnőtteken többnyire az arcon, illetőleg alszárakon észlelhetők), annál gyakoribb azonban a nyálkahártyalupus a szájban és az orrban, nemkülönben a disseminált lupus vulgaris. Ennek a kórformának gyermekeken kétféle alakját ismerjük, ezek 1. *a lupus vulgaris nodularis disseminatus*, amely a testen elszórva többnyire egyidőben vagy egymásutáni rohamokban kiscsomós efflorescentiákkal jelentkezik, idült lezajlású, jóindulatú, néha hónapok mulva hámlásosan, szövetroncsolás hátrahagyása nélkül gyógyul; 2. másik formája, amikor többnyire a végtagok feszítőoldalain a papulákon hyperkeratosis és papillaris burjánzás keletkezik és így kapjuk a *lupus vulgaris verrucosus disseminatus* képét; e kórforma természetesen nem tévesztendő össze a felnőttek tuberculosis verrucosa cutisával, amely gyermekeken talán sohasem észlelhető és ha leírták is, bizonyára a fenti lupus vulgaris verrucosus disseminatus-esetekről volt szó. En ilyen eseteket gümős-meningitises kisgyermekeken észleltem már néhányszor. Minthogy a tuberculotikus meningitis nem szokott idülten lezajlani, feltehető, hogy a gümős bőrképletek elszarusodása talán tuberculotoxikus befolyás alatt rendkívül hamar következik be. Ezeknek a gyermekkori disseminált lupusformáknak eruptiv megjelenéséből, jóindulatú viseledéséből és Koch-bacillusmentességéből arra kell következtetni, hogy a fertőzés útja csak endogen lehet; gyakran támadnak valamely fertőző betegség kiállása után és ilyenkor szokás a »lupus vulgaris postexanthematicus« névvel illetni.

A bőrtuberculosisnak egy másik gyakori megjelenési alakja az allergizált gyermeki szervezet bőrén a *tuberculosis colliquativa cutis*. Előfordul már az első életévben is. Régen azt hitték, hogy mindig csont- vagy mirigygümős gócból per contiguitatem terjed a bőrre. A gümős primaerkomplexus lezajlása után a virus a nyirokerek útján terjed a szervezetben (miközben a véráramba is bejuthat) és a nyirokutak és nyirokerek gyulladását, elgenyedését, felpuhulását, geny- és sejttörmelékekből álló hideg tályogokat és ezeknek áttörését eredményezheti. Gyermekeken nem ritkán azt észlelhetjük, hogy egyáltalában nem legyengült, senyvedéses, hanem ellenkezőleg, makkegészségesnek látszókon támad és csak így terelődik a figyelem a gümős fertőzöttségre.

Gyakoriság szempontjából a gyermekkorban vagy még inkább az ivarérés idején körülbelül a tuberculosis luposa és colliquativa mellé állítható

a *tuberculosis papulosa et papulonecrotica cutis*. Főleg vérszegény, acrocyanotikus gyermekeken, különösen az acrocyanosis helyein mutatkozik. Sokkal gyakoribb, mint a felnőtteken és különbséget mutat a localisatio tekintetében is, ugyanis előfordulhat az arcon, füleken, kézháton, lábháton, sőt a tenyéren és talpon is. Az egyes kiütések szeretnek csoportokban elrendeződni; kiállott fertőző betegség után pedig disseminált formában az egész testre is kiterjedhet. E baj kétféle typusa úgy oszlik meg, hogy minél fiatalabb a gyermek, annál inkább észleljük a necrotikus formát, míg a serdülés idején inkább a papulás typust. Ennek a bőrgümőféleségnek megjelenése mindig azt jelenti, hogy a szervezet egy újabb gümős lökést kapott és immunbiologiai állapotában lényeges változás állott be. *Moro* és *Hamburger* gyermekeken abban látják klinikai jelentőségét, hogy mindig kifejezése, mintegy »ráutaló symptomája« a gümő haematogen szóródásának, tehát egy activ gümős fertőzésnek. *Duken* azt állítja, hogy *gyermekeken* e gümős bőrkiütések formája kifejezője a tüdők momentán pathologiai-anatomiai állapotának, abban az értelemben, hogy a kispapulás kiütésekből a tüdők productiv, a papulonecrotikus kiütésekből pedig inkább a tüdők exsudativ gümőjére lehet következtetni.

A *tuberculosis lichenoides cutis* (lichen scrophulosorum) főképen gyermekeken és fiatalkorúakon fordul elő, fiúkon gyakrabban. Sokszor kísérője a csontok, mirigyek és a bőr egyéb gümős elváltozásainak, ritkábban a tüdő tuberculosisának. Gyermekeken kedveli azokat a helyeket, mint a papulonecrotikus gümős kiütések, azonkívül még a hajas fejbőrön is megjelenhet. A gümős aetiologia e bajban is a hármas bizonyítás alapján állapítható meg; ezek: a bacilluslelet, az állatkísérletek és a positiv gócreactio. A gyermeki bőr lichenoid gümős elemei meglehetősen szabályos gócreactiókkal felelnek a tuberculin-ojtásokra, aminek az a magyarázata, hogy — ellentétben a legtöbb egyéb gümős bőrbajjal — a bőr megtámadottsága csak egészen kis capillaris bőrterületre vonatkozik és így a bőr tápláltsága alig szenved.

A tuberculosis lichenoides akkor szokott támadni, amikor a bőr erős tuberculinérzékenységi állapotban van, amikor a hypergia következtében a metastatizáló Koch-bacillusok rohamosan szétesnek, toxikus anyagok szabadulnak fel és bekövetkezik a kiterjedt, follicularis, lichenoid reactio. Ehhez a klinikai képhez hasonlít a Moro-féle percutan tuberculin-reactio, amikor a folliculosok nyílásaiba tuberculint dörzsölünk be; elfogadhatónak látszik tehát az a hasonlat, hogy a lichen scrophulosorumnál tulajdonképen egy »belülről jövő« reactióról van szó, ahol szintén megvan a bacillaris eredet, de — mondjuk — nem allergiás, hanem hypergiás értelmezésben.

A lichen scrophulosorum gyermekeken nem ritkán körülírt ekzemára emlékeztet. Amikor tehát gümős gyermekszervezetnek makacs, körülírt, follicularis ekzemáját észleljük, feltétlenül gondolnunk kell arra, hogy tulajdonképen gümős bőrjelenségről van szó, annál is inkább, mert kiváló gyermekorvosok *(Volk, Moro, Pfaundler)* statisztikai megfigyelései szerint gyermekeken a gümőkór és az ekzema együttes előfordulása meglehetősen ritka. Az az érzésem, hogy azok a közlések, amelyek körülírt gyermekekzemáknak általános gümőellenes kezelés utáni javulásáról és gyógyulásáról számoltak be, ebbe a csoportba tartoznak.

Szintén a gyermekkor egyik különlegessége a *tuberculosis miliaris cutis*, amely gümős agyhártyagyulladásokkal és általános miliaris tuberculosissal egyidőben szokott előfordulni. Nekem elég gyakran van alkalmam észlelni, bárha megjelenési formája igen diszkrét és így (miként *Leiner* és *Spieler, Tillerton* és mások panaszolják) sokszor észrevétlenül marad. A purpuraszerű, lividvörös, barnásvörös, középen sárgás, néha behúzódott, néha finoman hámló kis papulákban csak ritkán lehet Koch-bacillust találni, úgyhogy némi joggal szabad immunbiologiai összefüggéseket illetőleg kihatásokat feltenni, ami egyébként a tuberculinérzékenységi viszonyokban is kifejeződik: a tuberculosis cutis miliarisban majdnem mindig teljes a specificus anergia és gócreactio is igen ritka. Minél jobban eltérnek az efflorescentiák a miliaris jellegtől és közelednek a papulás és paulonecrotikus formához, annál gyakoribb a tuberculinérzékenység és a gócreactiók jelentkezése.

A tuberculosis miliaris cutis az egész testen is kiterjedhet. Ez akkor következik be, ha 1. kiterjedt exsudativ tüdőfolyamat miatt elégtelen az antitestképződés; 2. ha elsajtosodott góc hirtelen áttör a véráramba és 3. ha valamilyen közbejövő betegség következtében (az előzőleg meglévő jó allergia ellenére is) az immuntestek mennyisége igen megcsökken.

Gümővel általánosan erősen fertőzött, igen gyenge gyermekeken, akiknek szervezete igen rossz allergiás állapotban van, a bőr és nyálkahártya érintkezési helyein, főképen a száj és végbélnyílás körül szokott megjelenni a *tuberculosis ulcerosa cutis*, amely igen gyorsan terjed és alig állítható meg. Gyermekeken az ilyen bőrfekélyek elképzelhetetlen pusztításokat okozhatnak.

A Bazin-féle *tuberculosis indurativa cutis*-t tulajdonképen meg sem kellene említenem, mert a gyermekkorban ismeretlen, legfeljebb serdültebb lányokon fordul elő. A megemlítésre csupán azért szolgál rá, mert az ú. n. »beszűrődéses« bőrgümős bajok közül (amelyek csoportjába sorolhatók még a subcutan sarcoid, a lupus pernio és a Boeck-féle miliarlupoid) ez az egyetlen, amely a gyermekkor határán már észlelhető, a többi soha.

Az *erythema nodosum*-ról is meg kell emlékeznem, bárha e bajt mi, bőrgyógyászok, nem tekintjük *csak* gümős betegségnek. *Wallgren* statisztikai kimutatása szerint az esetek 72%-a a gyermekkorra és ebből a legtöbb a 7. életévre esik. Az a körülmény, hogy gyermekeken gyakran kimutatható tényleges vagy látszólagos összefüggés a gümőkórral, vezethetett arra a semmiképen sem bebizonyított felfogásra, hogy az erythema nodosum kizárólagosan gümős betegség. Más helyen (Budapesti Orvosi Ujság, 1940. 19. sz.) foglalkoztam ezzel a kérdéssel egészen részletesen, ahol rámutattam arra, hogy sem a statisztika, sem a bakteriologia, sem a szövettan, sem a kórtan adataival senkinek soha nem sikerült azt bebizonyítania, hogy az erythema nodosum kizárólag gümős fertőző betegség. A valósághoz akkor járunk legközelebb, ha egy nemspecifikus allergiás tünetegyüttesnek tekintjük, a bőr egy bizonyos reagálásának, amely különféle bakteriumos, toxikus, sőt vegyi okokra vezethető vissza. A szervezetnek ez a védekező immunbiologiai reactiója akkor következik be, ha valamilyen antigen által allergiássá

lesz. Bármelyik genykeltő kiválthatja, így a Koch-bacillus is; gyermekeken igen gyakran a gümőbacillussal, felnőtteken pedig túlnyomóan a többi genykeltővel függ össze.

Megemlítek még egy tisztázatlan, talán gümős bőrkiütést, amelyet gyermekeken, főkép alszárukon észlelhetünk és amelyet *Uffenheimer*, aki a figyelmet e bajra felhívta, *erythema tuberculotoxicum*-nak nevezett el. Ezek az erythemák a szervezetben levő friss góccal kapcsolatban, a fertőzés első szakának végén és a második szak elején jelennek meg, tehát akkor, amikor a tuberculinérzékenység kezdődik. E kiütések formája nem jellegzetes; olyanok, mint a másokú toxikus erythemák, exanthemák. Feltehető, hogy a baktériumtoxinok gyors elszaporodása és az antitestek egyidejű igen kis száma következtében keletkeznek. Talán úgy értelmezhetők, mint a szervezet védekező küzdelmének a bőrön látható vetületei. Szövettanilag semmi jellegzetes gümős elváltozást nem mutatnak; igen rövidéletűek, ami már maga is bacillotoxikus eredetre vall és kizárja, hogy valódi bőrgümősödésnek tekinthessük őket. *Kundratitz* ezekkel az erythemákkal egyidőben erythema nodosumot is észlelt, e körülményt egyébként szintén érvnek használják fel az erythema nodosum gümős eredetének bizonyítására. Szerintem ezek az erythemák azonosak az egyéb genykeltők okozta ú. n. bacillotoxikus erythemákkal, tehát csak annyira specifikusan gümős bőrbajok, mint az erytehma nodosum. Jelentőségük az, hogy adott körülmények között, más genygóc vagy toxikus okok hiányában, ráterelhetik a figyelmet egy friss gümős fertőzésre.

Az *erythematodes*, amely betegség syndromaként fogandó fel és amelynek csak laza vonatkozásai vannak a gümőkórhoz, a gyermekkorban olyan ritka, hogy pl. a 2—10 éves korig az irodalomban még 20 biztos eset sincs feljegyezve.

A tuberculosis lichenoides tárgyalásakor említettem, hogy van egy körülírt fajtája, amely igen hasonlít a follicularis eczemához, de nem eczema. Talán jobban kimeríti az eczema fogalmát az a kiütés, amely ú. n. »skrophulotikus diathesis« mellett hitvány, gümőkórra hajlamos és gümőkórral terhelt gyermekeken szokott előfordulni. Ez az *eczema serophuloticum* az arc bőrén jelentkezik, főleg ott, ahol a bőr a nyálkahártyákba megy át (száj, szemhéj, orrnyílás, fülnyilás körül), de helye nem esik egybe a seborrhoeaéval, ugyanis soha a hajas fejbőrön nem látható. Jellege exsudativ, csupán a szemhéjszéleken száraz, pikkelyező és ezért hasonlíthat a seborrhoeara. E baj nem hozható összefüggésbe a Koch-bacillusokkal (mint ahogy *Unna* gondolta), mert soha gócreactiók nem válthatók ki és a váladékokban Koch-bacillusokat nem találtak. Az, hogy sok ilyen gyerek tuberculin-reactiója positiv, csak azt bizonyítja, hogy ezek a gyerekek tuberkulotikusak, de nem azt, hogy a bőrbajt a gümőkór okozza. *Pfaundler* arra gondol, hogy a nyálhakártyák váladékában tuberculotoxinok választódnak ki és ezek képesek a nyálkahártyákat és a velük határos bőrterületeket akként izgatni, hogy ott gyulladás (dermatitis, eczema) keletkezzék. A nyaki mirigyek gyakran észlelt megduzzadását sem szabad mindig scrophulotikus tünetnek tekinteni, mert hiszen maga az eczema és a vele járó dörzsölés, kaparás is okozhatja.

Iparkodtam a gyermekkorban előforduló gümős bőrbajokat azon szempontok szerint megtárgyalni, amelyek különösen éppen a gyermekkorra jellegzetesek. Ezeket talán úgy tudom a legjobban összefoglalni, ha felsorolom azokat a különbözőségeket, amelyeket a felnőttek és gyermekek gümős bőrbajai között tapasztalhatunk. Ezek a különbségek — nem tekintve azt, hogy egyes gümős bőrbajok a gyermekeken sűrűbben, ritkábban vagy egyáltalában nem fordulnak elő — a következők:

1. A gyermekek bőrtuberkulosisában a bovinfertőzés gyakoribb, mint a felnőttekében.

2. A növekedésben, fejlődésben, tehát soha nyugalmi állapotban nem levő gyermeki szervezet sokkal könnyebben reagál ártalmas behatásokra (így elsősorban fertőzéses betegségekre) legyengüléssel, az ellenállóképesség csökkenésével és az immunbiologiai védekezőképesség csődjével, mint a felnőttek szervezete; ezért jelentkeznek ilyen ingadozásokkor gyermekeken a gümős bőrmegnyilvánulások néha egészen zajos, disseminált, általánosodó formában.

3. A tuberculinreactio positiv voltából ugyan mindig arra következtethetünk, hogy a szervezet gümősen fertőzött, ami azonban másképen értelmezendő a gyermekeken és másképen a felnőtteken, u. i. kb. a 6. életévig a positiv reactio friss gümős fertőzés jele, míg a felnőtteken azt jelenti, hogy a szervezet már régebben átesett elkerülhetetlen gümős fertőzésén. A gümővel frissen fertőzött gyermeki szervezetben sokkal könnyebben támadnak bőrgümős jelenségek, mert a gyermeki szervezet védekező képessége mind a saját, mind az idegen gümőbacillusokkal szemben sokkal kisebb, mint a felnőtteké.

4. A tuberculosis szóródása a gyermeki szervezetben sokkal könnyebb, mint a felnőttekben; ez a magyarázata annak, miért oly gyakoriak gyermekeken a disseminált bőrtuberculosisok.

5. Gyermekkorban feltűnően gyakori a mirigyek gümős elváltozása, ami érthetővé teszi a sok gyermekkori tuberculosis cutis colliquativát, amely kórforma egyébként igen sokszor makkegészségesnek látszó gyermekeken jelentkezik.

6. Sok eltérést tapasztalunk a tuberculosis papulonecroticánál, amely a gyermekkorban sokkal gyakoribb, mint a felnőtt korban, különösen necrotikus typusa; ez a typus inkább a fiatalabb gyermekkorban, míg a papulás typus főleg a fanosodás idején gyakori; nagy különbségek vannak a localisatio terén is.

7. Míg a felnőttek gümős bőrfekélyei hosszú ideig tartó, nagyobb bajokat nem okozó elváltozások, addig gyermekekben elképzelhetetlen pusztításokat okoznak és septikus kihatásaikkal igen siettetik a rendszerint nagyon megtámadott, általánosan gümős szervezet rohamos leromlását.

8. Gyermekekben a tuberculosis és az eczema együttes előfordulása igen ritka.

A gyermekkor gümős bőrbajaira vonatkozó ismereteket és a magam tapasztalatait azért foglaltam össze a fentiekben, hogy rámutathassak arra, milyen helytelen dolog mindazt, amit a felnőttek bőrgümősödéséről tudunk, aetiologiai, pathogenetikus, immunbiologiai és gyógyítási szempontból egyszerűen a gyermekkorra is átvinni.

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

Kóros köhögési reflex.

Adatok a látótelep-tünetegyüttes kórélettani szemléletéhez.

Írta: *Angyal Lajos dr.* egyet. magántanár.

Alábbiakban egy esetről kívánok beszámolni, amelynek különös érdekességet ad a fennálló látótelep-tünetegyüttes mellett egy sajátságos kóros köhögési reflex megjelenése. Az eset kórrajzi adatai a következők:

M. Ferenc, 46 éves, elsőízben 1939 XI. 20—26-ig állott a klinikán vizsgálat alatt.

Kórelőzmény: Családi terheltség nincs. Lu. ♎ Napi 5—8 deci bort iszik. 7—8 éve vannak időnként néhány percig tartó, öntudatlansággal járó rohamai; ilyenkor fokhagymaszagot érez, munkájában megreked, csettintget, csámcsog, ujjaival öntudatlanul babrál. Össze nem esik, nyelvét nem harapja meg, de vizelete gyakran elfolyik. A rosszullét után még egy ideig zavart, ködös állapotban van. A rohamra nem emlékszik vissza. Ezek a rohamok az utóbbi időben már többnyire naponta jelentkeztek. Körülbelül egy hónapja hirtelen összeesett, kezei ökölbeszorultak, feje jobbra, majd balra csavarodott, szája jobbra húzódott, nyelvét megharapta, vizelete elfolyt. VIII. 27-én vasúton utazva, »tüzes szikra pattant a bal szemébe«; másnap bal szeme szaruhártyáján, majd a bal ajka környékén is apró hólyagos kiütés keletkezett és a bal arcfelében heves szaggató fájdalmak jelentkeztek. Felesége szerint az utóbbi év folyamán feltűnt a beteg nagyfokú ingerlékenysége és gorombasága.

Jelen állapot: Rendesen fejlett és táplált. Koponyáján külsérelmi nyom nincs. Belgyógyászati lelete negativ. Vérnyomása 125/96 Hgmm. A vegetativ körben kóros tünet nincs.

Idegrendszere: Szaglása ép, szemészeti lelete: jobb szeme ép. B. o. herpes corneae. A szemfenék ép. Visusa j. o. 5/5, b. o. 5/20. Látótere ép. Színlátása rendes. Pupillái kp. tágak, a bal kissé tágabb, mint a jobb, mindkettő kerek, minden tekintetben jól reagálnak. A szemmozgások minden irányban szabadok. Szemrezgés nincs. Az optokinetikus szemrezgés jobbra, balra egyformán jól kiváltható. A b. o. trigeminus első és második ágának nyomási pontja érzékeny. Herpes corneae l. s. Sem az érző, sem a mozgató trigeminus részéről más kóros tünet nincs. A facialisok mindhárom ága jól innervál. A fülészeti vizsgálat ép viszonyokat mutat. A IX., X., XI., XII. agyidegpárok részéről kóros tünet nincs. Izomzatának tonusa, ereje megvan. Járása szabályos, behúnyt szemmel is irányt tart. Kóros spontanmozgások nincsenek. Az élettani együttmozgások jók. Kóros kisagyi tünetei nincsenek. A physiológiás in-, csonthártya- és bőrreflexek egyformán jól kiválthatók. Jobb karjában pronatiós tendentia jelentkezik. Ataxiája nincs. Aphasiás tünetei nincsenek. Felületes és mélyérzések, protopathiás és epikritikus sensibilitas teljesen ép.

Psychéje ép. A vizelet vizsgálata negativ eredményű. Vér- és liquorlelete mindenben negativ. Az 52—40 arányban elvégzett suboccipitalis encephalographia mérsékelt hydrocephalust mutat, emellett a jobb kamrarendszer egészében valamivel tágabb, mint a bal. A kamrarendszer minden része jól telődik, dislocatio vagy összenyomásra utaló tünetek nincsenek. Az agyalapi cisternák jól telődnek. A koponyacsontokon alaki elváltozás nincs. A sella rendes nagyságú és ép falú.

Második felvétel 1940. V. 8-án: Távozás után változás annyiban mutatkozik, hogy a szaglási rohamok és a szaglási aura elmaradtak. Jelenleg a roham a következőképpen zajlik le: bevezető tünetként gyakran aránytalanul magas és szélesfejű embereket lát, többnyire sötétlila vagy fekete színben: »Ezek mérgesen néznek reám« — mondja. Ezek a látomások kb. 5—10 percig tartanak, majd furcsa íz jelentkezik a szájában, nyelvével csettintget, ujjaival fogdosó, morzsoló mozgásokat végez, öntudatát elveszti, bevizel. Összeesés vagy görcsök általában nem jelentkeznek. Előfordul, hogy a roham után 2 órán át is ködös tudati állapotban van. Nagyfokú feledékenysége miatt teljesen munkaképtelen. B. o. arcfájdalmai megszűntek. Hányás nincs. A rosszullétek után átmenetileg szótalálási zavarok is mutatkoznak.

Jelen állapot: A multkori leletekhez viszonyítva a következő változások észlelhetők: B. o. szaruhártyahomály, emiatt a bal szem látása csökkent. A látótér felvétel m. o. mérsékelt concentrikus szűkületet és a vöröskék színek vetélkedését mutatja. Jobb szájzug fogmutatáskor kissé visszamarad. A b. o. szaruhártyareflex renyhe. Trigeminus nyomási pontok b. o. nem érzékenyek, hypaesthesia a bal arcfélen nincs, a mozgató trigeminus m. o. ép. Az agyidegek részéről más kóros tünet nincs. A mozgatókör ép. Jobb karban mérsékelt pronatiós hajlam és széttérülési tünet, jobb kézben kisfokú dysdiadochokinesis. Aphasiás, amusiás, agnosiás, apraxiás zavarok jelenleg sincsenek. A megismételt suboccipitalis encephalographia 70—60 arányban jelenleg sem mutat a mérsékelt és j. o. valamivel kifejezettebb hydrocephalus internuson kívül értékesíthető tüneteket. A visualis, metamorphopsiás jellegű aurákra tekintettel külön kiemelendő, hogy az optokinetikus szemrezgés jobbra is, balra is ép, hogy az írás, olvasás, számolás és rajzolás területén zavar nem mutatkozik, továbbá, hogy a feladott szerkesztési műveleteket, így pl. gyufaszálakból a szokásos figuráknak az utánrakását vagy kirakását hibátlanul végezte el.

Sem a felületes, sem a mély érzések részéről objective kimutatható kóros tünet nincs; azonban:

1. a beteg az egész jobb testfelén a középvonalig terjedően minden ingert élénkebbnek jelez, mint b. o.; *ez a subjectiv hyperaesthesia a jobb arcfélre is kiterjed*, felületes és gyenge ingerek alkalmazásakor nem kellemetlen jellegű, de

2. a b. o. testfél csipésére, szúrására, mély nyomására, ugyanígy a bal talp kopogtatására, nemkülönben az Oppenheim-tünet vizsgálatakor alkalmazott nyomásra *az ingerület már kellemetlen jelleget ölt.* Ilyenkor a beteg arca eltorzul és panaszkodik, hogy

3. az inger, illetve a nyomában támadt *kellemetlen feszülésérzés az egész jobb testfelén végigfut, sőt a jobb arcfélre is kiterjed.* Ez a *kóros ingerkisugárzás* állandó, minden vizsgálat alkalmával megállapítható; az érzőkör fent ismertetett zavarain kívül a vizsgálatkor még egy *sajátságos kóros reflexnek* a megjelenését észleltük, amely a következőképpen mutatkozott: Ha a j. o. külső hallójárat bőrét vagy a j. o. orrnyálkahártyát mechanikus ingerrel, így pl. egy sondára felcsavart vattával izgattuk, ez az arc eltorzulása mellett azonnal *heves köhögési rohamot váltott ki;* az encephalographia előtt ismételten észleltük, hogy a jobb talp bőrének karcolása vagy a talp reflexkalapácsal ismételt megkopogtatása (a Schukowsky-reflex kiváltásakor) hasonló köhögési rohamot váltott ki, utóbbi kiváltási mód azonban az encephalographia után megszűnt. A leírt kóros köhögési reflexről filmfelvételt is készítettünk.

Az esetet összefoglalva, röviden a következőket kell kiemelnünk: 8 éve fennálló typusos Stewart-féle uncinatus-rohamok után az állapot hirtelen rosszabbodik. Kb. egy hét mulva herpeses kiütés támad a bal szaruhártyán és a bal szájfélen és heves neuralgiás fájdalmak jelennek meg a bal trigeminus mindhárom ágán. Az idegrendszeri lelet egyébként negativ, félévvel később azonban *az újabb vizsgálat a teljes jobb testfélre a középvonalig kiterjedő hyperaesthesiát mutat, amely a portopathiás ingerek alkalmazásakor jelentkező negativ indulattöltéssel, a határozott dysaesthesiával és a kóros ingerkisugárzással kétségtelenül látótelepi eredetre utal.* Felemlítendő, hogy a kellemetlen színezet főképpen mély nyomásra vagy szúrásra jelentkezett, amit *Head* és *Holmes* a látótelepi hyperpathia egyik különösen jellemző tüneténck tartanak: közlésük szerint ez a különbség a felületes és mély ingerekhez társuló indulati színezetben 24 esetükben sohasem hiányzott. A thalamussyndromákból az elsősorban *Déjèrine* és *Roussy* által hangsúlyozott dysaesthesia és az ingerület kóros kisugárzása is észlelhető volt esetünkben, így pl. a talp meg-

karcolásakor vagy vájulatának, ugyanígy a combfeszítőknek a reflexkalapáccsal való ütögetésekor a beteg az ingernek megfelelő érzeten kívül egy kellemetlen, az egész jobb testfélen szétsugárzó feszülésről, tehát az inger minőségének meg nem felelő érzetről is beszámolt. Az említett tünetekhez járul még a jobb arcideg száji ágának kisfokú gyengesége, a jobbkarban enyhe pronatiós és süllyedési hajlandóság és a jobbkéz kisfokú dysdiadochokinesise, végül a kóros köhögési reflex, amely utóbbi tünetre később még visszatérünk.

A klinikai kép tehát b. o. halántékagycsúcsi tünetegyüttesből, a b. o. érző trigeminus bántalmából és egy b. o. részleges látótelep-tünetegyüttesből tevődik össze és minden bizonnyal többgócú bántalom mellett szól, de agydaganat esetleges jelenlétét a 8 évre visszanyuló kórelőzmény, az általános daganattünetek hiánya, továbbá a 6 hónapos időközben kétízben elvégzett és a mérsékelt hydrocephalus internustól eltekintve teljesen ép kamraviszonyokat feltüntető encephalogrammok alapján is biztosan kizárhatjuk. Viszont a kórfolyamatnak és a tüneti képnek ugyanezen jellegzetességei, nemkülönben a kórfolyamat lökésszerű kiújulása és terjedése és legfőképpen a b. o. I. és III. trigeminus-ág területén megjelenő herpeses kiütés egyaránt egy idült meningo-encephalitist valószínűsít. Ezt nem zárja ki az sem, hogy a liquorlelet a második felvétel alkalmával is csak jelentéktelen eltéréseket mutatott, amennyiben a sejtszám: 3/3, az összes fehérje: 28 mg%, a globulinreactiók: + és a colloidreactiók teljesen negativ eredményt adtak. Mindenesetre a herpeses kiütés és a n. V. mindhárom ágára kiterjedő neuralgia a már korábbi idült meningoencephalitises kórfolyamat fellobbanása mellett szól és a minőségi kórisme felállításában döntő jelentőségű.

Az egészen jellegzetes uncinatus-rohamokkal ehelyütt nem kívánunk foglalkozni, ami azonban az esetet különösen érdekessé teszi, az a látótelep-tünetegyüttes kapcsán megjelenő *kóros köhögési reflex*, amelynek előfordulására az eddigi irodalomban adatot nem találtam.

Hogy ennek a kóros köhögési reflexnek a valószínű mechanismusába bepillanthassunk, vegyük előbb szemügyre a látótelepi eredetű érzészavarok minőleges jellegzetességeit. Esetünkre vonatkozóan sem a *Hillemand*, sem a *Déjèrine—Roussy* által felállított és a látótelep egyes magterületeit tápláló erek bántalmára visszavezetett különböző thalamustünetegyüttesek nem alkalmazhatók, itt ugyanis valószínűleg egész finom, gyulladásos laesióval állunk szemben, amely csupán a testérzékenység subjectiv, minőségi változásaiban fejeződik ki. Ezeket a zavarokat csak a *Déjèrine—Roussy*-féle dysaesthesián, valamint *Head* és *Holmes*-nek a thalamus-laesiók esetén észlelhető indulati reactiókra vonatkozó megfigyelésein keresztül tudjuk megérteni. A dysaesthesia *Déjèrine* és *Russy* fogalmazásában azt jelenti, hogy a küszöbérték normalitása mellett is az ingerek hatékonyságuk esetében kellemetlen érzeteket váltanak ki; emellett a dysaesthesia független az érzéskiesés fokától. Az érzet ilyenkor nem felel meg az ingerminőségnek, tehát pl. az érintés fájdalmat, égető melegérzést vagy tűszúrásszerű érzést vált ki. *Foerster* egyik betege pl. hideg víz ivásakor úgy érezte, mintha forró folyadék ömlene le a nyelőcsövén. Ennek a *dysaesthesiának a lényege tulajdonképpen a fajlagos ingerületi törvény hatékonyságának megszűnése.* Ennek a jelenségnek a magyarázatát csak úgy tudjuk megadni, ha feltesszük, hogy a látótelep ventro-lateralis magterületén belül bizonyos gócok következtében az inger a hozzátartozó magterületről másfajta ingerminőségek átkapcsolási magterületeire, illetve a legtöbb esetben egy bizonyos más ingerféleség magterületére sugárzik. Természetesen ez a magyarázat csak abban az esetben állhat meg, ha igazolódnék *Wallenberg* állítása, amely szerint a látótelepben az egyes ingerféleségeknek a somatotopiás tagozódáshoz hasonlóan más magterületek felelnek meg.

De az ingerkisugárzásnak egy másik alakja is jellemző a látótelep bántalmaira; az, amidőn a helyileg alkalmazott inger helyi jegyét elveszti és az ingerület az egész kóros testfélre kiterjed. Meg kell tehát különböztetnünk egy *intrasensibilis* és egy *kiterjedési, extensitásbeli irradiatiót:* előbbi a fajlagos ingerületi törvény hatékonyságának megszűnésében, utóbbi az ingerület helyi jegyének, illetve értékének feloldódásában jut kifejezésre. A látótelep eredetű hyperpathia a gerincvelői hyperpathiától éppen ezen utóbbi, extensitásbeli szétsugárzásban különbözik, vagyis abban, hogy látótelepi góc esetében az inger az egész vonatkozó testfélre kiterjed. *Foerster* ezt úgy fejezi ki, hogy a látótelep az egész test, illetve a vonatkozó testfél számára egy működési egészet alkot, *H. Hoff* pedig a bécsi iskola szellemében még továbbmenve, a látótelep-agykéreg vonatkozást a következőkben határozza meg: »Die Relation Grosshirnrinde-Thalamus intendiert... das Freiwerden der Sensibilität von reflexmässigen Reaktionen und die Bindung des Schmerzerlebens an das Körperschema.« Jellemző még a thalamus-reactiókra a psychoreflexek szélsőséges fokozódása, így pl. a kényszersírás-kényszernevetés megjelenése, amely valószínűleg a thalamopallidaris reflexív elféktelenedése (Enthemmung) által jön létre. A kényszersírás és -nevetés reflexszerű jelentkezését *Kroll* egyik járványos agyvelőgyulladás-esetében bizonyítva látja, ahol ezek a tünetek enyhe exteroceptiv ingerek alkalmazásával kiválthatók voltak.

Ami mármost az esetünkben észlelt kóros köhögési reflexet illeti, ez a látótelepi tünetek ismertetett minőségi és szerkezeti jegyeit magán hordja, mert

1. megállapítható az intrasensibilis kisugárzás, ugyanis a köhögési roham inadaequat inger által volt kiváltható;

2. kétségtelenül megvan az extensitásbeli kisugárzás, mert hiszen ugyanaz a kóros reflexjelenség egészen különböző testfelületekről, így pl. az arc egyes területei mellett a talp felől is kiválthatónak bizonyult, sőt

3. még a *Head* és *Holmes* által hangsúlyozott »all or nothing«, vagyis az inger intensitásváltozás jelentőségének megszűnése is észlelhető, ugyanis a reflex kiválthatóságának küszöbértékét elérő inger azonnal a teljes erősségű és köhögési *rohamban* megnyilvánuló reactiót hozza létre; a külső hallójárat bőrének vagy az orrnyálkahártyának már enyhe érintése elegendő volt a roham kiváltására.

Az esetünkben észlelt kóros köhögési reflexet tehát a tárgyalt jellegzetességek alapján a látótelepbe kell lokalizálnunk és valószínűnek tartjuk, hogy ennek a reflexíve a psychoreflexekhez hasonlóan thalamo-pallidarisan zárul.

A rendes köhögés reflexszerűen jön létre a gégefő, légcső vagy a hörgők nyálkahártyájának izgatására. Minthogy ezeknek a szerveknek mind az érző, mind a mozgató idege egyaránt a n. vagus, ennélfogva a köhögési reflex afferens és efferens szárát ugyancsak egyaránt a n. vagus szolgáltatja. *Balado* szerint a dorsalis érző vagusmagból egyes rostok kereszteződés után a lemniscus medialis útján az ellenoldali látótelep ventro-lateralis magterületébe sugároznak be; *Kölliker* szerint ezek a rostok a lemniscus medialisban a trigeminus-rostoktól medialisan helyezkednek el és a centrum medianumba sugároznak be. Végül *Wallenberg* is felteszi, hogy a centrum medianumban az objective kimutatott trigeminus-pályák mellett vagus- és glossopharyngeus-rostok is végződnek, mégpedig a centrum medianum medio-dorsalis részében és a medialis látótelep-magban. *Wallenberg* szerint a ventro-lateralis mag farki részében, a radiatio lenmiscalisban medialisan az alsó végtag- és oldalt a felső végtag rostjai végződnek. Bár ezek a somatotopiás elrendezésre utaló adatok még korántsem tekinthetők véglegeseknek, mégis érdemesnek tartom felsorolni, annál is inkább, mert ezeknek az alapján *az esetünkben megfigyelt kóros köhögési reflexnek kielégítő kórélettani magyarázatot tudunk adni* a következőképpen:

A ramus-auricularis n. X. és a trigeminus 3-ik ágából, a n. mandibularisból eredő n. auriculo-temporalis által beidegzett külső hallójárat ingerlése kórosan rásugárzik a n. X-nak azon rostterületére, amely a légcső és a gégefő afferens rostjait tartalmazza: a reflex további útja már most azonos a rendes köhögési reflexével; hasonló ingerátsugárzással magyarázható a köhögési reflex jelentkezése a n. maxillaris (V. 2) által innervált orrnyálkahártya-terület ingerlésére és az alsó végtag mély ingereire. Kiemelendő, hogy utóbbi területről a reflex csak az inger nagyfokú halmozódása esetén volt kiváltható és az encephalographia által végrehajtott bőséges liquorszádlás után megszűnt.

E tényből egy érdekes következtetést vonhatunk le az irradiatiót illetőleg. Amint láttuk, a n. X. és V. területei a centrum medianumban egymás mellett vannak, hozzájuk csatlakozik oldalról az alsó, majd a felső végtag területe. Úgy látszik, hogy a n. X. területétől távolabb eső alsó végtagterületre befutó ingerület csak nagyobb intenzitás esetében képes áttörni a n. X. területére, a még távolabbi felső végtagrostok ingerületei pedig már egyáltalában nem, vagyis hogy *az ingerkisugárzás* ebben az esetben *az idegrostok vagy magterületek térbeni távolságával arányos.*

Ha ez a magyarázat elfogadható is lenne, még számos más kérdés merül fel és vár magyarázatra. Ilyen pl., hogy miért áll be éppen a köhögési reflex és miért éppen az említett területek ingerlésére? Miért nem jelentkezik ugyanez a reflex más vagus- vagy trigeminus-területek izgatásakor stb.? Úgylátszik, mintha látótelep-bántalmak esetében rövidzárlatszerű kapcsolási zavarok határoznák meg és rögzítenék az egyes kóros reactiókat, így pl. egyik esetben a kényszersírást, kényszernevetést, máskor a légzés rhythmusának sajátságos zavarát, vagy a mi esetünkben a reflexszerű köhögési rohamokat. Természetesen ezek a kérdések, az agytörzs kórélettanának számos más kérdéséhez hasonlóan, még további tisztázásra várnak.

A székesfővárosi Uj Szent János Kórház szemosztályának (főorvos: Csapody István egy. rk. tanár) és kórbonctani intézetének (főorvos: Kálló Antal egy. m. tanár) közleménye.

Szemüregi autotransplantatumok kórszövettana.*

Irta: *Lugossy Gyula dr.*

A szemüregbe történő átültetések általában kétfélék lehetnek: I. a szemteke eltávolítása után műszem viselésére kozmetikailag kedvező viszonyok megteremtése és tartóssá tétele; II. sérülések, balesetek után tönkrement, heges zsugorodás miatt műszem befogadására képtelenné vált szemüregek újraképzése. Mind a két fajta átültetés a kivitel módja, a felhasznált anyag különbözősége szerint változik az eredményesség és főként az élettartam szempontjából.

I.

A szemteke eltávolításával járó nagy csonkítás elkerülésére vagy csökkentésére már a régi időben különböző műtéteket javasoltak. Az encleálást pótló műtéteket vagy a megvakult szem fájdalmassága ellen és sympathiás gyulladás megelőzése céljából végezték vagy jobb alapot kívántak velük elérni a műszem számára. Az előbbi esetben a látóideget és a hátulsó ciliáris idegeket metszették át, az utóbbiban a szemtekét ürítették ki. Amióta *Woolhouse* 1720-ban az első szemteke-kiürítést elvégezte, se szeri, se száma ennek a műtétnek. Igy *Blaskovics* szerint némelyek az enucleálást csupán a rosszindulatú daganatok esetére tartották fenn.

A szemgolyó kiürítését nemcsak a műszem számára nyerhető jobb alap kedvéért végezték, hanem *Czermak* panophthalmitis ellen is ajánlotta, mert kevésbbé tartotta veszedelmesnek az enucleálásnál. Azonban egyes szerzők az ínhártya kizsigerelése után halálosan végződő meningitist írtak le. Majd egy másik igen komoly és szomorú szövődményt is észleltek a szemteke kiürítését követő gyógyulási folyamat alatt: a másik szem sympathiás gulladását. Több ilyen esetről számoltak már be.

Olykor az ínhártyában többé-kevésbbé kiterjedt elhalások mutatkoztak, öregebbeken gyakrabban, mint fiatalokon. *Elschnig* klinikáján *Gradle* szerint 86 esetből 12-ben ez volt a helyzet. Ha ez nem is következett be, a visszahagyott ínhártya lassankint sarjadzással telt ki s ez utóbb zsugorodásnak indult. Szerencsés esetben a szemteke sorvadt szem nagyságára kisebbedett csak meg, de rendesen annyira összetöpörödött, hogy alig volt több az eredmény, mint rendes szemtekekifejtés után. E kiszámíthatatlan szövődmények miatt *Haab* és *Meller* az ínhártya kizsigerelését teljesen elvetették, míg ugyanekkor *Elschnig* jó technika esetében éppen olyan megbízhatónak tartotta, mint a szemteke eltávolítását.

A szemteke kiürítését többen felhasználták arra, hogy az üvegtestet idegen anyaggal pótolják s így a szemteke zsugorodását megakadályozzák. A legkülönbözőbb — szerves és szervetlen — anyagokat javasolták e célra, melyeket az ínhártya üregébe helyezve, bevarrtak. *Mules* üveggolyót, *Webster Fox, Dimitri* és *Carrasco* aranygolyót, *Kuhnt* és *Keall* üres ezüstgolyót, *Lang* celluloidot, továbbá elefántcsontot, kaucsukot, üvegselymet, azbestből, alumíniumdrótból

* A Közkórházi Orvostársulat 1941 február 26-i gyűlésen tartott előadás nyomán.

való golyót, selyemgombolyagot, bodzabelet stb. ajánlottak. *Oehlecker* és *Hanssen* a 2. lábközépcsont fejecsét, *Schmidt* H. marhának combcsontjából készült kiégetett golyót ültetett az üregbe, hogy a behelyezett anyag szervülését elérje. Mindezek azonban könnyen kilöködtek, néha még évek multán is.

A jobb megtapadás reményében *Barraquer* glutealis zsírszövetet ültetett az ínhártyába a kizsigerelés után. Azonban az ínhártya erekbe való szegénység miatt ez a módszer is csak részben váltotta be a hozzáfűzött reményeket. Nem segített a helyzeten *Sondermann*, majd *Torres es Trada* módosítása sem, akik a szemteke hátsó felének megnyitásával próbálták a beültetett zsírszövet táplálkozási viszonyait kedvezőbbé tenni. A kisebb-nagyobb zsugorodás így sem volt elkerülhető és a fentebb említett esetleges szövődmények sem voltak kevésbbé veszedelmesek. Tudomásom szerint az egyetlen szövettanilag is feldolgozott eset *Csapody* professzoré, amelyben a hátul megnyitott ínhártyába átültetett zsírszövet és az orbitalis zsírszövet között kétségtelenül kimutatható volt az újonnan létrejött arteriosus összekötetés.

B. Gy. 37 é. férfibetegünk bal szemének kiürítése és ezután történt zsírbeültetés után 12 esztendővel a jobb szem cyklitise miatt a jól ülő és mozgó műszem ellenére kénytelenek voltunk a csonkot eltávolítani, mivel nem találtuk meg máshol a cyklitis okát. Ahogyan *Csapdoy* prof. a kórtörténetben megjegyezte: »A cyklitis salicylra gyorsan javult és a praecipitatumok eltűntek, helyettük csak fibrin szövedék maradt, a szem vizsgálatkor még ciliárisan injiciált. A műtétet elhatároztuk, mert egyetlen szemről van szó s a beteget minden újabb gyulladás nagy aggodalomba ejti. Másrészt egyéb gócok kivizsgálása, ill. eltávolítása után nem maradt más lehetőség, mint magában a kizsigerelt szemtekében, ill. a beültetett zsírban gyanítani egy septikus gócot. A beültetés után ugyan a gyógyulás sima volt, a csonk most sem érzékeny, erős nyomásra sem s a beteg és magam is nehezen szántam rá magamat a kitűnő kozmetikus eredmény részbeni feláldozására. Sympathiás gyulladásra kevésbbé gondoltunk, mert annak legföllebb szokatlanul enyhe formájáról lehetett volna szó, ami többszöri recidiva után is in integrum restitutiót engedett, ami egészen valószínűtlen. Az enukleatio azonban ezt a lehetőséget is tisztázza. Műtét előtt még újabb tbc.-vizsgálat történt, újra negativ eredménnyel. Műtét 7-ed napján halvány szemmel távozott, praecipitatumok nincsenek.«

A szövettani vizsgálat szerint az ínhártyának megfelelő szövetdarab hyalinos-heges kötőszöveti nyalábokból áll, amelyben csak igen ritkán elszórva találni pyknotikus sejtmagvakat. A szövetdarabban a szemteke szerkezetéből már semmit sem lehet találni. Ugyancsak hiányzik a lobosodásnak minden szöveti jele. Az inhártyának megfelelő vastag, cé-

1. ábra.

szeszerűen hajlott, inas szövetdarab belsejében az annakidején beültetett zsírszövetnek már semmi nyoma nincsen (1. ábra).

Ezzel a szövetdarabbal együtt a szemüregből eltávolított másik babnyi szövetcsomó szövettanilag túlnyomórészt üres (kioldott) zsírsejtekből áll, foltonként keveredve kevés rostos kötőszövettel, amelynek kötegei a zsírsejteket lebenyekben fogják egybe. A szövetdarab egyik csúcsán találni néhány szabályos, két- vagy többsoros hámmal bélelt mirigycsőszerű járatot, amelyek közül a nagyobbnak üregét, részlegesen, szerkezetnélküli anyag tölti ki. A zsírszövet közt húzódó egyik vastagabb kötőszöveti nyaláb szövetében kis területen *gömbsejtes beszűrődés* található (2. ábra), egyebütt azonban a gyulladás

2. ábra.

szöveti jelei ebben a szövetdarabban is teljesen hiányoznak.

A szöveti vizsgálat eszerint nem tette nagyon valószínűvé, hogy a jobb szemen időnként fellángoló cyklitisek okát megtaláltuk, annál kevésbbé nem, mert később a beteget máshol szivárványgyulladás miatt kezelésben részesítették. Haszna a műtétnek az, hogy most már kiküszöböltük a jobb szemet a bal szemteke részéről fenyegető minden veszedelem gyanúját és lehetőségét. Tanulsága pedig az, amiért beszámolok róla: a beültetett zsír későbbi sorsa, 12 esztendővel az átültetés után. Sajátságos jelenség esetemben az, hogy a zsugorodó sklerazsák kiszorította magából a zsírkarélyt, ami mögötte helyezkedett el úgy, mintha mindjárt a Tenon-tokba ültettük volna. Helyzete *Csapody* professzor szerint annyival mégis jobb volt, hogy mivel a szemtekemaradvány kettősfalú, lapos tányérra zsugorodott, ez a kettőfalú, vaskos inhártyacsésze elölről jobban megvédte a vendégszem nyomásától.

Látható tehát, hogy a szemteke eltávolítását pótló műtétek sok tekintetben tökéletlenek s a kívánt célt is kevésbbé érik el, mint a szemteke kifejtése. *Truc* szerint ugyan a szemteke kizsigerelése után a maradványra helyezett műszem nagyobb kitéréseket tud tenni, mint kifejtés után; viszont *Coulomb* alig talált különbséget, míg *Sattler* azt a megfigyelést tette *Hertel* exophthalmometerével végzett pontos ellenőrzések alapján, hogy az egyszerű kizsigerelés után jobban visszasüllyedt az üvegszem az ép szemnél, mint az enucleatio után.

Így azután a szemteke eltávolítása teljesen háttérbe szorította az ínhártya kizsigerelésének műtétjét. Viszont sok esetben komoly kozmetikai feladatot jelent a szemteke kifejtésével járó nagy csonki-

tás elkerülése vagy csökkentése. A szemteke eltávolítása utáni kozmetikailag tartós eredmény jelentős mértékben attól függ, hogy a vendégszem számára megfelelő kocsány maradjon. Ennek minőségét és tartósságát a képzésére felhasznált anyag szabja meg. Mind tartós, mind kozmetikailag kielégítő eredmény elérésére a különböző oltóanyagok nagy számával próbálkoztak. A fentebb már felsoroltakon kívül *Chibret* és *Lagrange* nyúlszemet, *Wicherkiewicz* és *Sourdille* bőrt az alatta lévő zsírszövettel, *Birch—Hirschfeld* szájnyálkahártyalebenyt, *Sattler* bordaporcot, *Sucher* agar-agart, *Morax* formalin-alkoholban rögzített ökörporcot, stb. ajánlottak és használtak fel.

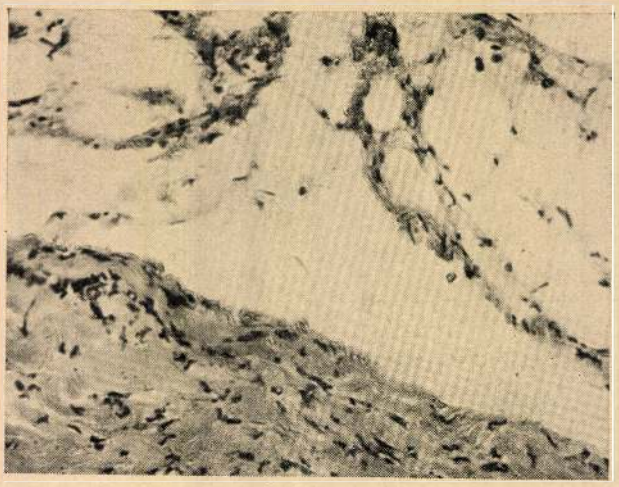
A beültetett szervetlen anyagok minőségük és fajtájuk szerint többé vagy kevésbbé felszívódnak, olykor még évek mulva is kilökődnek. Sokkal jobb megtapadási hajlamuk van az élő, vagyis szerves anyagoknak, még pedig leginkább azoknak, amelyek a beteg testéből valók (autotransplantatio). Igy *Barraquer* 1901-ben történt sikeres kocsányképzése óta sokszor bizonyosodott be, hogy a sajátzsírszövet minden más anyagnál alkalmasabb a Tenontokba való oltásra és a műtét eredményesen végezhető. Már *Marchand* kísérleteiből ismeretes, hogy az átültetett szövet megmaradása a véráramlás lehető korai helyreállásától függ. Erre pedig igen alkalmas a jól erezett kötőhártyazsák, ezért jelentékenyen jobb kilátással biztat a zsírátültetés a Tenontokba, mint az igen érszegény ínhártyába.

A beültetett zsírszövet sorsát *Rehn* számos tervszerű nyúl- és kutyakísérletben vizsgálta meg. Ezek szerint a sajátzsír átültetése esetében a zsírszövet többé-kevésbbé nagy részlete teljesen változatlan marad és átmegy a környezet élő állományába. A hátralévő része az oltás utáni első 10—12 hét folyamán degenerativ, majd regenerativ változásokon esik át. Az oltás utáni 7—8. héten kezdődik a megújulás. A burjánzó kötőszöveti sövényekből fejlődnek a zsírsejtek fiatal alakjai; ezek a 20. hét után teljesen szabályos zsírszövetet képeznek, ami a közönséges zsírszövettől többé már nem különböztethető meg.

Ilyenformán a zsírszövet a szemteke kifejtése után különösen gyakran nyert alkalmazást autoplastikus oltóanyagként, minthogy könnyen hozzáférhető, jól idomul, gyorsan megtapad és helyes technika esetében jelentősebb zsugorodás nélkül gyógyul. Osztályunkon is alkalmaztuk és a jelenben is végezzük, valahányszor szükségesnek mutatkozik a műszem számára a kozmetikailag legtöbbször kifogástalan eredményt biztosító kocsány képzése.

H. M. 34 é. nőbetegünk esetében a sorvadt, fájdalmas bal szem eltávolítása után autotransplantatióval zsírlebenyből képeztünk kocsányt a vendégszem számára. Azonban a seb negyednap szétvált, újra összevarrtuk, de a szélesen szabadon fekvő zsírlebenyt kénytelenek voltunk eltávolítani; noha semmi gyulladásos jelenség vagy elhalás egyelőre még nem mutatkozott. Az eltávolított zsírszövetcsomót szövettanilag feldolgoztuk.

A vizsgált zsírszövetcsomó górcsövileg sem mutatott sem a sudan-készítményben, sem a haematoxilin-eosin-készítményben kóros elváltozásokat. A feldolgozott metszetekben sem lobosodásra, sem elhalásra utaló szöveti jeleket nem lehetett találni. A zsírsejtek, mint azt a sudan-készítmények mutatták, zsírjukkal együtt épek voltak. A szövetcsomó széli részein kisebb kötőszövetszaporodást és helyenként hegesedést lehetett találni (3. ábra). A zsírszövet lebenyei között csak vékony kötőszöveti sövényeket találunk. Ereket, lumenükben vörösvértestekkel nemcsak itt, hanem az egyes zsírlebenyek középső részein is lehetett találni (4. ábra). Mind-



3. ábra.

4. ábra.

ezekből szövetileg is igazolható, hogy a korábban *átültetett zsírszövetcsomó a gazda nedv- és vérkeringésébe bekapcsolódott és szervült,* 15 nappal a műtét után.

Sattler annakidején a königsbergi szemklinika anyagáról közölt beszámolót, amely szerint a szemteke eltávolítása után a Tenon-tokba történt zsírátültetés 104 esetéből 91-szer síma volt a sebgyógyulás, 8-szor a seb átmenetileg megnyílt, anélkül, hogy a zsír kilökődött volna, 3-szor a zsír egy része elhalt és 2 esetben az egész oltás kigenyedt.

Bár a kevésbbé sikeres zsírátültetések száma meglehetősen csekély, úgy látszik mégis elég indíték arra, hogy a szerzők egy része újabban is inkább szervetlen anyaggal kísérletezzen. Igy *Auffinger* tajtékgolyót, *Thiel* polyviolplombát használ a kozmetikailag jobb eredményt célzó kocsány képzésére. A polyviolplombák polyvinylalkoholból, vízből és még valamilyen anyagból (például kongóvörös) készülnek, amely izomszerű összeállást biztosít s így a kívánt alakra formálhatók. Készen kaphatók a vérsavóval isotoniás és isoioniás konyhasóoldattal töltött üvegcsőben sterilen bezárva. *Thiel* az esetek többségében jó kozmetikai eredményt ért el és nem észlelt felszívódást. Szerinte a polyviolplomba tökéletesen megfelel a *Schmidt* H. által az oltóanyaggal szemben felállított követelményeknek.

Legújabban pedig *Siegfried* H. az 1920-ban *Magitot* ajánlotta formalinozott borjúporcátültetések

sikertelenségének okát igyekszik kideríteni az oltások után elvégzett röntgenfelvételek segítségével és a sikertelen esetek szövettani vizsgálata révén. A kudarccal végződő oltások magyarázata szerinte az, hogy a beoltott anyag, amint egyéb idegentestek gyógyulása esetében is, a fedő kötőhártyarészek miatt nyomási sorvadást szenved. További lehetőség a kudarcra az átoltott anyagból kiinduló izgalmi hatás. Azután a beoltott porc kilökődését eredményezheti a műtét közben vagy később a varrat felszakadása alkalmával történt fertőzés.

Benyomásom szerint a szemüregi oltások eredményességét vagy eredménytelenségét biologiai tényezők szabják meg. Közismert tény, hogy a szervezetbe került mindenfajta anyag, akár szerves, akár szervetlen, a gazdaszervezet részéről *védekező* küzdelmet indít el. Ennek folyamán a bejutott anyag közvetlenül vagy közvetve (felszívódás útján) kilökődik, vagy a szervezet védőfegyverei által körülbástyázott, legtöbbször ártalmatlanná tett góccá alakul át. A küzdelem végső kimenetelét tehát a szervezet védekezőképességének nagysága és a beoltott anyag mineműsége dönti el, ami természetesen nem közömbös az oltás későbbi sorsára.

II.

A szemüregi oltás a legnehezebb feladatot akkor jelenti, amikor valamilyen baleset, robbanás, égés, maródás, stb. miatt elpusztult szemüreg pótlásáról van szó. A szemteke elvesztésénél sokkal torzítóbb a szemüreg kiürítése, illetve többé-kevésbbé erős elpusztulása. Ilyen esetekben legtöbbször a kötőhártyazsák, sőt olykor a szemhéjak is teljesen hiányoznak. Az ilymódon létrejött torzulások elfedésére már 1561-ben *Ambroise Paré* dróttal a fejre erősíthető »Ekblephari«-t ajánlotta. Ez azonban *Sattler* leírása szerint olyannyira kevéssé volt szép, hogy 1749-ben *Haug* az ilyen esetekben a szemgödör eltakarását többre becsülte.

Az idők folyamán a technika haladásával természetesen ügyes eszközök készültek a defectus elleplezésére. *Müller* F. A., *Müller—Uri*, *Karsten*, *Valois* és *Rouvaix* módosításai, majd *Henning* és *Warnekros* glyceringelatina-prothesisei szinte a csalódásig hűen tudták a tönkrement szemüreget a túloldali éphez hasonlóvá tenni. Utóbbit *Sattler* szerint főkéne *Lauber* és *Adam* honosította meg a szemészetben. Ezek a prothesisek rugalmasságuk folytán még az arc mimikájában is résztvettek. Hátrányuk az volt, hogy a nedvességet nehezen tűrték s így rövid (2—4 hét) élettartamúak voltak.

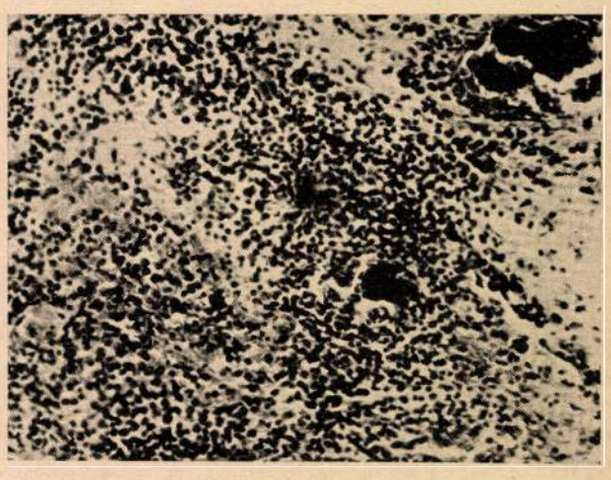
Csak a legutóbbi évtizedekben akadtak olyan vállalkozó szellemű és elég kitartással rendelkező szemészek, akik megkísérelték a szemüreg újraképzését — autotransplantatióval. Igen nehéz feladatot vállaltak magukra, amikor a vendégszem viselésére állandóan alkalmas üreg újbóli létrehozását megkísérelték. A fentebb mondottak értelmében csak szerves anyag jöhetett szóba az oltás elvégzésére, még pedig csak a sajátbőr szabad átültetés alakjában. Még pedig olyan körülmények között, hogy nincsen kötőhártyazsák, tehát tulajdonképpen ezt kell teljesen pótolni és a zsugorodásra igen nagy a lehetőség. A feladat igazi része ott kezdődött, amikor a szemüreg újraképzése megtörtént, a vendégszem viselésére alkalmasnak látszott és az eredmény tartósságát kellett biztosítani. A legtöbb kísérlet ezen a ponton mondott csődöt.

Emiatt van az talán, hogy olyan ritkán lehet olvasni az irodalomban közlést a szemüreg újraképzésének sikeres eseteiről. Igy *Csapody* professzor 20 esetről történt beszámolóján kívül az utóbbi időben mindössze 2 esetről van tudomásom. Ezeket *Czukrász* mutatta be a Magyar Szemorvostársaságban és beszámolója szerint *Esser* nyomán *Kerr*-anyaggal történt a műtét. Azonban ezeknek rövid volt az észlelési idejük ahhoz, hogy a műtéti eredmény tartóssága felől egészen bizonyosak lehetnénk.

Ezidőszerint a *Csapody*-féle orbitoanaplastikával reconstruált szemüregi esetek száma meghaladja a félszázat és a legtöbbjük hosszú évek óta viseli a műszemet kielégítő kozmetikai eredménnyel. Ezek az eredményes esetek azt mutatják, hogy a *Csapody*-műtét az egyetlen olyan eljárás, amelylyel a szemüreg újraképzése nemcsak kozmetikailag sikeres, hanem, ami az eredményesség legnagyobb biztosítéka, *tartós* is. A felkarról átültetett bőrlebeny igen gyorsan megtapad, jelentősebb sorvadás és zsugorodás nélkül. Az újraképzett szemüreg zsugorodás elkerülésének természetesen elemi követelménye a vendégszem állandó viselése.

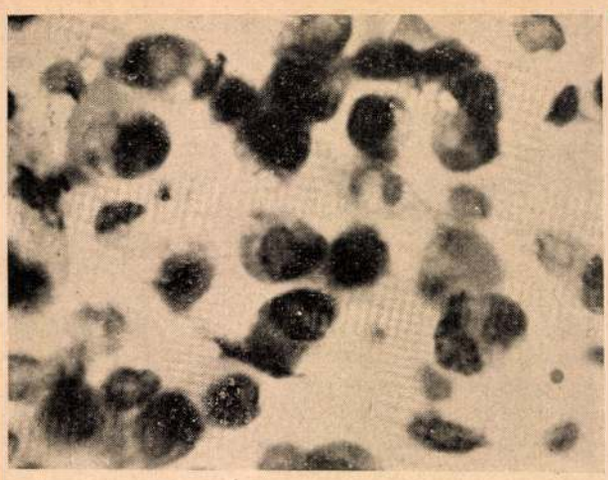
E. K. 20 é. férfi betegünk baloldali szemüregét *Csapody* prof. a felkarról vett bőrlebennyel rekonstruálta. A műtét után egy hónappal a vendégszem viselésére alkalmas volt a szemüreg. Néhány napot késedelmeskedett a beteg az üvegszem megvételével, emiatt újabb egy hónap mulva az alsó áthajlásba a karról keskeny bőrlebenyt kellett ültetnünk a kezdődő zsugorodás miatt. A régi lebeny alsó felhúzódott szélét felfrissítettük s a lemetszett bőrcsíkot szövettanilag feldogoztuk.

2 cm hosszú és 2—3 mm vastag s széles tömött szövetdarab került vizsgálatra. A makroskopos képből nehezen lehetett tájékozódni arról, hogy merre van a hámfelszín. A szövettani metszeteken látható, hogy a metszés iránya nem történt mindenütt merőlegesen a felszínre. Egyes helyeken jól látni a bőr többrétegű laphámját, amely helyenként elvékonyodott, sok helyen pedig hámszegélyt nem is látni. A hám alatt rostos kötőszövetben kisebb-nagyobb gócokban gömbsejtes beszűrődés (5. ábra)



5. ábra.

van sok lymphocytával, plasmasejttel (6. ábra) és kevesebb leukocytával. Helyenként sok a fiatal ér s a kötőszövet sarjadzásos jellegű. Egyes helyeken néhány mélyebb hámcsap van s néhol a sarjadzásos szövetben egy-egy isolált hámsziget vagy hámhagyma. Lehetséges, hogy ez a szöveti kép a ferde metszési irány következtében jött létre. Ezek a mélyrehelyezett hámszigetek mindenesetre szabá-



6. ábra.

lyos hámsejtekből állanak. Helyenként néhány verejtékmirigy látható, ezek környékében is határozott gömbsejtes beszűrődés van. Az átoltott szövetrészletben tehát az *idült lobos jelenségek urá*-kodnak.

Ezt a szövettani leletet a *Csapody*-műtét után 2 hónappal és 9 nappal találtuk az újraképzett szemüregfal egy részében. Ez pedig biztató arra nézve, hogy az átültetett bőrlebeny elvékonyodásának vagy sorvadásának veszélye — lelkiismeretes és kitartó kezelés mellett — nem fenyeget. Fenti esetünk is változatlanul kielégítő állapotban van kozmetikailag, pedig a műtét óta már 2 esztendő telt el.

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

Összetett status dysraphicus tünetcsoport.

Irta: *Juba Adolf dr.*

A különböző alaktanilag észlelhető fejlődési rendellenességek, illetve az átlag testalkattól való eltérések elemzése nemcsak azért jelentős, mert a torzalakulások áttekintése révén a normalis ontogenesis mechanismusaiba nyujt betekintést, hanem azért is, mert ismételt figyelemmel való kísérésük révén, különös tekintettel a combinatiókra, esetleg nagyobb idiotypiás egységek is kibontakozhatnak, amelyeknek már kóros működési zavarokat jelentő tünetegyüttesekkel is kapcsolatuk lehet. Az örökletesen feltételezett vagy a veleszületetten abiotrophiás kórságok ugyanis igen gyakran mutatnak fel számos, a szorosan vett kórképhez nem is tartozó alkati eltéréseket, melyek — különösen, ha a betegek családjában követjük őket végig — a kórkép idioplasmásan feltételezett alapjának megközelítéséhez és teljes elhatárolásához segítséget nyujthatnak. Természetesen ezzel együtt jár az, hogy az alkati kóros eltérések jórésze beleolvad nagyobb genotypiás tünetegyüttesekbe. E szempontok érvényesíthetők akkor is, ha a spina bifida occultához fűzött kérdések fejlődését kísérjük figyelemmel. A *Virchowtól* először észlelt, *Ribbert* és *Recklinghausen* által tovább elemzett spina bifida occulta tünetei legtöbbször a későbbi gyermekkorban enuresis nocturna, esetleg pes equino-varus és alsóvégtagi fájdalmak képében jelentkeznek és bonctani leletében a gerincoszlop ívének hiányos záródása figyelhető meg, túlnyomó többségében az ágyéki szakaszon. Mint ennek egy korcs atypiás formája tekintendő a *Fuchstól* 1910-ben leírt »myelodysplasia«, melyben a sphincter-gyengeségen kívül a lábujjak syntaktiliája, ugyanitt a fájdalomérzés zavara, továbbá a felszínes és mély reflexek eltérései, esetleg a lábfej vázanomaliái peroneusgyengeséggel kapcsolatosan, kivételesen a lábujjak vasomotorostrophiás zavarai és röntgenképekben a gerincoszlop lumbosacralis területén záródási hiányok észlelhetők.

Míg tehát a *Fuchs*-féle »myelodysplasia« az alsó gerincagyi szelvényeknek megfelelően érvényesül, addig a nyaki szakasz rokonelváltozásai leíróik után más név alatt ismeretesek. 1912-ben *Klippel* és *Feil* ismertettek a gerincoszlopon mutatkozó kóros eltéréseket, melyekben több csigolyatest egybeolvadása, ú. n. »masse cercicodorsale« és ugyanitt spina bifida occulta is tűnnek elő. A nyaki gerincoszlop megrövidülése természetszerűen a mozgási szabadságot korlátozza. mindezeket a jelenségeket a szőrzet rendellenességei, elsősorban mélyen a nyakra lehúzódó hajzat, máshol a nyak lefelé szélesedő alakja egészítik ki. *Dreyfus* az irodalmi adatok áttekintése és saját esetei tekintetbevételével 3 alcsoport elkülönítésének szükségét hangsúlyozza: az elsőben a fenti jelenségek igen erősen kifejlettek és a nyaki csigolyák számbeli csökkenése van az előtérben összes következményeivel együtt. A második alcsoportban a csigolya-blokképzés szerepel, a nyak alapja szélesedik és a szőrzet mélyen a nyakra terjed. A harmadik csoportban kiegészítő mozzanatként a gerincoszlop más szakaszán is mutatkoznak eltérések, testszerte elszórt fejlődési kórságok kíséretében.

Syringomyeliások családtagjainak és felmenő rokonainak kutatása révén *Bremer* »status dysraphicus« néven különleges kóros alkati tünetegyüttest jellemzett, amelyben a nyaki, illetve felső háti gerincoszlop hiányos elzáródásán kívül a felső végtagokon szelvényesen elosztott érzészavarok, ugyanitt vasomotoros trophiás zavarok, a szegycsont alakulásának kórságai; az emlők asymmetriája, kyphoskoliosis és esetleg szokatlan ujjtartás vannak jelen. Mindezek a jelenségek mint a status dysraphicus képviselői, elszórtan is előfordulhatnak. *Bremer* a status dysraphicus lényegét *Bielschowsky* és *Henneberg* nyomán az embryonalis velőcső üregének szabálytalan elzáródásában látja, mikor is kóros ependyma-burjánzások keletkezhetnek a velőcső tetőlemezi szakaszának és üregi környékének megfelelően; mindezek az alaki kibontakozást nagymértékben befolyásolhatják. Tekintettel a syringomyeliások családjában való gyakori előfordulásra, *Bremer* a syringomyelia kóroktanában is a velőcső üregének elzáródási zavarait emeli ki. Mindezeket a szerző részben kórszövettani vizsgálatokkal is igazolta, bár *Gamper* utal arra, hogy hasonló jelenségek (gliaburjánzás a hátsó kötélben, a canalis centralis környékén, stb.) normalis controllanyagban — a status dysraphicus alkati megnyilvánulásai nélkül is — előfordulnak. Mindezek szerint tehát a *Bremer* által jellemzett kóros alaki jelenségek értéke tisztán klinikailag jól körülhatárolható tünetegyüttesnek megfelelve mint »cervico-dorsalis myelodysplasia« *(Ratner)* bír jelentőséggel.

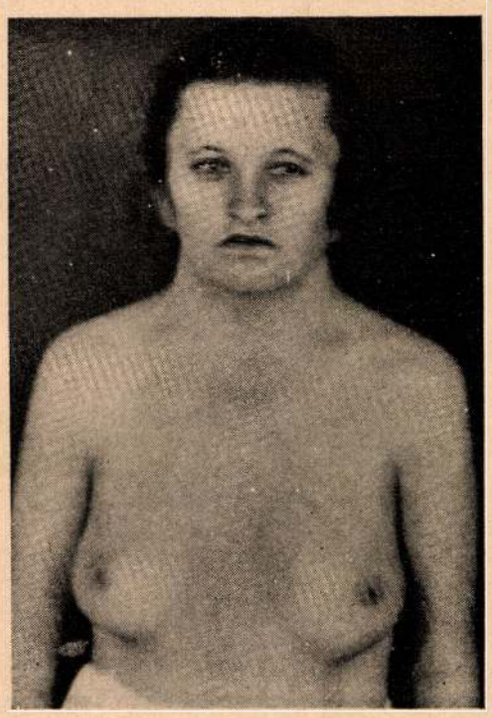
A fentiekben ismertettük a legfontosabb elhatárolt tünetegyütteseit azoknak a kóros alaki és csonttani jelenségeknek, melyekben a gericoszlop

kiképződése, hiányos elzáródása fontos szerepet visz. Az irodalmi adatok igen hosszú sorának áttekintését nem számítva, csupán arra hívjuk fel elsősorban a status dysraphicussal összefüggően a figyelmet, hogy ez kétségtelen viszonyosságot mutat egyes ideggyógyászi betegségek (syringomyelia, Friedreich-féle betegség) felé és a bevezetőleg említett genotypiás egységek elhatárolását kétségtelenül elősegíti.

A következőkben egy megfigyelésünkről számolunk be, amelynél a bevezetőleg említett alkati kórságok egész sorozata van jelen, olyannyira, hogy valamelyik tünetegyüttesbe való kizárólagos bejuttatás nehézségekbe is ütközik. Az eset feltétlenül kidomborítja azt, hogy a kóros formai megnyilvánulások adott alkalommal milyen széles körben lehetnek jelen és a dysplasiának feltűnő példáját szolgáltatja.

S. E. 19 éves nő 1940 október 10-én vétetett fel klinikánkra. Hibás lábbal született, úgyhogy az első életéven belül m. o. lábfejeken műtétet végeztek. Ágybavizelő nem volt. 1 év óta gyakran néhány pillanatra elveszti eszméletét; 2—3 hónapban egyszer mindez súlyosabb formában jelentkezik, az eszméletvesztés az egész testre kiterjedő rángatódzással társul.

Alkati áttekintése egészen számos rendellenesség felfedezéséhez vezet. Legfeltűnőbb a rendkívül tömzsi



1. ábra: S. E. felsőtestének képe; tömzsi, kupszerűen szélesedő nyak, sajkamell, különbség az emlőkben.

és a vállak felé szélesedő nyak, *(1. ábra.)* amelynek activ vagy passiv mozgatása is korlátozott. A hajzat mélyen lehúzódik a nyak hátsó felszínére és a vállmagasságot eléri. Az orrnyílások előretekintenek; a kemény szájpad feltűnően magasívű és az uvula csücske kétágú. A két emlő viszonylagosan mélyen helyezkedik el és a b. o.-i még mélyebben és talán kissé jobban oldalra foglal helyet. A szegycsont sajkaszerűen benyomult. A törzs háti felszínének keresztcsonti szakaszán a bőr egész enyhén előredomborodik és szőrzet fedi. Az alsó végtagok pes equino-vagus tartásban vannak, azonfelül feltűnik a lábtő és láb-középcsontozat viszonylag rövid volta. A beteg szerint ez a tartás még sokkal súlyosabb volt és csak a kora gyermekkori műtéttel fordították a lábfejeket rendesebb helyzetbe. Az alsó végtagokon a II.—V. ujjak syndaktiliásan igen jól felismerhetően egyesültek; kevésbbé tűnik ez ki a kéz ujjain, bár az ujjak közt kifeszülő bőrredők itt is kétségtelenül hangsúlyozottabbak.

Az idegrendszeri vizsgálat ép agyidegeket, rendes tónusú, működésű és erejű izomzatot talált. A felső és alsó végtagokon biceps-in, triceps-in, radius-periost-, pollex-, térd-, Achilles-in reflexek m. o. egyenlően kiválthatók. Kóros reflex, clonus nem mutatkozik. Hasreflexek biztonsággal nem válthatók ki. Epigastrialis-, Tobby—Cohn-, Guillain-reflex alsó féllelete jelen vannak. Spontán mozgásjáték nem figyelhető meg. Az érzőkör protopathiás és epikritikus körzetében, valamint a coordinatióban eltérés nincs; a beteg gyakran a mellkasra és a hátra szorítkozó fájdalmakról panaszkodik. A kiürítések rendben, 6 hetes klinikai megfigyelés incontinentiára utaló jelenségeket nem mutatott. Lelki képében veleszületett gyengeelméjűség mutatkozik, ítéletalkotás és az elvont fogalomképzés hiányos voltával az ismeretkörnek a közvetlenül környező dologi szerkezetekre való korlátozódásával. Intelligentiakor 9.8 év.

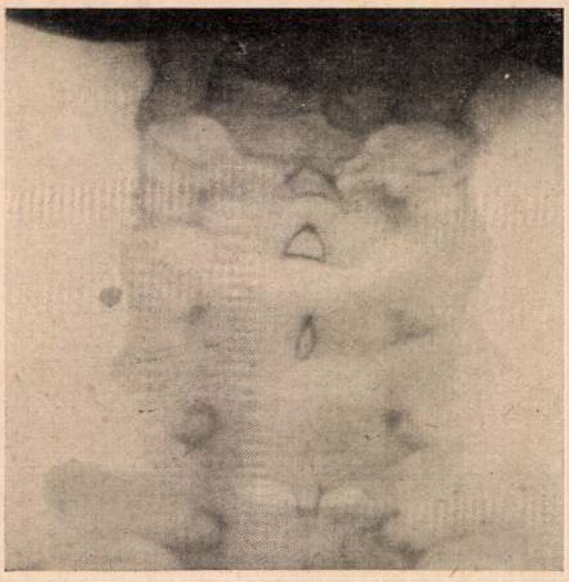
20 ctgr tetracorral 2 perces latentia után görcsös roham támasztható: az alsó végtagok tónusosan megfeszülve, fokozott pes equino-vagus és adductiós tartásba kerülnek, amely pár másodpercig tartó clonusos szakba megy át. Ugyanekkor a felső végtagokon is praedilectiosan elosztott tonusfokozódás észlelhető. Kóros reflexek nem mutatkoztak. A tudatzavarral kísért állapot 5 percig tartott. Vér Wa. r. negatív. A cisternalis liquorában Wa. r. negatív, összes fehérje 28 mg%, globulinreactiók negativak, sejtszám $^6/_2$, Colloidgörbék szabályosak.

A nyaki gerincoszlop oldalirányú felvételein **(2.** *ábra.)* feltűnik, hogy az első három cervicalis csigolya teste nem különül el, hanem látszólag egységes blockot

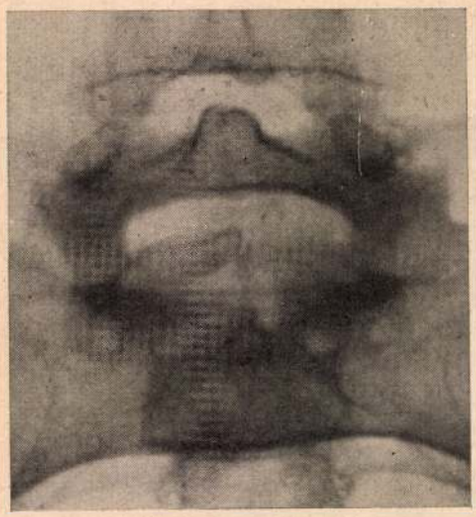
2. ábra: A nyaki gerincoszlop oldalirányú röntgenfelvétele; az első 3 csigolya teste egységes tömeggé folyik össze.

alkot; másutt az intervertebralis discusok jól felismerhetők. A cervicodorsalis határon eltérés nem mutatkozik. Nyaki spina bifida occulta nincs; mint a záródás egészen kezdetleges zavarát, a processus spinosusok hasadt -voltát, dichotomiáját látjuk az első három nyaki csigolyán. *(3. ábra.)*

Az V. lumbalis csigolya az osteogrammban messzemenőleg átmegy az első keresztcsonti csigolyának megfelelő területbe, úgy, hogy valószínűleg sacralisatióról van szó. Kiemelendő az V. lumbalis csigolya ívének megszakítottsága, vagyis spina bifida lumbalis képe. *(4. ábra.)* A koponyacsontok osteogrammjain feltűnően kóros jelenség nem észlelhető, a kivetített sella felvételek a töröknyereg szűk és kicsi voltát igazolják. A koponyacsontok, jelesen a processus mastoideus pneumatisatiója a Schüller- és Stenvers-felvételek szerint feltűnőbb alaki eltérést nem mutat. Encephalographia



3. ábra: *A felső nyaki csigolyák processus spinosusainak dichotomiája; röntgenfelvétel.*



4. ábra: *Az ágyéki gerincoszlop röntgenfelvétele; spina bifida occulta az 5. ágyéki csigolyán.*

a liquornak a vétel alkalmával történő hirtelen, blocadszerű elakadása miatt nem volt kivihető.

Édesanyjának, egyik fivérének vizsgálata kóros tulajdonságokat nem hozott felszínre; bizonyos fokig feltűnt az anya II. és III. lábujjainak részarányos és jelzett syndaktiliája. Röntgenfelvételek nem történhettek.

Áttekintve a fenti alaki és működési sajátosságokat, kétségtelen, hogy mindezek a tágabban értelmezett status dysraphicus keretébe tartoznak és a bevezetőleg említett fontosabb tünetegyüttesek mindegyikéből tartalmaznak vonásokat, miután a gerincoszlop különböző magasságaiban találtunk eltéréseket. Az alsó végtagok pes equinus-vagus tartása, a syndaktilia, továbbá az V. ágyéki csigolyának megfelelő spina bifida occulta, végezetül mint idegrendszeri kórság, a hasreflex-hiány, a *Fuchs*-féle »myelodysplasiára«, mint a spina bifida occulta egyik tünetcsoportjára tartalmaznak utalást, bár a sphincter-zavarokat, a fájdalomérzés zavarát és az angioneuroticus jelenségeket nélkülöztük. A nyak jellegzetes formája, a nyakra terjedő hajszőrzet, a mellkasi fájdalmak és elsősorban a nyaki gerincoszlop »csigolyablockja« viszont a *Klippel—Feil*-féle ritka tünetegyüttes cardinalis vonásainak felelnek meg és a *Dreyfus* által szükségesnek tartott beosztás szerint a 2. alcsoporthoz állnak közelebb. Kiegészül azonban mindez a *Bremer* szerinti status dysraphicus egyes jelenségeivel, amelyek közül a sternum sajkaszerű benyomódását, az emlők alakjának eltéréseit és az ujjak jelzett uszóhártyáját emeljük ki. Ideggyógyászi szempontból hivatkozunk az eszméletvesztéses görcsrohamokra, melyeket mesterségesen is előidézhettünk, ezeknek az alsó végtagokra szorítkozó paratypiás megindulása a középvonalban ülő és a lobulus paracentralisokat elsősorban érintő koponyaüregi kórságra utalhat. Mint ismeretes, a középvonalban dysgeneticus alapon igen gyakran lipomák fordulnak elő; *Bostroem* szerint 23 agyi lipoma közül 10, *Lorenz* szerint 28 közül 10, *Sury* szerint 40 közül 10 a corp. callosum vidékén foglalt helyet. *Huddleson* és *Krainer* adatai nyomán az irodalomban kb. 20 corp. callosum-lipoma ismeretes, amely gyakran részleges *(Ernst, Sury, Heubschmann, Juba)* és teljes *(Würth,* stb.) corp. callosum-hiánnyal is társult. Mindezek azonban a jelen esetet tekintve csak feltevések, minthogy complett képeket adó encephalogramm a blocak-jelenségek miatt nem volt elérhető. Figyelmet érdemelnek még a melltáji, sokszor igen erős fájdalmak, amelyek a *Klippel—Feil*-féle tünetegyüttes kapcsán többször észleltettek.

Fenti eset tehát tünetgazdagon az alaki és csontrendszeri dysgenesisnek számos vonását tüntette fel, melyek, bár különböző syndromák körébe sorolhatók, egészbevéve a status dysraphicus tágabban értelmezett képéhez állnak közel. Formailag kétségtelenül vezetett jellegzetes és legfeltűnőbb sajátosságai miatt a *Klippel—Feil*-féle tünetgyüjtéshez való nagy közelállás, bár az említettek révén a további viszonyosságok is nyilvánvalók. Hasonló észleletek amellett szólnak, hogy a status dysraphicus megjelenési formája legalábbis klinikai szempontból igen változatos lehet és az egyes alcsoportok határozott elválasztása inkább csak a kategorizálási szempontoknak, mint a tényleges és egyes esetekben megtestesített valóságnak ad helyet. A kiindulási, pathogeneticus mozzanatok eddigi irodalmi állásfoglalásainak taglalása igen messze vezetne; csak azt kívánjuk kiemelni, hogy a központi idegrendszer kóros fejlődései a test formai kialakulásának nagy eltorzulását vonhatják maguk után a tapasztalatok szerint; így — ha a szorosan vett kórszövettani substratum nem is mindenegyes esetben mutatkozik, — a *Bremer, Bielschowsky* és *Hennebedg* felvetette gondolatkör értelmében legkönnyebb mindezen kórjelenségek megmutatkozásának okát a központi idegrendszer nem teljes, illetve kóros irányba történt kifejlődésében keresni. Különleges példája ennek a *Benedek* és *Rakonitz* észlelte család, melyben az extrapyramidalis jellegű, tehát központi kórságot jelentő myokloniás mozgások az orr fejlődésének eltorzulásával egészültek ki, tehát kétségtelenül idioplasticusan feltételezett központi idegrendszeri zavart minden valószínűség szerint következményes fejlődési hatások révén alaki eltérések is kísértek.

Összefoglalás. 19 éves nőn a status dysraphicus tágabb értelmében vett kóros vonásainak tömege észleltetett; a tünetgazdag kép részben a *Fuchs*-féle myelodysplasia, részben a Bremer által jellemzett tünetegyüttes és legfeltűnőbben a *Klippel—Feil*-féle syndroma elemeit tartalmazta. Mindezen észleletek bizonyítják, hogy körülírtabb tünetcsopor-

tok elhatárolása inkább csak constructiv áttekintési előnyökkel bír és a valóság viszonyosságait nem mindenben elégíti ki; a status dysraphicus fogalmát legalább is klinikai szempontból nézve igen szélesen kell megvonni. Bizonyos jelenségek arra látszanak utalni, hogy a kifejlődés megindító pontját a *Bremer* szerint vett értelemben a központi idegrendszer elsőleges fejlődési zavarában kell keresnünk.

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

Adatok a terhességi és gyermekágyi anuria kérdéséhez.

Irta: *Mauks Károly dr.* tanársegéd.

A terhesség, szülés és gyermekágy egyrészt közvetlen, másrészt sokirányú közvetett befolyással van a veseműködésre. A veseműködés gestatiós rendellenességei többnyire terhességi mérgezésekhez kapcsolódnak, ritkábban mechanikus, keringési, ideg- vagy hormonhatásokra, esetleg külső ártalmakra, vegyi vagy bakteriumos mérgezésre vezethetők vissza.

A terhességi veseártalmakat kóroktani sokféleségüknek megfelelően a legkülönbözőbb tünetek, illetve tünetcsoportok jellemzik, amelyek értékes adatokat szolgáltatnak a veseártalmak kórismézéséhez s ezért már régóta behatóan vizsgálják őket. A főbb tünetek — vérnyomásnövekedés, fehérjevizelés, vizenyőképződés, stb. — kóroktana és kórjelző értéke ma már nagyrészt tisztázott. A vizelet mennyiségi változásait *Korányinak* különböző vesebetegségek kapcsán végzett alapvető kutatásai óta ugyancsak behatóan tanulmányozták. A vizelet mennyiségének a terhességben — főleg terhességi vesebaj kapcsán — észlelhető megkevesbedése, ennek oka és jelentősége közismert. A terhesség és szülés kapcsán élettaninak mondható oliguriával szemben a vizeletkiválasztás teljes megszűnése, az anuria, a gestatio kapcsán igen ritka s mindenkor a vesék vagy az egész szervezet súlyos megbetegedését jelző szövődmény. A terhességi és gyermekágyi anuria eredete, különösen a heveny lefolyású esetekben, nem egyszer rejtett marad, mert a kérdéssel foglalkozó közlemények nagyrészt a kórlefolyás és esetleg a boncolási lelet ismertetésére szorítkoznak, meg sem kísérelve a betegség okának felderítését, avagy az anuriát előidéző tényezők mérlegelését és rendszerbefoglalását.

A budapesti Bábaképző Intézetben két, egymástól klinikai és kórbonctani megjelenésében lényegesen eltérő esetben észleltük a vizeletkiválasztás teljes, illetve csaknem teljes megszűnését. Mindkét esetünk halálosan végződvén, rendelkezésünkre állanak a kórbonctani, szövettani és bakteriologiai vizsgálatok adatai is, amelyeknek átengedéséért dr. *Balogh* Ernő professzor úrnak e helyen is köszönetet mondok.

Első anuriás betegünk 40 éves, hatodszor szülő nő volt, 1936 december 19-én 22 órakor vettük fel. Kiállott betegségeire hozzátartozói nem emlékeztek. Első terhessége a 6. hónapban vetéléssel, harmadik terhessége halott, kora magzat születésével végződött. Ezenkívül három rendes szülése volt, láztalan gyermekággyal. Utolsó havivérzése 1936 május 20-án volt, magzatmozgást augusztus közepe óta érzett. Terhessége alatt egészségesnek érezte magát. Három napja magzatmozgást nem érez. December 17-én 12 órától renyhe fájásai vannak. Egy napja lázasnak érzi magát, két hidegrázása is volt, ezért az észlelő szülésznő többszöri belső vizsgálat után kétízben is orvost hívott, aki a második alkalommal ugyancsak belső vizsgálatot végzett. December 19-én 19 órakor orvosa — mivel az asszony már reggel óta nem vizelt — megcsapolta, de vizeletet nem nyert, csak kevés vért. A felvétel napján a szülőnő 2 g chinint vett be, azóta rossz a közérzete, zúg a feje, egyízben véreset hányt s állítólag hüvelyéből is volt egy kevés vérzése. A lázas állapot és anuria miatt orvosa intézetünkbe szállíttatta.

A közepesen fejlett és táplált, ép csont- és izomrendszerű nő mellkasi szervein kórosat nem találunk. Mindkét combja és alszára kisfokban vizenyősen duzzadt. Hőmérséklete 38.8° C, érverése a radialison alig tapintható, percenkint 160. Vérnyomása 70/60 Hgm. Vizelni nem tud, a hólyagba vezetett húgycsapon vizelet nem, csupán néhány csepp vér ürül. Aluszékony, értelme zavart, légzése erőltetett. A végtagok és a látható nyálkahártyák szederjesek. A 9. hónapos terhes méhet állandó görcsös összehúzódásban találjuk, szakaszos fájásai nincsenek. I. koponyatartás. Szívhangok nem hallhatók. Végbélvizsgálat: bőven 4 ujjnyi méhszáj, kifejtett nyakcsatorna, álló, feszülő burok. Koponya a bemenetre illeszkedve.

Másfél óra mulva *a feszülő burkot megrepesztjük, nagymennyiségű zöldesbarna, bűzös magzatvíz ürül.* Koponya a bemenetre illeszkedve, nyílvarrat a harántban, kiskutacs baloldalt. Gumikatheterrel óvatos csapolást kíserelünk meg, de ekkor is *csak néhány csepp folyékony vér ürül.* Tekintettel a beteg súlyos septikus állapotára és az esetleges hólyagsérülésre, igyekszünk a szülést az anyára legkíméletesebb módon mielőbb befejezni; ezért a halott magzat koponyáját a kiskutacsnál Naegele-ollóval megfúrjuk, a megkisebbített fejet fogóeszközökkel óvatosan kihúzzuk s így december 20-án 0.30 órakor megszületik az 53 cm hosszú, perforáltan 3500 g súlyú, bűzös, macerált leánymagzat. A magzat megszülése után nagymennyiségű barnásvörös, bűzös magzatvíz ürül, 5 perc mulva magától megszületik a 700 gr súlyú ép lepény hiánytalan burkaival. A lepény leválása után a méh ellazul, bő vérzés indul meg. A méhet sem dörzsöléssel, sem gyógyszerekkel összehúzódásra bírni nem tudjuk, ezért a főütőeret leszorítva, a méhet tamponáljuk. Közben a betegen a fokozódó vérszegénység jelei mutatkoznak, érverése a carotison percenként 160, kishullámú, légzése nehezített. Szívvizgatószereket adunk, a mellkas bőre alá 1 liter élettani konyhasóoldatot fecskendezünk s vérátömlesztéshez készülünk. Tekintettel a rohamosan fokozódó vérszegénységre, s látva, hogy az atonia conservativ kezelésével célt nem érünk, az öntudatlan aszonyon altatás nélkül hasmetszést végzünk s a méhet percek alatt csonkoljuk. *A hüvelyi méhkiürtással szemben azért választottuk a hasmetszést, mert az intézeten kívül végzett véres csapolási kísérletek és a hólyagból vizelet helyett nyert vér miatt hólyagsérülésre kellett gondolnunk.* A kérdést biztosan eldöntő hólyagtükrözést az életveszélyes s gyors műtéti megoldást követelő vérzés miatt nem végezhettük el. Az aortacompressornak a műtétet megelőző levétele után a beteg állapota rohamosan romlott, a vérátömlesztés ellenére a légzés akadozóvá vált s mire a műtéti terület peritonizálását megkezdtük, a légzés és szívműködés megszűnt.

Boncoláskor az összes szervek nagyfokú vérszegénysége mellett a szív, máj és vesék erős parenchymás és zsíros elfajulását és septikus lépet találtak. A húgyutak nyálkahártyáján foltosan összefolyó, pontszerű vérzések. A mellékvesék központi része törmelékesen szétesett. A nyakcsatorna és méhtest belfelületét zöldesbarna, bűzös szövetcafatok borítják.

Szövettanilag a szívizomrostok fragmentatiója, helyenkint finom cseppes, zsíros elfajulása látható. A májlebenykék közepén a sejtekben finom zsírszemcsék, a Kupfer-sejtekben ugyancsak zsírszemcsék találtattak. A kanyarulatos vesecsatornácskák hámsejtjei duzzadtak, egyes tubulusokban finom zsírszemcsék.

A bakteriologiai leoltás a szívből, lépből, epehólyagból, hüvelyből és méhből, valamint a magzat szívéből egyaránt coli bakteriumot mutatott ki.

Ebben az esetben tehát a teljes anuria az anya igen heveny lefolyású sepsiséhez csatlakozott, amely

álló burok mellett következett be. A sepsist okozó colibakterium a magzatba is átjutva, annak elhalását, a magzatvíz és méhfal elárasztásával pedig a méhnek *bakteriumtoxinok* révén rendkívül nagyfokú atoniáját idézte elő. Az életfontosságú parenchymás szerveknek a fertőzés rövid idejéhez mérten igen nagyfokú elfajulása és a súlyos keringési zavar ugyancsak a colisepsis toxinhatásával magyarázható. *Az anuriát részben a keringés zavarával, főleg azonban a vesehám elfajulásával magyarázhatjuk;* kifejlődését esetleg a beteg által bevett nagyobb mennyiségű chinin is elősegíthette, amint azt *Harbitz* és *Spitzer* közleményei is említik. A húgyutak nyálkahártyájának pontszerű vérzései az általános sepsis részjelenségei s az anuriával összefüggésbe nem hozhatók. Esetünk érdekességéhez tartozik, hogy a vizelethiány és a hólyagban talált vér hólyagsérülés gyanúját keltette s ezért a műtétet nem hüvelyi úton, hanem a septikus állapot ellenére hasmetszéssel végeztük.

Második anuriás betegünk 35 éves, először terhes asszony volt, akit 1938 február 24-én 4—5. hónapos vetéléssel vettünk fel. *A beteg 3 napja lázasnak érezte magát, többizben hidegrázása is volt.* Felvétele előtti este erősebb vérzés indult meg méhéből s ezért orvosa intézetünkbe utalta.

A közepesen fejlett és táplált, ép csont- és izomrendszerű nő mellkasi szervei épek, vizenyő, értágulat nincs. Hőmérséklete, érverése, vérnyomása rendes. Vizelete kóros alkatrészeket nem tartalmaz. Vörösvérsejtszám 4,680.000, haemoglobin 92%, fehérvérsejtszám 16.000, vérsejtsüllyedés 30 mm Westergren szerint.

Belső vizsgálattal puha portiót találunk középen, amely kétosztatú resistentiába megy át. A képlet jobboldali, jókora ökölnyi, kissé egyenetlen felszínű, puhább részét a terhes méhfélnek, az ettől mély barázda által elválasztott almányi, tömöttebb baloldali részt kétszarvú méh nem terhes szarvának, vagy izomdaganatnak tartjuk. A méhszáj zárt. Kisfokú vérzés.

Tekintettel a kórelőzményre és a helyi leletre, fájáskeltő és lázcsökkentő szereket adtunk. Február 25-én és 26-án a beteg hőmérséklete 38.2° C-ig növekedik. Érverése középtelt. Kismennyiségű, részben alvadékos vérzés; jobboldali alhasi fájdalmak, melyekhez később hányinger és többszöri hányás társult. Február 27-én a hőmérséklet 38.7° C-ra növekszik. 6 órakor erősebb vérzés és alhasi görcsök kíséretében megszületik a 22 cm hosszú magzat. Mivel a lepény méhösszehúzószerek befecskendezése ellenére 2 óra multán sem távozik, az állandóan fokozódó vérzés miatt a lepényt ujjal leválasztjuk, eközben megállapítjuk, hogy a méhtestet egy sövény két részre osztja; a nagyobb, jobboldali méhfél elülső falából almányi submucosus myoma domborodik a méhürbe. Lepényleválasztás közben a méhnyak hátulsó falán kisebb sérülés képződik. A vérzés a lepény eltávolítása után sem szűnik meg, az érverés szaporává és felületessé válik. Tekintettel a méhnyaksérülésre, az asszony lázas állapotára, a fertőzött méhürre, a rendellenes fejlődésű myomás méhre, továbbá a conservativ eljárásokkal nem csillapítható erős vérzésre, összetett javallat alapján a méh hüvelyi kiirtását láttuk szükségesnek.

A műtétet evipan altatásban végeztük s közben Bud-készülékkel 400 ccm azonos csoportbeli citratos vért ömlesztettünk át 800 ccm Locke-oldattal, 170 ccm 20%-os dextroseval, coraminnal és kardiazollal. A beteg és a vértadó háziterhes vércsoportjának azonosságát keresztagglutinatio által is megállapítottuk. A műtét zavartalan volt. A kismedencébe gazepamatot vezettünk s a hüvelyt lazán tamponáltuk. Műtét után csapolással néhány ccm tiszta vizeletet nyertünk.

Az eltávolított másfél ökölnyi méh üregét a fundusból kiinduló nyílirányú sövény két részre osztja; a sövénynek megfelelően a méhtesten kívülről jól látható barázda fut végig. Az almányi nyomgóc tömött, metszéslapja szürkésfehér, rostos szerkezetű.

Szövettanilag: a decidua átvérzett, felszínes részében körülírt elhalások. A hullóhártyát gyulladásos sejtelemek járják át. A lobos beszűrődés különösen a lepény tapadási helyén nagyfokú. Kórjelzés: uterus septus et myomatosus. Status post abortum m. IV—V.

Műtét után a beteg állapota kielégítő, de estére romlik. Aluszékony, érverése 150, kishullámú. Bőre zöldessárga, a sklerákon sárgaság. Belső vérzésre gondolva eltávolítjuk a hüvelyi gazecsíkot; feltárással vérzést nem találunk. A hüvelyboltozati sebnyilásba újabb gazepamatot vezetünk s a hüvelyt tamponáljuk. E tampon a továbbiakban teljesen száraz maradt. A tamponcsere előtt csapolást kísérelünk meg, de egyetlen csepp vizelet sem ürül.

Vérátömlesztéssel kapcsolatos haemolysisre gondolva, újból megvizsgáljuk mind a betegnek, mind a vértadó háziterhesnek a vérét s mindkettő most is A-csoportbelinek bizonyult. Az újból elvégzett keresztagglutinatio sem mutatott eltérést.

Mivel ismételt csapoláskor sem kaptunk vizeletet, felmerült annak a lehetősége, hogy műtét közben az uretereket lekötöttük, amire azért is gondolnunk kellett, mert a méh fejlődési rendellenességeihez gyakran a húgyrendszer fejlődési rendellenességei is társulnak. Az urologiai vizsgálat azonban kimutatta, hogy mindkét húgyvezető átjárható s az ureterkatheter akadálytalanul felvezethető a vesemedencékbe. Mivel a beteg a műtét után bőven kapott folyadékot, kétségtelen, hogy anuriáról van szó. Szívizgatószerekre az érverés javult. Bőven itatunk citromos, cukros teát. Az alhas fölé villanymelegítőt helyezünk.

Második napon reggel a beteg erős vizelési ingerről panaszkodik, de vizelni nem tud. Csapoláskor 2 ccm barnásvörös folyadék ürül. Érverése 124, középtelt. Vérnyomása 155/80 Hgmm. Közérzete jó, sensoriuma tiszta. Délután csapolással 65 ccm zavaros, sárgásbarna vizeletet kapunk, vegyhatása savi, fajsúlya 1012. A vizeletben fehérje Esbach szerint ½‰, geny-nyomok, cukor, bilirubin, urobilinogen: negativ. Az üledékben sok uropoetikus hámsejt, vörös- és fehérvérsejt, elvétve néhány vesehámsejt és szemcsés vesehenger. Festett készítményben néhány nem jellegzetes Grampositiv diplococcus. 2 ccm euphyllin i. m. Bőven kap narancslevet és teát. Éjjel többször hányt, csapoláskor 20 ccm zavaros, barna vizelet.

Harmadik napon reggel 20 ccm zavaros, barna vizeletet kapunk. A beteg közérzete jó, nyelve nedves, érverése percenként 120. Hashajtóra és sennás beöntésre bőven volt széke. 2 ccm euphyllin i. m. A bő folyadékfelvétel ellenére délben is csak 10 ccm a vizelete, ezért mindkét vesére rövidhullám-besugárzást adunk. A vérnyomás változatlan. Délután mindkét vesére 30—30 perces diathermiás besugárzást adunk, de a vizelés erre sem indul meg. A vérsavóban a maradék nitrogén mennyisége 70.1 mg%, Cl: 374 mg%, NaCl: 615 mg%, △: —0.61 C°. Serumbilirubin: 0.5 mg%, indirect. Methaemoglobint a serum nem tartalmaz. Vérkép: vörösvérsejt: 2,450.000 haemoglobin 50%, fest. index: 1.0, reticulocyta 0.9%, thrombocyta 98.000, fehérvérsejt: 35.900. Minőségi vérkép: fiatal 1%, pálca 10%, karélyozott 85%, összes neutrophil 96%, lymphocyta 2%, monocyta 2%. Vérzési idő 3.5', alvadási idő 4.5', reactiós idő 16'.

Bár a beteg közérzete jó, sensoriuma tiszta, az anuria miatt (a műtét utáni 3. nap estéig kiválasztott vizelet összes mennyisége 115 ccm) szóbajön a vesehántás kérdése. A belgyógyásszal folytatott tanácskozás azzal végződött, hogy ha a vizeletelválasztás másnap reggelig sem indulna meg, a decapsulatio javalt.

A vizeletkiválasztás megindítása céljából este, majd éjjel újabb 30—30 perces vesediathermiát végzünk és szívizgatószereket adunk. Este csapolással mindössze 5 ccm vizeletet kapunk. Vérnyomás 160/80 Hgmm. Érverés 110 percenként. Éjjel a beteg nyugodtan alszik.

Negyedik nap. Reggel, a szomjúságát nem tekintve, jó a közérzete. Csapolással 10 ccm zavaros, barnássárga vizelet ürül. A vizeletben a fehérje Esbach szerint 4‰, genynyomok. Az üledékben látóterenként 15—20 fehérvérsejt, néhány vese- és uropoetikus hámsejt, 8—10 vörösvérsejt, sok kilúgozott vörösvérsejtárnyék és néhány barnásvörös szemcsés henger látható. A festett készítményben vegyes bakteriumflora, Gram-negativ coli typusú pálcákkal, staphylococcus-csoportokkal és néhány rövid streptococcus-lánccal.

Az első napi 38.7 C°-os lázat nem tekintve, a további kórlefolyás láztalan, időnként subfebrilis volt.

Tekintettel arra, hogy a vizeletelválasztást conservativ eljárásainkkal megindítanunk nem sikerült, a beteget a II. számú sebészeti klinikára tettük át, ahol dr. *Kaló* magántanár a jobb vese tokját lehántotta. A műtét aetheraltatásban zavartalanul folyt le. Műtét után hányinger; délután csapolással 10 ccm vizelet ürül. A beteg 100 ccm 5%-os dextroset kap érbe, további 1 liter folyadékot csőrében s 1 liter teát iszik meg.

Ötödik nap. Hő: 37.5° C, érverés 100. Nehéz légzés, nyelv száraz, szelek mennek. A vizelet egésznapi mennyisége 8 ccm. A hüvelyi tampont eltávolítjuk. Hőlégkezelés, coffein, papaverin.

Hatodik nap. Testhője 37.4° C, érverése 100, légzése 18. Vörösvérsejtszám 1,920.000. Szívdobogás, kábultság. *Bakay* professzor utasítására 200 ccm vér lebocsátása után 200 ccm vért kap azonos csoportbeli vértadótól. A vérátömlesztés után 10 perces hidegrázás, majd hőmérséklete 39° C-ra emelkedik. Délután önként vizel 10 ccm-t. Nyelve száraz, tarkótáji fejfájás, zavart sensorium. Coffeint és papaverint kap.

Hetedik nap. Subfebrilis, érverése jó, vérnyomása 170/80 Hgmm. Nyelve száraz, légzése ritka, nyugtalan, félrebeszél. Napi vizeletmennyisége 33 ccm.

Nyolcadik nap. Állapota változatlan. Napi vizeletmennyisége 50 ccm.

Kilencedik nap. Vörösvérsejtszám 1,500.000, fehérvérsejtszám 22.000. 100 ccm vér lebocsátása után 250 ccm vért kap. Vérátömlesztés után borzongás, majd a hőmérséklet 39° C-ra emelkedik. Állapota soporosus. Spontan ürít 45 ccm vizeletet.

Tizedik nap. 75 ccm vizeletet ürít; csapolással további 45 ccm ürül. A beteg comában van s 19 órakor meghal.

A betegség folyamán a vérből kétízben is végzett bakteriologiai leoltás kórokozót nem mutatott ki.

A vérsavó vegyi vizsgálatainak eredménye:

	3. nap	6. nap	10. nap
Maradék nitrogen	70.1 mg%	138.8 mg%	137.7 mg%
Cl	374 mg%	319 mg%	294 mg%
NaCl	615 mg%	538 mg%	486 mg%

*Boncolás:** A bőr halvány, sárgás árnyalatú, a sklerák ugyancsak sárga színűek. Per primam gyógyuló jobboldali vesemetszés sebe. Általános vérszegénység az összes szervekben. A tüdők alsó lebenye savósan átivódott. A hüvelycsonk körül a hashártya szürkésen elszíneződött, egyébként a kismedence hashártyája síma, fénylő.

A decapsulált jobb vese 153, a bal vese 170 g súlyú. A vesék duzzadtak. A jobb vese tokja műtétileg le van fejtve, a bal vese tokja kissé nehezebben vonható le. A vesék állománya közepesen tömött, felszínük síma. Metszéslapon a kéregállomány kiszélesedett, nedvdús, halvány agyagszínű, rajzolata elmosódott. A pyramisok sötétbarna csíkoltságúak. A vesemedencék és húgyutak szabadok, nyálkahártyájuk vékony, halvány.

Kórbonctani diagnosis: status post exstirpationem uteri et post decapsulationem renis dextri. Nephrosis haemoglobinurica. Anaemia universalis. Ikterus levioris gradus. Oedema loborum infereriorum pulmonum. (Boncolta: Dr. Romhányi adjunktus.)

A szívből és lépből végzett leoltásból bac. proteus vulgaris tenyészett ki.

Szövettanilag a szívizomban fragmentatio, sudanophylia és nagymennyiségű kopási pigment látható. A májban centralisan diffuse aprócseppes elzsírosodás. A vena centralisok fala megvastagodott; a közti szövet általában felszaporodott.

A vesecsatornák hámsejtjei körülírt területeken kiscseppesen elzsírosodtak. A kéregállományban kis, körülírt gömbsejtes beszűrődések. A vesecsatornák lumenét nagyrészt haemoglobinhengerek töltik ki. Más csatornanyílásokat a hám duzzadása szűkíti, illetve zárja el teljesen.

Esetünk ismertetését összefoglalva: a IV—V. hónapos lázas vetélés kapcsán a rendellenes fejlődésű, myomás, sérült és fertőzött méhet nagyfokú vérzés miatt hüvelyi úton kiirtottuk. A műtét és az egyidejűleg végzett vérátömlesztés után anuria következett be, amelyet sem conservativ kezeléssel, sem a jobb vese tokjának levonásával lényegesen nem befolyásolhattunk s a beteg a vetélés után 10 nappal, a vesehántás után 6 nappal uraemiában meghalt. A boncolás és a szövettani vizsgálat haemoglobinaemiás nephrosist mutatott ki.

Bár a beteg vércsoportja a vértadóéval egyezett, valószínű, hogy a vérátömlesztés után haemolysis támadt. A haemolysis oka az adó vérének nagy agglutinatiós titere, vagy a beteg csökkent vörösvérsejtresistentiája lehetett. A beteg legyengült, lázas állapota és az a körülmény, hogy mind a vértadó, mind az elfogadó terhes volt, egyaránt elősegíthette a haemolysis bekövetkezését. *Kubányi* szerint a terhes vér átömlesztésre nem a legalkalmasabb. Esetünkben a beteg fokozott érzékenységét az ismételten végzett vérátömlesztésre mutatkozó erős reactio (hidegrázás, borzongás, nagy láz) is jelezte. A vérsejtszétesés mellett a veseelváltozás is kétségtelenül hozzájárult az anuriához, mert az ép vese még igen nagy haemoglobintömegeket is képes kiválasztani a vizeletmennyiség számbavehető megkevesbedése nélkül.

A gyermekágyi anuria kóroktanának megvilágítását nagy lépéssel vitte előre az általános gázbacillusfertőzéssel kapcsolatos veseelváltozások ismerete, amit elsősorban *Tscherne* tanulmányainak köszönhetünk. *Tscherne* saját megfigyeléseit *Lehmann* és *Fraenkel, Simonsitz* és *Kernau* észleléseivel egybevetve kimutatta, hogy a Fraenkel-féle gázbacillus okozta általános gyermekágyi fertőzéssel kapcsolatban a vizeletkiválasztás teljesen vagy csaknem teljesen megszűnhetik, ami a vese súlyos ártalmának a jele. A veseártalom lényege egyrészt a vesecsatornák eltömeszelése vérsejtszétesésből származó methaemoglobintömegekkel, másrészt a vesehám súlyos elfajulása. Az általános gyermekágyi gázbacillusfertőzés heveny tünetei (láz, sárgaság) néhány nap alatt teljesen eltűnhetnek, de megmarad a vizeletkiválasztás zavara s mindinkább előtérbe kerül az uraemia. Gázbacillusfertőzésre utaló elváltozás a boncolás alkalmával többnyire már nem található s a betegség eredete így rejtve maradhat, annál is inkább, mert a gázbacillust a vérből és vizeletből aránylag nehezen s csak a megbetegedés elején lehet kitenyészteni. A kórképre szövettanilag az interstitialis nephritis, a vesecsatornácskák eltömeszelése methaemoglobinhengerekkel s esetleg a vesehám parenchymás és zsíros elfajulása a jellemző.

Második anuriás esetünk klinikai képe és bonctani-szövettani lelete a *Tscherne* által leírt gázbacillussepsis esetekkel sokban egyezett. Észlelésünk azonban megelőzte *Tscherne* közlését s így a gázbacillussepsis biztos kórjelzésére elengedhetetlen anaerob leoltásokat a betegség kezdetén nem végeztük el, a boncolás alkalmával pedig gázbacillusfertőzésre utaló jelenségek már nem voltak kimutathatók.

A terhességi és gyermekágyi anuriának irodalmilag közölt esetei nagyrészt terhességi mérgezésekhez kapcsolódtak. A súlyos terhességi vesebaj s főleg az eklampsia kapcsán támadó anuria régóta ismert. Kórbonctanilag és szövettanilag ilyenkor a terhességi vesebaj, illetve az eklampsia jellemző elváltozásait észlelhetjük. Súlyos terhességi mérgezés kapcsán vérsejtszétesés is előfordulhat következményes methaemoglobinuriával *(Albers)*. A terhességi mérge-

* Az esetet kórbonctani szempontból *dr. Farkas Károly* ismertette a Magyar Pathologusok Társasága 1938. évi ülésén.

zések csökkenthetik a vörösvérsejtek ellenállóképességét s egyes gyógyszerek — főleg a chinin — adagolása ilyenkor esetleg nagyfokú vörösvérsejtszétesést válthat ki. A mérgezéssel közvetlenül is károsított vese nem képes a methaemoglobintömegek kiválasztására s így bekövetkezhetik az anuria, majd az uraemia *(Spitzer, Harbitz)*.

Atypusos terhességi mérgezésre visszavezethető anuriás eseteket írt le *Steinkamm* és *Geller*.

Heveny terhességi vesekéregelhalás esetén a vesekéreg ereit hyalinthrombusok zárják el s mind a glomerulusokra, mind a csatornák hámjára és a közti szövetre kiterjedő nagyfokú elhalások keletkeznek, amelyek mindkét vese kérgének csaknem teljes elpusztulására vezethetnek. Az elváltozás oliguria, majd anuria folytán halálosvégű uraemiára vezet; oka valószínűleg ugyancsak terhességi mérgezés.

A gestatiós anuriák másik csoportja általános fertőzés következménye. A bakteriummérgek egyrészt a vesehámot bántalmazzák, másrészt vérsejtszétesést okoznak. Az anuriával szövődő gyermekágyi fertőzések között elsősorban a gázbacillussepsis említendő, amelyet leginkább bűnös magzatelhajtások kapcsán észleltek. Más bakteriumos fertőzések a vesék súlyos parenchymás és zsíros elfajulása folytán szintén okozhatnak anuriára vezető elváltozásokat, amint azt első esetünkben colisepsissel kapcsolatban észlelhettük.

A terhességi és gyermekágyi anuriák harmadik csoportjába a vérátömlesztéssel kapcsolatos esetek tartoznak. Itt a vörösvérsejtek szétesése az elsőleges s az ennek következtében keletkezett nagymennyiségű salakanyag a vesecsatornácskák eltömeszelésével idézi elő a vizeletkiválasztás részleges vagy teljes megszűnését. Ha a vesék teljesen épek, ez a lehetőség alig következhetik be, de a vesének már kisebbfokú ártalma — amit a terhesség folyamán oly gyakran észlelhetünk — elősegítheti a vérsejtszétesési termékek kiválasztásának megrekedését. Vérátömlesztéssel kapcsolatos anuria esetén — ha a vértadó és elfogadó vércsoportja egyezett — mindig megtalálható a vesecsatornácskák hámjának elfajulása. A vérsejtszétesés folytán keletkezett fehérjebomlástermékek esetleg közvetlenül is ártalmára lehetnek a vesehámnak.

Ismereteinket a gestatiós anuriák eredetéről a következőkben foglalhatjuk össze:

Az ily anuriák a Lichtwitz-féle beosztás szerint mind a renalis anuriák csoportjába tartoznak. A betegség alapja egyrészt a vesecsatornácskák eltömeszelése vérsejtszétesésből származó anyagokkal, másrészt a veseszövet megbetegedése s elsősorban a kanyarulatos húgycsatornácskák hámjának elfajulása. Kóroktanilag az anuria terhességi mérgezés, fertőzés vagy vérátömlesztéssel kapcsolatos vérsejtszétesés folytán jöhet létre. Az első esetben az elfajulásos veseelváltozások, az utolsóban a vesecsatornácskák eltömeszelődése áll előtérben; a gázbacillusokozta fertőzéses eredetű alakban pedig e két tényező egyenlően részes az anuria létrejöttében.

A gestatiós anuriák kórjelzésének megállapításában a pontos kórelőzmény mellett az esetleges kórokozó kimutatásának van a legnagyobb jelentősége. Ezért már a baj kezdetén végezzünk sorozatos leoltásokat a vérből és a vizeletből *anaerob* táptalajra is. Ez a gyógykezelés szempontjából igen fontos, mert a gázbacillussepsis idejekorán elkezdett fajlagos savókezeléssel gyógyítható *(Tscherne)*. Egyébként az anuria kezelésben ajánlják a vérlebocsátást, húgyhajtók (euphyllin) adagolását és a vízlökést (bőséges folyadékitatást, vagy hypotoniás szőlőcukoroldat infusióját). A hypochloraemia ellensúlyozására konyhasóoldat infusiója ajánlható. Egyes esetekben a vesék hőkezelése jó hatású lehet, általánosságban azonban az ily anuriák nem fajlagos, conservativ kezeléséhez sok reményt nem fűzhetünk.

A vesetok lehántásával néha sikerül a vizeletkiválasztást megindítani, de a legtöbb esetben még ez a nagy beavatkozás is eredménytelen, mert a terhességi mérgezés, vagy általános fertőzés folytán súlyosan beteg szervezet a műtétet már nem bírja ki.

A megelőzés szempontjából a terhességi mérgezések étrendi kezelése; a vérátömlesztés körül fokozott elővigyázatosság (az adó vérének agglutinatiós titrálása), végül gázbacillusfertőzés legkisebb gyanúja esetén prophylactikus fajlagos védősavó adása javasolható.

A Pázmány Péter Tudományegyetem Bőr- és nemibeteg klinikájának közleménye. (Igazgató: Neuber Ede ny. r. tanár).

Fényérzékenységi vizsgálatok sensibilizáló anyagokkal.*)

Általános rész. I. Acridin készítmények.

Írták: *Vámos László dr.* és *Thoroczkay Miklós dr.*

Már az ősember is ismerte a fény hatását az emberi bőrre. Önmagán tapasztalta az erythemát és a pigmentatiót és valószínűleg megfigyelte azt is, hogy egyes egyének a fénnyel szemben különösen érzékenyek. A modern kultúrember e megfigyelések okát is kutatta. Szétbontotta a napsugarat és rájött, hogy ez számos különböző színű sugár összetételéből keletkezik s kimutatta, hogy a látható sugarakon kívül vannak láthatatlanok, amelyek egy része hőhatást fejt ki (infravörös sugarak), más része pedig gyulladást és festenyzettséget okoz (ultraviolett sugarak). Megállapította e sugarak hosszúságát és százalékos elosztását a napfényben és a mesterséges fényforrások sugaraiban. Azután felvetette a kérdést, hogy mi okozza egyes betegségekben a sugárérzékenységet és rájött, hogy azt a szervezetbe került vagy abban keletkezett anyagok, illetőleg anyagforgalmi termékek hozzák létre. Ma már szinte tisztán állnak előttünk a fényártalmak és azok egy részének okai.

Azokat a fényártalmakat, amelyekben a sensibilizáló anyagokat ismerjük, két nagy csoportba oszthatjuk. Az elsőbe tartoznak *Jausion* szerint azok, amelyekben a szervezetben keletkező anyagok, a másodikba pedig azok, amelyekben kívülről bejutó, rendszerint gyógyszeranyagok a sensibilizálók. A sensibilizáló anyagoknak van végül egy harmadik csoportja, amellyel azonban nem kívánunk foglalkozni: azon vegyületek, amelyekkel a fényképező lemezeket a különböző hullámhosszúságú sugarakkal szemben teszik érzékennyé.

Jausion szerint a biologiai sensibilizáló anyagok közé elsősorban az állati és növényi eredetű porphyrin, az epefesték, a hypericin, az esculin és a pyocyanin tartozik. A therapiás, illetőleg a kísérleti sensibilizálókat négy csoportba osztja, amelyek a következők lennének: *A)* színesek: 1. a triphenyl-methan-csoport: phtalein, methylviolett, a fluoreskálók alcsoportja: eosin, eryth-

* A Magyar Dermatologiai Társulat 1940. évi nagygyűlésén tartott előadás.

rosin, bengali rózsaszín, rhodamin; 2. a quinonimid-csoport: a thiazin (metylenkék), az oxazin (niluskék), az oxazon és a safranin alcsoportokkal; 3. az anilin-fekete csoportja és 4. az acridin-csoport (acridin, benzoflavin, chrysanilin, gonacrin és a trypaflavin), melynek *B)* színtelen alosztályába többek között a pyridin is tartozik.

1908-ban *Tappeiner H.* és tanítványai észlelték először, hogy az acridin készítmények az alacsonyabbrendű organismusokat, pl. a paramaeciumokat a fény iránt sensibilizálják. Amikor e készítményeket — elsősorban gonorrhoea ellen — nagyobb számban kezdték alkalmazni, *Jausion* és *Marceron* mutattak rá, hogy a gyógykezelt egyének a napnak kitett helyeken főképpen áprilistól júniusig élénk vérbőség mellett, láz kíséretében hólyagos jelenségeket kapnak, amelyeket utóbb erős festenyzettség követ. Hasonlók az elváltozások az egyéb acridin-készítmények, mint pl. a trypaflavin után is.

Mikor a hydroa aestivaliában szenvedő betegeket tanulmányozták, kitűnt, hogy ezek egy részében a porphyrin a szervezetből kóros mennyiségben ürül ki s hogy a porphyrin a napfénnyel szemben sensibilizálja a szervezetet.

A fenti fényártalmakban szereplő sensibilizáló anyagokat ma már többé-kevésbbé ismerjük; a másik fontos kérdés, hogy ezekre minő hosszúságú elektromágneses sugarak hatnak.

Mindenekelőtt meg kívánjuk említeni *Grotthus*nak még 1818-ból származó törvényét, amely szerint *chemiai hatást csak azon sugarak válthatnak ki, amelyeket az anyag absorbeálni képes,* vagyis az anyag színének megfelelő complementaer színű sugarak. *Jausion* szerint, minthogy a sárga gonacrin a kék, violett és ultraviolett sugarakat absorbeálja, ezek fejtenének ki rá chemiai hatást.

A napfény a mesterséges fényforrások színképétől (spectruma) különbözik, míg ugyanis az előbbi többek között kontinuális, addig az utóbbiak nagyrésze szaggatott. Ez az oka, hogy a napfényt, illetőleg annak ultraviolett sugárzását és a higanylámpa sugarait nehéz közös nevezőre hozni. A napfény 290 $\mu\mu$-ig tartalmaz ultraviolett sugarakat, a higanylámpa 220 $\mu\mu$-ig, sőt azon alul is; viszont a higanylámpa intenzitás szempontjából csak a 366, 313, 302, 297 és 254 $\mu\mu$ hosszúságú ultraviolett sugarakban gazdag. Míg a látható és az infravörös sugarak a vízpárán és ködön nagyrészt áthatolnak, az ultraviolett sugarak, elsősorban a *biologiai hatásokat kifejtő rövidebbek,* csak kis fokban. Ez az egyik főoka annak, hogy télen ezek a sugarak a föld alacsonyabb helyein csak alig, ellenben a magasabb hegyeken *(Dorno)* már kifejezett mennyiségben fordulnak elő. A jelenleg használatos ablaküvegek a 320—316 $\mu\mu$-nál rövidebb ultraviolett sugarakat nem bocsátják át. Minthogy a téli hónapokban bizonyos fényártalmak szobában is kifejlődhetnek, feltételezhető, hogy kiváltásukban a napfénynek nemcsak rövidebb, hanem hosszabb hullámhosszúságú sugarai is szerepet játszanak. A mesterséges fényforrások közül már sokkal közelebb áll a napfényhez, úgy az ultraviolett sugarak, mint a kontinuális színkép szempontjából, az ívlámpák fénye.

Hogy *a sensibilizáló anyagokra, mint katalyzátorokra, mely elektromágneses sugarak hatnak,* a vizsgálók megfigyelései sok tekintetben eltértek. *A porphyrinra* vonatkozólag *Buquicchio* azt találta, hogy hydroás egyéneknek egyrésze a látható színkép kék és ibolyaszínű sugarai iránt érzékeny. Vele ellentétben legtöbb szerző a hydroát az ultraviolett sugarakkal hozta összefüggésbe és pedig *Martenstein* és *Schmidt—La Baume* inkább a rövidebb, *Freund, Hausmann* és *Sonne* pedig a hosszabb ultraviolett sugarakkal. Az utóbbi szerzők észlelésével egyezik, hogy a hydroa bőrtünetei gyakran kora tavasszal, még szobában tartózkodáskor felléphetnek; már pedig ismeretes, hogy az ablaküvegek csak a 320—316 $\mu\mu$-on felüli sugarakat engedi át. *Lassen* vizsgálatai szerint a porphyrinnel kezelt paramaeciumok a 366 $\mu\mu$ hosszúságú sugárral szemben legérzékenyebbek, a 313 $\mu\mu$ hosszúságu sugár iránt alig, innen 265 $\mu\mu$-ig semmit, 250 $\mu\mu$-től 220 $\mu\mu$-ig újból nagyobb fokban. Ez utóbbi értékeknek csak a higanylámpa szempontjából van jelentőségük, mert hiszen a napfény 290 $\mu\mu$-nál rövidebb sugarakat nem tartalmaz. A haematoporphyrinnel végzett mesterséges sensibilizáláskor (fehéregér, paramaecium, erythrocyta) *Hausmann* az 580—490 $\mu\mu$, *Howell* az 500 $\mu\mu$ körüli, *Fabre* és *Simonnet* pedig az 579—576 $\mu\mu$ hosszúságú sugarakkal szemben figyeltek meg nagyfokú érzékenységet. *Campell* és *Hill* szintén a hosszabb látható sugarak fontosságát hangsúlyozzák. Hogy emberen végzett mesterséges sensibilizáláskor a porphyrint, mint katalysatort a hosszabb ultraviolett, illetőleg a látható sugarak is activálhatják, azt *Meyer—Betz* bizonyítja. Ő, miután porphyrinnel sensibilizálta magát az októberi napfény hatására ablaküvegen keresztül, tehát a 320 $\mu\mu$-nál hosszabb sugarak hatására kifejezett bőrjelenségeket (hyperaemia, oedema) kapott.

Kétségtelen, hogy a haematoporphyrinnek, mint katalysatornak a kérdése nem olyan egyszerű, mert míg hydroában a szervezet érzékenysége általában az ultraviolett sugarakkal szemben áll fent, addig a mesterséges sensibilizáláskor már a látható színkép irányában tolódik el. E látszólagos ellentét azzal magyarázható, hogy a hydroás szervezetben a porphyrin valószínűleg mint leukobasis: porphyrinogen *(Fischer H.)* fordul elő, amely az ultraviolett sugarak hatására alakul át porphyrinné.

A sensibilizálók második csoportjának: az acridin készítmények adagolása után fellépő jelenségeket *(Jausion:* coup de lumière acridinique) *Dufestel* és *Hickel* az ultraviolett sugarakkal, *Guillaume* pontosabban a 360 $\mu\mu$ hosszúságúval hozta összefüggésbe. E jelenségeket kísérő gyulladást és festenyzettséget *Hausser* és *Vahle* szerint a napfény 313—297 $\mu\mu$ hosszúságú sugarain kívül a higanylámpa 254 $\mu\mu$ körüli sugarai hozzák létre. Megfigyelésükből következne, hogy az acridin csak a rövid ultraviolett sugarak jelenlétében hatna.

Szabadjon e fejezetben azon vizsgálatainkról (állatkísérletek) beszámolnunk, amelyeket az acridin készítményekkel végeztünk.

Ismeretes, hogy az emlős állatok egy részét bizonyos növényi tápanyagok a fény iránt sensibilizálnatjak. Ilyen a *fagopyrismus* jelensége, amelyet a *polygonum fagpyrum s. fagopyrum esculentum,* a *hypericismus,* amelyet a *hypericum perforatum* (vörösen fluoreskaló hypericint tartalmaz) vált ki; hasonló a *trifolium hybridum* hatása is. A fehérszőrű állatokon e növények felvétele után erős viszketés kíséretében bőrgyulladás lép fel, szőrük kihull, esetleg fülcsonkulást stb. szenvednek és gyakran el is pusztulnak. Érdekes, hogy a tarkaszőrű állatokon az elváltozások csak a fehérfoltú helyeken jelentkeznek, a szürke vagy feketeszínű állatok pedig egészségesek maradnak.

Kísérleti szempontból fontos a fényshok *(Hausmann W.: Lichtschlag)* jelensége, amely a melegvérű, fehérszőrű állatokon a haematoporphyrin subcutan adagolása után, melyet sötétben nagy mennyiségben is jól tűrnek, a fény hatására jön létre.

Az igazi fényshok pillanatok alatt áll be. A porphyrinnel sensibilizált és sötétben tartott fehér egerek a fény hatására rövid izgalmi tünetek, esetleg tetanusos görcsök kíséretében mély comába merülnek és csakhamar elpusztulnak. A haematoporphyrinnak mennyisége, illetőleg a fénynek erőssége szerint megkülönböztetjük a fényártalomnak még *heveny félheveny és idült alakját,* a szerint, hogy a reactió a fehér egereken percek, órák vagy csak napok múlva jelentkezik, illetőleg folyik le.

A *heveny alakban* a tünetek rendesen izgalmi szakkal (nyugtalanság, vakaródzás, harapdálás stb.) kezdődnek és csak azután lép fel, gyakran szintén tetanusos görcsök kíséretében a súlyos dyspnoë, majd 1—2 óra mulva a vég. *Félheveny esetekben* legkifejezettebb a bőrnek oedemás tünetei. *idült esetekben* pedig a szőrzet nemcsak a szemek körül, hanem egyéb testtájakon is kihullhat és a fülkagylókon elhalás, mumificatio léphet fel.

Vizsgálatainkat trypaflavin és acrigonin készítményekkel végeztük, melyeket intravenásan és sub-

cutan adagoltuk. Az adagolás után a vizsgálatok kezdetéig a kísérleti állatokat (fehér egerek) sötétben tartottuk. A kísérletekben fényforrásul a napfény, az ívlámpa, a higanylámpa, illetőleg a fémszálas, gázzal töltött (nitra) lámpák szolgáltak. *Az infravörös besugárzás* céljából az Agfa-gyár 83., 84. és 85. számú infravörös filtereit használtuk, amelyek e sugarakat a 720, 770 $\mu\mu$, illetőleg a 840 $\mu\mu$ hosszúságú sugarakon felül engedik át. *A látható sugarak hatásának tanulmányozása* céljából a Lifagyár monochromatikus szűrőit alkalmaztuk: a 396. számú vörös színű szűrőt, amely csak az 590 $\mu\mu$-nál hosszabb sugarakat, a 373. számú zöld szűrőt, amely az 570—510 $\mu\mu$, a 393. számú sárgászöld szűrőt, amely az 570—515 $\mu\mu$, a 391. számú zöldeskék szűrőt, amely 515—470 $\mu\mu$ és végül a 209. számú kékszínű szűrőt, amely 485—430 $\mu\mu$ közötti sugarakat bocsátja át. Ezen szűrők segítségével sikerült a látható színkép vörös, sárga, zöld és kék sugarait nagyrészt külön-külön adagolnunk.

Sokkal nehezebb volt a különböző hosszúságú *ultraviolett sugarak* adagolása. Mint már említettük, nagy különbség van a napfény, illetőleg az ívlámpa és a higanylámpa sugarai között. A napfény 290 $\mu\mu$-ig, a higanylámpa 220 $\mu\mu$-ig tartalmaz ultraviolett sugarakat. A napfény és az ívlámpa sugárzása általában kontinualis, a higanylámpáé nagyrészt szaggatott, amennyiben nagyobb intenzitásban a látható sugarak közül csak az 579, 577, 546, 435, 407—405, az ultraviolett sugarak közül pedig a 366, 313, 302, 297, 265 és a 254 $\mu\mu$ hosszúságú sugarakat tartalmazza. Nehézség még, hogy a kvarcszűrők, így a Schott-gyár U. G.1 szűrője is a 400—290 $\mu\mu$ közötti sugarakat bocsátja át, tehát az ultraviolett sugarakat szinte teljes szélességben. A most használatos szűrők közül egyedül a Wood-szűrő enged át gyakorlatilag egyetlen ultraviolett sugarat: a 366 $\mu\mu$ hosszúságút.

A szerzők különféleképpen vélekedtek, hogy az egerek az acridin készítményekkel a fény iránt sensibilizálhatók-e. *Vizsgálataik szerint kétségtelen, hogy a fehér egerek az acridin készítmények tagjaival sensibilizálhatók, még pedig az acrigoninnal jobban, mint a trypaflavinnal.*

Minthogy azonban a fehér egerek az *acrigonin készítményekkel* szemben fény behatása nélkül egymagukban is érzékenyek, fontos *megfelelő mennyiségüknek pontos kititrálása.* Az egyes készítmények toxikus, illetőleg laetalis adagjának megállapítása után az ennél kisebb mennyiségek adása esetében is mindig be kell állítani megfelelő számú kontrollegeret és az eredmények csak akkor értékelhetők, ha azok életben maradnak. Egyrészt ezen okok folytán, másrészt, hogy az acridin készítmények a szervezetben megfelelő módon átívódjanak, a készítmények és a fény adagolása között legalább 5—6 órának kell elmúlnia. A sensibilizálást hatásosabbnak találtuk, ha a készítményeket subcutan adagoltuk.

Az acridin készítményekkel sensibilizált egereken a fény hatására nem a fényshoknak, hanem a *fényártalom heveny formájának tünetei* (nyugtalanság, vakaródzás, majd izgalmi tünetek között tetanusos görcsök kíséretében dyspnoës vég) jelentkeztek. Ha az egereket kellő időben a fényből eltávolítottuk, akkor gyakran hosszabb ideig (2—6 óra) tartó bágyadtság után magukhoz tértek, sőt teljesen helyrejöttek, viszont más esetekben — ugyan szintén csak hosszabb idő mulva — de mégis elpusztultak.

Vizsgálatainkat két sorozatban végeztük, az első sorozatban minden egyes rácsosfalú tartályba két kontroll és 2—2 acrigoninnal intravenásan, illetőleg subcutan, a másik sorozatban pedig két kontroll és 2—2 trypaflavinnal intravenásan, illetőleg subcutan oltott egeret helyeztünk és azokat a fentebb ismertetett szűrők alatt tettük ki a napfény, az ív-, a nitra- és a higanylámpák hatásának. *Az infravörös és a látható sugarak tanulmányozására* mind a négy fényforrás megfelel, minthogy ezek mindkét sugárféleséget bőségesen tartalmazzák, még pedig az első három csaknem kontinuálisan, a higanylámpa pedig szaggatottan. *A hosszabb ultraviolett sugarak tanulmányozására* elsősorban a nitra- és a higanylámpa (366 $\mu\mu$ hosszú sugár), *a rövidebbek tanulmányozására* pedig kb. 290 $\mu\mu$-ig a napfény, 260 $\mu\mu$-ig az ív-, 220 $\mu\mu$-ig pedig a higanylámpa látszott a legalkalmasabbnak. A fényforrások exponálásának idejében figyelemmel voltunk, hogy a szűrők fényátengedő képessége a sugarak intenzitása szempontjából ugyanazon idő alatt különböző. Ezek egyeztetésében a használt szűrőknek a fényképező lemezekre vonatkoztatott expositiós indexe nyujtott útbaigazítást.

Minthogy vizsgálataink azt mutatták, hogy az acrigonin, különösen subcutan adagolva, jobban sensibilizál, mint a trypaflavin, további kísérleteinket ezen készítménnyel végeztük és azokat csak akkor értékeltük, ha többször egymásután elvégezve, azonos eredményt adtak és a kontroll állatok életben maradtak.

Az ilymódon végzett vizsgálataink szerint a sensibilizált egereken az 590 $\mu\mu$ hosszúságú sugaraktól felfelé, tehát a narancs, a vörös, a mélyvörös és az infravörös sugarak hatására (396. sz. Lifa-szűrő, 83., 84., 85. számú Agfa-infravörös szűrők) lényeges *el-látható sugaraival* szemben. A 209. számú kékszínű változást nem láttunk, vagyis úgy a sensibilizált, mint a kontroll állatok életben maradtak. E szűrőkkel végzett vizsgálatok tárgyalásakor fel kell hívnunk a figyelmet, hogy a kísérleti fehér egereket rácsosfalú tartályokban tartsuk, mert különben az állatok zárt edényben a hősugarak hatására keletkezett fullasztó melegtől nyugtalanná válnak és sensibilizálás nélkül is elpusztulnak.

A hosszabb hullámhosszúságú ultraviolett sugarak, így a Wood-filter által átengedett 366 $\mu\mu$ hosszúságú sugárnak kitett állatok lényeges eltérést nem mutattak, viszont a rövidebb hullámhosszúságú ultraviolett sugarak hatására gyorsan elpusztultak.

Érdekes volt az egerek viselkedése a *színkép látható sugaraival* szemben. A 209. számú kékszínű Lifa-szűrő által átengedett 485—430 $\mu\mu$ hosszúságú sugarakkal, azaz a *színkép kék-violett* részével szemben az egerek szintén feltűnő érzékenységet mutattak és a fentebb ismertetett tünetek között pusztultak el. Sőt e sugarak hatása, ha a rövidebb ultraviolett sugarakét nem is multa felül, de velük legalább is egyenértékű volt. Ugyancsak kifejezett volt a 391. számú zöldeskék szűrő által átengedett 515—470 $\mu\mu$ hosszúságú *(kék-zöld) sugarak* hatása.

Ezzel szemben az acrigoninnal sensibilizált egerek a színkép *zöld- és sárgaszínű* (Lifa 373. és 393. számú zöldszínű szűrő) *sugaraival* (570—510 $\mu\mu$) szemben érzékenységet már egyáltalában nem, vagy csak kis fokban mutattak. Ha még tekintetbe vesszük, hogy a színkép egyes színei között éles határ nem vonható, úgy a 391-es szűrő esetében is fenn-

álló valamely érzékenység, valószínűleg szintén a kék, illetőleg az ezekkel határos sugarakkal szemben állt fenn. *E vizsgálatokból látható, hogy az acridin készítmények a kísérleti állatokat a látható színkép kék-ibolya színű sugarai, valamint a rövidebb ultraviolett sugarakkal szemben sensibilizálják, azaz az acridin készítmények e sugarak hatására fejtenek ki photosensibilizáló hatást.*

A szülésznői hüvelyi vizsgálatokról.

(Észrevételek Szporny Gyula dr. hozzászólására.)

A bábák hüvelyi vizsgálatainak értékéről véleményemet már részletesen kifejtettem a *Népegészségügy* 1940. évi 12. számában s már korábban felhívtam a figyelmet ennek veszélyeire (*Népegészségügy*, 1937.). Álláspontunkat tehát nem kívánom újra vázolni, csupán néhány észrevételt kívánok tenni Szporny dr. hozzászólására.

Nem vitás, hogy a bábáknak nagyon ritkán kell, jobban mondva kellene a veszélyes belső vizsgálathoz folyamodniok. Ha egy hozzáértő megmondhatná nekik, melyek ezek a ritka esetek, talán kisebb veszélyt jelentene belső vizsgálatuk is. Azonban éppen e ritka esetek kiválasztására képtelenek a bábák és a szükséget saját elgondolásuk alapján állapítják meg s legtöbbször a méhszáj tágasságának megismerése végett vizsgálnak belsőleg, tehát feleslegesen. Értelmi vizsgákon minden bábától megkérdeztük, miért és mikor vizsgál belsőleg. A válasz kis részben az volt, »hogy megtudjam, hány ujjnyi a méhszáj s mikorra várható a szülés«; még ennél is kevesebb esetben az »eligazodás«-ra hivatkoztak, ellenben a legtöbb válasz az volt: »Azért vizsgálok belsőleg, mert az előhívott doktor úrnak első kérdése, hogy hány ujjnyi a méhszáj s ha nem tudom, összeszid.« Igy hangzik tehát a belső vizsgálat indokolása. A méhszáj tágassága pedig nem mérőfoka a szülés haladásának. Térarányatlanság esetében a méhszáj régen eltűnhet, de az előlfekvő rész még a bemenetben lehet elakadva s időközben bekövetkezhet a méhrepedés is. Mi szabályként tanítjuk, hogy burokrepedés után, ha 2 órán belül nem folyik le a szülés, — bármi okozza is azt — orvost kell hívni.

Nem tudunk olyan rendkívüli esetet elképzelni, amikor a belső vizsgálat a bábák részéről indokolt lenne, mert két eset lehetséges: vagy el tud igazodni külső vizsgálattal, vagy nem. Ha el tud igazodni, akkor nem kell belsőleg vizsgálni, ha pedig nem tudja megállapítani külső vizsgálattal, hogy rendellenes esettel van-e dolga, akkor belső vizsgálattal sem tud meg többet, sőt a talált lelet (ha ugyan egyáltalában tapint valamit) még jobban megzavarja s különböző elgondolásokra készteti, aminek eredménye az időveszteség és elhanyagolás lesz. Hogy a bábák mennyire nem tudnak belsőleg vizsgálni, illetve a talált leletet értékelni, arra bő tapasztalatot nyujt a debreceni szülészkerület 10 év alatt átvizsgált 198.000 szülészi esete, 473 gyermekágyi lázas esete, valamint 32 továbbképző tanfolyam 448 hallgatójával kapcsolatban szerzett tapasztalatunk. A közelmultban kétnapi észlelés után többszöri belső vizsgálattal sem tudta megállapítani a bába a medencevégű fekvést és térarányatlanságot, aminek következménye méhrepedés lett, amit szintén nem vett idejében észre; eredmény az anya és magzat pusztulása. A másik esetben szintén tájékozódás céljából végzett többízben belső vizsgálatot (harántfekvésnél) s a feszülő burok mögött előlfekvő magzati nagyrészt gondolva, a szülés siettetése végett a burkot megrepesztette, ami a harántfekvés elhanyagolásához vezetett a magzat életének elvesztésével. Ehhez hasonló számtalan tapasztalat után nem merném azt állítani, hogy a belső vizsgálat »elmulasztása a szülőnőre és magzatra jóvá nem tehető kárt jelent«; sőt ellenkezőleg, a bábák belső vizsgálata jelent nagy kárt a szülőnőre és magzatjára. Az intézeti statisztikák mondhatják meg a legjobban, hogy hány esetben kellett elállni az anya és magzatja életét egyedül biztosító császármetszéstől, mert a szülőnőt bábája »eligazodás« végett többször megvizsgálta belsőleg s ezzel a méhüri fertőzés lehetőségére alkalmat nyujtott. A bábák sokkal többet tesznek az anya és magzat érdekében azzal, ha belső vizsgálat helyett a szülés elhúzódása esetén késedelem nélkül orvost hívnak; erre kell őket ránevelni.

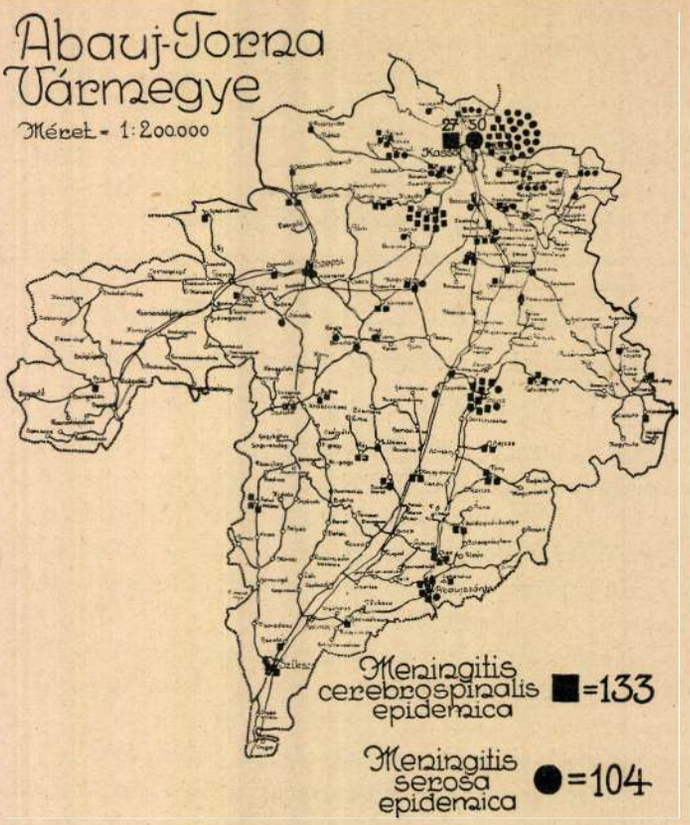
Megfelelő alapműveltséggel rendelkező bábarend beállítása olyan óhaj, melynek megvalósulása egyhamar nem várható. Az új Szülészeti Rendtartás életbelépte óta (11 év alatt) kb. 3000 bábanövendékjelölt 90%-a csak elemi iskolát végzett, intelligenciájuk egész alacsony fokon állott. Nem hivatásérzésből tanulták meg a mesterséget, hanem megélhetés céljából. Nem az intelligensek kívánkoznak erre a pályára, hanem a legkevésbbé értékesek, háziselédek, akik még a varrónőséget is értelmiségüket meghaladónak érzik. Csak jó megélhetést biztosító fizetéssel lehetne a bábaszínvonalat emelni, erről pedig egyelőre nem lehet szó.

Abból, ha a bába nagyon szigorú ellenőrzés mellett végszükség esetén belső vizsgálatot végezne, tényleg nem lenne komolyabb baj. De ki fogja gyakorolni ezt a szigorú ellenőrzést? — az orvos? De ha ott az orvos, akkor már ne a bába, hanem az vizsgáljon belsőleg. Az elmult év adatai szerint a gyermekágyi láz okai között 10%-ban szerepelt a bába belső vizsgálata, ugyanekkor lepényleválasztás csak 6.60%-ban szerepelt okként. Szporny dr. által említett 2000 szülési eset vetéléssel együtt kevés a véleménynyilvánításra s csak elszigetelt jelenség. Véleményt csak nagyobb adatok alapján lehet mondani, mint ahogy mi is közel 200 ezer szülést (tehát vetélést nem) vettünk alapul 0.23%-os gyermekágyi lázzal. Hogy a bábák által végzett belső vizsgálat okoz gyermekágyi lázt, azt nem lehet tagadni. A számonvétel első idejében, amikor még a régi ellenőrzés

nélküli idők szerint működtek a bábák, a szülés utáni gyermekágyi láz számaránya 0.29% volt, míg amióta eltiltottuk és nem tanítjuk a belső vizsgálatot, ez a szám 0.19%-ra esett. Megjegyzem, hogy a belső vizsgálati tilalom nem emelte sem a halvaszületések, sem az elhanyagolt esetek számát.

Végezetül felmerül a kérdés: hogyan és hol vonjuk meg a legvégső szükség határát és hogyan tudják azt megállapítani a hatósági orvosi vizsgálatok, hogy adott esetben szükség volt-e belső vizsgálatra? A szükségesség megállapítását csak a bábákra lehetne bízni, akik pedig erre alkalmatlanok. A szülés után semmi támpontunk sincs a szükségesség megállapítására, csak a bába bemondása szolgálna alapul. Igy megnyugtató véleményt senki sem mondhat a bába eljárásának helyes vagy helytelen voltáról. Nem marad tehát más hátra, mint komolyan foglalkozni a hüvelyi belső vizsgálat eltiltásának kérdésével s azt mielőbb döntésre vinni már csak a bábaoktatás egyöntetűvététele érdekében is.

Raics Jenő dr.,
a debreceni női klinika tanársegéde.



Fenti ábrák az Orvostudományi Közlemények 4. számában megjelent Engel Rudolf dr.: »Meningitis serosajárvány Kassán és környékén« című cikkéből sajnálatos módon kimaradtak. Kérjük a megfelelő helyen alkalmazni.

TARTALOM:

vitéz Sövényházy Ágost: A méhkaparás jelentősége a méhnyálkahártya szakaszos működésének ismerete óta. (161—166. oldal.)

Migray Jenő: Két év plastikai orrműtétei. (167—172. oldal.)

Steiger-Kazal Dezső: A gyermekkor gümős bőrbajainak sajátosságai. (172—175. oldal.)

Angyal Lajos: Kóros köhögési reflex. (176—178. oldal.)

Lugossy Gyula: Szemüregi autotransplantatumok kórszövettana. (178—182. oldal.)

Juba Adolf: Összetett status dysraphicus tünetcsoport. (182—185. oldal.)

Mauks Károly: Adatok a terhességi és gyermekágyi anuria kérdéséhez. (185—188. oldal.)

Vámos László és **Thoroczkay Miklós:** Fényérzékenységi vizsgálatok sensibilizáló anyagokkal. (188—191. olda.)

Raics Jenő: A szülésznői hüvelyi vizsgálatokról. (191—192. oldal.)

Az Orvostudományi Közlemények a Sajtófőnökség engedélye folytán ezentúl havonta kétszer a hónap második és utolsó szombatján fog megjelenni.

FELELŐS KIADÓ: **VÁMOSSY ZOLTÁN.**
A szerkesztő fogadóóráját kedden és pénteken 12—1 óra között tartja.

Athenaeum Irodalmi és Nyomdai Rt. nyomása.
Felelős: Kárpáti Antal igazgató.