

ORVOSI HETILAP

MEGJELENIK MINDEN HÉTEN

Szerkesztőség és kiadóhivatal: VIII., Üllői-út 26., IV. em. — Telefon: 345-113. — Hirdetések felvétele a kiadóhivatalban.
Előfizetések beküldhetők: 22.968. sz. csekkszám'ánkon. — Romániában: Borsos Béla dr. Arad, Str. Gen. Grigorescu 5, 1500 L. —
Slovákiában: Eleőd Solt. Handels- u. Kredit-B. Bratislava, 300 Sk. — Előfizetési díj: az »Orvosi Hetilap« és »Orvostudományi
Közlemények«-re együttesen egész évre 44 P, félévre 22 P, negyedévre 11 P, egyes szám ára 1 P. Külföldre 54 P

TARTALOM:

Horváth Imre: Alkoholos és coffeines próbareggelik tekintettel a szeszes italt fogyasztókra. (573—574. oldal.)

Fabó Zoltán: Epekő okozta bélelzáródás. (574—576. oldal.)

Zábó Zoltán: Lymphogranulomatosis és terhesség. (577—579. oldal.)

Mészöly Ödön: Otitis ulcero-membranosa esete. (579—580. oldal.)

II. Egyed Miklós: A sigmoidvolvulus oka és kórismézése. (580—581. oldal.)

Irodalmi szemle: (582—584. oldal.)

Vegyes hírek: (584. oldal.)

*Az influenza korai szakában
a betegség leküzdésére gyakran egyetlen*

Omnadin

befecskendezés is elegendő

Kifejlődött fertőzés esetén a betegség lefolyását megrövidíti, enyhíti és a szövődményeket elhárítja

Forgalomban:

1, 3, 12, 50 és 100 ampulla á 2 cm

Kózkórházak és a Honvédség intézményei külön engedély nélkül beszerezhetik. A »Közgyógy-szerellátás« (OBA) és a Székesfővárosi Alkalmazottak Segítő Alapja (SzAS) terhére szabadon, az OTI, MABI, MÁV, továbbá valamennyi betegségi biztosító intézet (bányatárs-pénztár) terhére főorvosi engedéllyel rendelhető.



GYÁRTJA:

MAGYAR PHARMA GYÓGYÁRU RT., BUDAPEST

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÖGYES 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, VIDA KOVITS KAMILLÓ,
FELELŐS SZERK.: VÁMOSSY ZOLTÁN. Fogad kedden és pénteken 12—1. SZERK.: FRITZ ERNŐ.

A budapesti II. sz. belklinika közleménye.
(Igazgató: Boros József ny. r. tanár.)

- Alkoholos és coffeines próbareggelik tekintettel a szeszes italt fogyasztókra.

Irta: Horváth Imre dr. tanársegéd.

Mindazon eljárások eredményeinek megitélésekor, amelyekkel élő sejtek működését vizsgáljuk, nagy hibahatárral kell számolnunk. Különösképpen áll ez a próbareggelire (pr. r.), ahol a legkülönbözőbb pszichikai hatások az eredményt nagy mértékben befolyásolják. Helyes tehát, ha törekvéseink odairányulnak, hogy részint a methodika tökéletesítésével, részint pedig a hibaforrások felkutatásával az eredményt megbízhatóbbá tegyük.

Már a régiek is tudták, hogy a gyomornedv savat tartalmaz. Részletes tanulmányozása Pavlov nevéhez fűződik, aki azonban csak állatkísérleteket végzett. Olyan eljárást, amely emberen, az általános gyakorlatban alkalmazható volt, Ewald és Boas dolgozott ki (1885.). A róluk elnevezett pr. r. részletes imertetése felesleges, közel harminc évig az egyedül használatos eljárás volt. A kutatók azonban hamar rájöttek hibáira, amelyek közül a leglényegesebb az, hogy a gyomor-milieuxről csak pillanatképet nyújt és így gyakran téves útra vezeti a vizsgálot. (Pl. egy patkóbélfekélyben szenvedő, erősen hyperacid betegünk gyomrából Ewald-Boas féle eljárással hypacid értéket kaphatunk, mert a savelválasztás maximuma csak 1—1½ óra múlva következik be.) Meglehetősen hosszú idő telt el, amíg sikerült ezt a hibát kiküszöbölni. Európában Ehrenreich (1912.), Amerikában Reh fuss (1914.) dolgozta ki a ma általánosságban használt szakaszos pr. r. methodikáját.

A beteg gyomrába éhgyomorral levezetjük a szondát és az ennek végére szerelt fecskendő segítségével kiszívjuk az éhgyomri nedvet. Ezután a beteg megissza a próbareggelidőket, (esetleg a szondán át fecskendezzük azt be), és 10 percenként kiszivattyúzunk 10 ccm gyomornedvet. Az egész vizsgálat 1½—2 óráig tart. Az egyes próbák savértékeit görbén ábrázolhatjuk és így szemünk előtt van az egy inger hatására létrejött gyomornedv-élválasztás lefolyása.

A szakaszos pr. r.-t általában mindenütt így végzik; az egyes szerzők által ajánlott eljárások

közül különbség csak annyiban van, hogy a savelválasztás megindítására más-más anyagot alkalmaznak. A jó próbareggelidő kellékei: 1. viztisza oldat, 2. szintelen legyen, ill. az indikátor színét ne zavarja, 3. fehérjementes és 4. chlórmentes legyen. Az első években számos anyagot ajánlottak (alkohol, coffein, narancslé, bouillon stb.), amelyek közül legnagyobb elterjedtségre az Ehrmann által ajánlott 5 %-os alkohol (300 ccm) és a Kalsch—Kalk-féle coffein oldat (20 cttg: 300 ccm vízre) tett szert.

A II. Belklinikán általában a coffeines pr. r.-t szoktuk végezni. Az utóbbi években azonban a coffein beszerzése nehézségekbe ütközött és így kénytelenek voltunk az alkoholosra áttérni. Ekkor tűnt fel, hogy több olyan beteg görbéje hypacid volt, akiknél a panaszok és egyéb tünetek alapján hyperaciditást vártunk. Feltűnő volt továbbá az, hogy ezeket az eseteket főleg olyan betegeken észleltük, akik szeszes italt — ha nem is nagy mennyiségben, de rendszeresen — fogyasztottak. Ez késztetett az alább ismertetett vizsgálatok végzésére.

Kísérleteim első részében azt igyekeztem eldönteni, hogy a szeszes italt nem fogyasztók gyomorsavelválasztására az alkohol és a coffein egyenlő erősségű ingerként hat-e?

Ebből a célból 100 beteg — többnyire két egymásután következő napon — elvégeztem az alkoholos, majd a coffeines pr. r.-t. A hibahatárt igyekeztem a lehető legkisebbre szorítani. Ezért a vizsgálatok sorrendjét váltogattam úgy, hogy az esetek kb. 50%-ában az alkoholos, a másik 50%-ban a coffeines pr. r.-t végeztem az első napon; a vizsgálatra kerülők fele férfi, a fele nőbeteg volt; az esetek közt kb. egyenlő arányban szerepeltek hypo-, norm- és hyperacidok.

	Összaciditás eltérései	Szeszes italt nem fogyasztók	Szeszes italt fogyasztók
Alkoholos magasabb a coffeines-nél	31-nél több	2%	2%
	26—30	1%	2%
	21—25	1%	—
	16—20	1%	4%
	11—15	2%	2%
	meggyező	60%	43%
Coffeines magasabb az alkoholos-nál	11—15	5%	14%
	16—20	7%	8%
	21—25	6%	8%
	26—30	3%	3%
	31-nél több	12%	14%

Összehasonlító táblázat, amely mutatja, hogy hány %-ban egyezett meg, illetve mennyivel tért el az alkoholos próbareggelidő max. értéke a coffeinesétől.

Az eredményeket a táblázat második oszlopa mutatja. Láthatjuk ebből, hogy az esetek többségében, 60%-ban az alkoholos és coffeines pr. r. maximális értékei megegyezők voltak. (Megegyezőnek vettem, ha a két érték közt 10-nél kevesebb volt az eltérés.) Az alkoholos pr. r. értékei mindössze 7%-ban, a coffeines pedig 33%-ban voltak magasabb értékűek.

Kísérleteim második részében azt vizsgáltam, hogy a *szeszes italt fogyasztók* savelválasztása miképpen reagál a két ingerre. A fent ismertetett módon 50 olyan betegem végeztem el mindkét anyaggal a pr. r.-t, akik alkohol-tartalmú italokat rendszeresen fogyasztottak.

Az eredményeket a táblázat harmadik oszlopa tartalmazza.

Láthatjuk tehát, hogy a *szeszes italt* fogyasztók közt megegyező értéket csak 43%-ban találtunk; 10%-ban alkoholra, 47%-ban pedig coffeinre kaptunk magasabb értéket.

Eredményeim helyességét statisztikai számításokkal ellenőriztem. Rövidség kedvéért a részleteket nem ismertetem, csak a végeredményt közlöm. A két fajta pr. r. eltéréseinek átlaga 9 ± 0.7 (σ 10.19), ill. 12.78 ± 1.5 (σ 9.1). Ha ebből most a DS-t kiszámítjuk:

$$DS = \frac{3.78}{\sqrt{0.7^2 + 1.3^2}} = \frac{3.78}{\sqrt{1.789}} = 2.84$$

A két érték tehát egymástól significansan különbözik, azaz a *szeszes italt fogyasztók savelválasztására az alkohol a coffeinél lényegesen gyengébb ingerként hat.*

Kísérleteim eredményeivel mind elméleti, mind gyakorlati szempontból kell foglalkoznunk.

Elméleti szempontból elsősorban abban látom jelentőségüket, hogy az élettannak az a törvénye, hogy a sejtek az adequat, megszokott ingerre nem, vagy csak kevésbé reagálnak, a gyomor savelválasztó sejtjeire is igazolódott. Valószínűleg ebben leli magyarázatát az a közismert tény, hogy ha egy ételt gyakran kell fogyasztanunk, még akkor is, ha az izletesen van elkészítve, megunjuk, sőt végül undorodunk attól. A gyakori azonos inger ugyanis megszokottá válik, nem indul meg a savelválasztás és az étel nem emésztődik meg.

Gyakorlati szempontból elsősorban a diagnosztikában kell a fentiekre figyelemmel lennünk. Nem közömbös ugyanis, hogy az egyébként kb. egyenlő értékű eljárás közül melyiket alkalmazzuk olyan betegeinken, akik szeszes italt rendszeresen fogyasztanak; ilyenkor az alkoholos pr. r. értékei nem megbízhatóak. Példaként álljon itt két beteg körtörténetének rövid kivonata:

1. Sz. M., 28 éves róm. kat. lelkész bizonytalan gyomorpanaszokkal jelentkezett a klinikán. A fizikális vizsgálat és a gyomor rtg. kórosat nem mutatott. Az alkoholos pr. r. maximális értéke 16–25 volt a hatvanadik, a coffeinesé 78–86 a negyvenedik percben. Panaszait nyilván hyperaciditás okozta, amit az is bizonyít, hogy a megfelelő savaeszkentő kezelésre hamarosan meg-

szűntek. Az alkoholos vizsgálat azért nem mutatta a savtúltengést, mert a napi szentmisében fogyasztott bor mennyisége és alkohol tartalma kb. megegyezik az alkoholos próbafolyadékkal: a megszokott ingerre a gyomor csak gyengén reagált. Ha csak alkoholos pr. r.-t végeztünk volna, akkor nem találtuk volna meg a helyes diagnoszt.

2. Ö. L.-né, 39 éves, iparos felesége. Nem gyomorpanaszokkal jelentkezett ambulantiánkon; pr. r.-t csak kísérleteim kedvéért végeztünk, mert napi 1–2 pohár bort fogyaszt rendszeresen. Az alkoholos vizsgálat, ismétléskor is, teljes savhiányra mutatott, a coffeines normacid (23–35) volt.

Nagyon valószínű, hogy a tétel fordítva is áll: coffeintartalmú italokat rendszeresen fogyasztók savelválasztására az alkoholos pr. r. adja a helyes értéket. Ilyen irányú vizsgálatokat, sajnos, nem tudtam végezni. (Akik kávé, teát rendszeresen fogyasztanak, azokon nem lehet kísérletezni.)

Meg kell végül említenem *dietaetikai szempontokat* is. A jó diétának egyik legfontosabb kelléke, hogy változatos legyen. Ezt a tapasztalati tényt most kísérletekkel sikerült meg erősíteni és tudományos alapra helyezni.

Belgyógyászati írtézetekben a pr. r. az egyik leggyakoribb diagnosztikai eljárás. Utóbbi időben mindinkább hajlamosak voltunk arra, hogy jelentőségét lebecsüljük. Oka ennek minden bizonnyal az, hogy egyes esetekben a pr. r. a beteg panaszával, tüneteivel egybe nem vágó adatokat nyújtott, ill. hogy a pr. r. alapján alkalmazott kezelés a várt javulást nem hozta meg. Vizsgálataimmal — úgy gondolom — sikerült egy olyan hibaforrásra rámutatnom, amelynek figyelembevételével — tekintettel a szeszesital fogyasztás nagyfokú elterjedtségére — sok esetben elkerülhetjük a téves diagnoszt felállítását.

Összefoglalás. Szeszes italt nem fogyasztó betegek savelválasztására az esetek többségében egyenlő erős ingerként hat mindkét szer; coffein alig kissé erősebb. Ezzel szemben a szeszes italt fogyasztók gyomra alkohol hatására lényegesen gyengébb savelválasztással reagál, mint coffeinra. Szeszes italt fogyasztókon megbízható értékeket tehát csak coffeines pr. r.-vel nyerhetünk.

A budapesti I. sz. sebészeti klinika közleménye.
(Igazgató: Matolay György ny. r. tanár.)

Epekő okozta bélelzáródás.

Írta: Fabó Zoltán dr. klinikai tanársegéd.

A gyomor-bélrendszerbe jutott epekövek által előidéztet bélelzáródás aránylag ritka megbetegedés. Ennek oka talán az is lehet, hogy a heves görcsöket, gyulladást, vagy sárgaságot okozó epekövek hordozói gyakori kínzó rohamaik miatt aránylag korán műtétre kerülnek és így aránylag kevés alkalom adódik az epehólyag átlukadására, illetőleg ezzel kapcsolatosan a kőnek a bélbe jutására.

Az epekő kétféle módon juthat a bélesatornába: 1. természetes úton, amikor az epekő az epevezetékeken és a Vater-féle szemölcsön, tehát meglévő nem kórosan képződött esatornán keresztül vándorol a bélbe; 2. átlukadás folytán, amely esetben az epehólyag az előkészítő összenövések között szájadzik a bélrendszer valamelyik részébe s a kórosan kialakult összeköttetésen keresztül jut az üreges hasiszervek egyikébe az epekő.

Az epevezetékeken keresztül még éppen kiürülni képes epekővek vándorlása a bélbejutásig, már kisfokú téraránytalanság esetén is, elég lassú folyamat. Elvértve egyetlen heves görcsroham is kiürítheti az epevezetékéből az izgalmat okozó követ, olykor csupán jelentéktelen fájdalom kíséretében. Az epehólyag és epeutak téraránytalan kövei a Vater-féle szemölcsön keresztül kiürülni rendszerint képtelenek, tehát az epekővek bélbe való jutása csupán az epehólyag és bél közötti kóros összeköttetés létrejövetele után következhetik be. Az epehólyagnak ilyen kóros összeköttetése létrejöhet a gyomorral, patkóbéllel, vékony- és vastagbéllel. Az irodalmi adatok szerint az epehólyag átlukadás leggyakoribb helye a patkóbél, sokkal ritkább a vékony- és vastagbél, legritkább a gyomor. Előfordul, hogy az üreges szervenek már előzőleg megbetegedett részéhez nő oda az epehólyag s ezáltal képződik ki közöttük a sipoly. Így kivételképpen találtak epehólyag-patkóbél-sipolyt, patkóbél-fekély helyén, úgyszintén epehólyag-gyomorsipolyt pylorus-rák területén. Beszámoltak esetről, melyben az epehólyag köve a gyomorba fúródott át, s a patkóbélkörüli összenövés, hegesedés miatt a kő tovább jutni nem tudott és így pyloruselzáródást okozott. Az átlukadást, lassan tovahaladó gyulladással, körülírt hashártyalob, által előidézett összenövés előzi meg. A bonctani helyzet folytán szinte magától adódik, hogy az összenövés leggyakrabban az epehólyag legtágabb részén, a funduson következik be. Az epehólyag falának azon részén, amely az epekő tartós nyomásának van kitéve a nyálkahártya kifeléyesedik. Ezen fekélynek megfelelően képződik ki az az összenövés, amely alapját képezi a későbbi átlukadásnak. A természetes úton kiürülni képtelen téraránytalan kövek nem mindig okoznak heves tüneteket, sem az átlukadást előkészítő gyulladással, sem a könek a bélbe való jutása pillanatában. Így ez utóbbi esetek a könek csupán a bélrendszerbe való tovajutásának akadályoztatása esetén kerülnek sebész kezébe. A kő átlukadása után az epehólyag sipolyosodásba zsugorodik, sőt magától be is záródhatik. Viszont fent is maradhat, különösen akkor, ha például egy másik, még az epehólyagban maradt kő további gyulladással izgalmat tart fenn.

A fent leírt egész folyamat több nap, sőt esetleg ismételt gyulladás esetén hosszabb idő (hónapok, évek) alatt zajlik le. Ha az epehólyag

átlukadása a bélesatorna valamelyik részében már bekövetkezett, a kő tünetmentesen vándorolhat addig, amíg a bél ürterét el nem zárja. Ekkor áll elő a bélezáródás súlyos körképe, az oly jellemző tünetekkel.

A bélben vándorló epekő leginkább a legalsó ileum-kacsban akad meg, mert ez a legszűkebb része a bélrendszernek. Az elzáródást okozó, csaknem mindig tojásalakú epekővek a bélben való tartózkodás alatt nagybodhatnak — hasonlóan a bélsárcövekhez — foszfat rearakódás folytán. Az epekő a bélben, mint kemény összeállítású, esetleg érdes felületű idegentest, izgalmat okoz a bél falában. Ez az izgalom reflektórikusan görcsös összehúzóásra készíti a bélfal izomzatát és így az reáfejl a köre, úgy, hogy az nem mozdulhat el. Nagyobb méretű kövek már téraránytalanságuk miatt is előidézhetik a bél ürterének teljes elzárását. A bélezáródás kifejlődését azonban elősegíti a béleszorítás, megtöretés vagy megelőző gyulladás okozta bélszűkülés. Kisebb kövek esetében a bélfal összehúzódása magától, vagy görcsoldók hatására időlegesen megszűnhetik.

A köves epehólyag belső sipolyának kialakulása egyes szakaszaiban nem okoz mindig észrevehető vagy jellemző tüneteket. Ez magyarázza meg azt, hogy az epekő-ileus, vagy sokszor még annak a gyanúja is, ritkán állapítható meg. Ha előrement epekőves panaszok szerepelnek a kórelőzményben, bélezáródásos tünetek mellett, okvetlenül gondolni kell az epekőre, mint elzáródást okozó tényezőre.

A követ tartalmazó epehólyag közvetlen környezetében gyakran előáll körülírt gyulladás, amely lassan, sokszor tünet nélkül is lezajlik és összenövésekre vezethet. Az átfúródás akkor okozhat hevesebb hasi tüneteket, ha a kő görcsös összehúzóására kényszeríti az azt kiüríteni igyekvő epehólyagot. A belső sipoly kiképződése (után ismét élénkebb tünetek kifejlődésére van alkalom. Egyrészt, ha a kő megakadásáig van elegendő idő, a bél felől ismételt fertőzés keletkezhetik az epehólyagban, másrészt a hevesebb bélmozgás vöngálja az epehólyagot és az epe-utakat, s ez kisebb-nagyobb fokú epehólyagtáji fájdalmat, hőemelkedést, hányingert, vagy köhöz hasonló rohamot okoz. Néha bizonyos hullámváz jellemzi a bélezáródás lefolyását a teljes kifejlődésig. A bélbe jutott epekő ugyanis vándorlása közben megakadhat, amíg esetleg egy fokozottabb bélmozgás továszallítja. Előfordul tehát, hogy a már fennálló bélezáródásos tüneteket, hevesebb bélműködést jelző bélkorgás kíséretében, bűzös hasmenés váltja fel. A kő mögött pangó, rothadó béltartalom a kő fölötti bélrésznek hurutját idézi elő. Jellemzőnek tartják az átfúródás után aránylag korán fellépő bőséges epe-hányást.

Ha a kórelőzményben nem szerepelnek az epekő betegségre biztosan utaló panaszok, úgy aligha derülhet fény az elzáródás valódi okára.

Ha a beteg panaszai alapján gyanu merül fel epekő-betegségre és az állapot aránylag jó, úgy a röntgen-átvilágítás és méginkább az árnyékot adó anyag bevitelét utáni felvétel rávezethet bennünket a helyes kórismére. Levegő, vagy kontraszt-anyag töltheti ki a Vater-féle szemölcsön és a belső sipolyon keresztül az epehólyagot és epeutakat. Ezen kívül a kontraszt anyag megmutatja az árnyékot nem adó kő körvonalait is. Megfelelő kórelőzményi adatok híján csupán a gyorsan elvégzett műtét deríti ki az elzáródást előidéző kő jelenlétét.

Az alábbiakban egy betegünk kórtörténetét közöljük, akinek a műtét előtt elvégzett röntgenvizsgálata pontosan kimutatta, szokatlan helyen megakadt, nagy epekövet.

J. 46/1942. dr. Á. S.-né 71 éves beteget bél-elzáródásos tünetek között szállították be az I. sz. sebészeti klinikára. Hasa kissé puffadt volt, különösen a felső részben. Nagyfokú izomvédekezése és nyomásérzékenysége volt, a jobb bordaív alatt és a gyomorgödörben, amely a betapintást meggátolta. Szívhangjai tompák, de tiszták voltak, érverése percenként 110, könnyen elnyomható, szabályos volt. Nyelve száraz, lepedékes, hőmérséklete 36,8° C, fehérvérsejt száma 12.000 volt. Vizeletében fehérjét és gennyet nyomokban találtunk. A beteg elmondta, hogy kb. 20 év óta van epeköves panasza. Eleinte gyakran, (3—4 naponként) ismétlődő, jobb vállába kisugárzó fájdalom volt. Később a fájdalom ritkábban (félévénként), de nagyobb heveséggel jelentkezett, hányás kíséretében. Nyolc hónap előtt, heves görcsroham lezajlása után, epehólyaggyulladás állapotot tak meg nála, az egyik belgyógyászati osztályon. Négy nappal beszállítása előtt az eddigi-eknél erősebb görcsös fájdalom támadt, heves hányingerrel. Azóta fájdalom enyhült, de állandóan fenn állt. Szék és szél nem távozott. Minden ételt kihányt, nagytömegű epével. Beszállítása előtt orvosa az egyetemi röntgenintézetben gyomorbél passage-vizsgálatot végeztetett és ekkor derült ki, hogy a patkóbél lezálló függélyes ága tágult, s ennek felső részével a kontraszt-péppel kitöltött epehólyag közlekedik. A tágult patkóbél-részlet elhatárolódását, illetve elzárását nagy, — diónyi, árnyékot nem adó epekő okozza. A hasfal érzéstelenítése után felső — középső hasmetszést végeztünk. A műtét lelet mindenben igazolta a megelőző röntgen-vizsgálat eredményét. Az epehólyag lapszerint a patkóbél lezálló ágához volt növe s ezen bélrésznek az alsó haránt ágba való átmenetelénél nagydiónyi kő zárta el a bél ürterét. Hosszanti metszéből eltávolítottuk a 42 gr súlyú, 6 cm hosszú, tojás alakú, érdes, csillogó felszínű epekövet, s a bél műtét nyílását harántul egyesítettük. Az epehólyagot, az átlukadás helyéről leválasztva, tipusosan eltávolítottuk. A patkóbélben az átlukadás helyét néhány catgut és se-

rosa öltéssel zártuk. A májagyat tamponáltuk és draineztük s a hasfalat rétegesen zártuk. Műtét után a 6. napon, amikor a tamponat eltávolítottuk, mérsékelt váladék ürült, a tamponcsatornán keresztül a mélyből. Ez a folyamat hosszabb ideig tartott, úgy, hogy a beteg csak a 46. napon hagyta el a klinikát.

A leírt esetünkben az átlukadást előkészítő gyulladás és összenövés hosszú idő alatt zajlott le, amely a kórelőzmény szerint kb. 8 hónap előtt kezdődhetett el, amikor is heves görcs után visszamaradt epehólyaggyulladást állapítottak meg. A bélbe jutott epekő megakadása, a négy nap előtt előállott bélelzáródásos tünetekkel jelentkezett s ezt csak röviddel előzhette meg a kőnek a bélbejutása. Az átlukadás helyétől ugyanis az elzáródás helyéig alig néhány cm-t kellett vándorolni a kőnek, tehát az átlukadástól számított igen rövid idő alatt következhetett be a patkóbél elzáródása. A megelőző röntgenvizsgálat teljes bizonyosságot nyújtott a kórisme felől. A betegünk aránylagosan jó állapota megengedte, hogy nemcsak a bélelzáródás okát, de még az átfúródott epehólyagot is eltávolíthattuk. Egyébként az ileusos betegek rendkívül súlyos állapota miatt, általában csupán a lehető legkisebb műtét beavatkozás indokolt és engedhető meg.

Az epekő-ileusnál végzendő műtét milyen-ségét, a beteg állapotán kívül, az szabja meg, hogy a bélesatorna melyik részén foglal helyet az elzáródást okozó kő és hogy milyen a bélfal életképessége. Ha lehet, mindig a legegyszerűbb és leggyorsabban kivihető műtét beavatkozást végezzük. Ha a kőre ráfeszült bélfalrészlet ép, úgy elegendő a hossz tengelyben készített kicsiny nyílás a kő eltávolítására. Ha azonban a bélfal életképessége már szenvedett (tápláló erek rögösödése, infarctus), akkor kénytelenek vagyunk a belet esonkolni. Csak igen ritkán kerül sor az elhalt belkaes előhelyezésére és bélsipoyképzésre.

Klinikánk 24 éves beteganyagából 317 mechanikus bélelzáródás közül 11 epekő által előidézett esetet gyűjtöttünk össze. A kövek galambtojás, kisalma nagyságúak voltak. 10 esetben egyszerű bélmegnyitással távolítottuk el az elzáródást okozó követ, csupán egy esetben vált szükségessé, heges szűkület miatt, vékonybélesonkolás és újlag egyesítés. Ezen esetek közül 5 halt meg, ami megfelel a mechanikus bélelzáródásos esetek 45,5%-ának.

Az epekő-ileus műtete után a halálozási arányszám elég magas. Az irodalmi adatok szerint 40—80%. E magas számnak részben az a magyarázata, hogy a betegek reudszerint idősebb korúak, szívük többé-kevésbé megviselt állapotban van és hogy a kórisme felállítására és így a műtét elvégzése, a jellemző tünetek és kórelőzmény hiányában, nem mindig történik kellő időben.

A kolozsvári Szülészeti nőgyógyászati klinika közleménye. (Igazgató: vitéz Páll Gábor ny. r. tanár.)

Lymphogranulomatosis és terhesség.

Irta: Zábó Zoltán dr. tanársegéd.

Amikor a terhesség mellett az anya egészségét egyéb szervi baj is veszélyezteti, a szülész a gyógyítás lehetőségein kívül elsősorban a terhesség megtartását is mérlegeli. Számos és ismételt előforduló betegség bő tapasztalatot szolgáltatott arra, hogy terhességgel szövődve gyógyítható-e, vagy az amúgy is megterhelt anyai szervezetet a terhesség megtartása esetén veszélybe fogja dönteni. Azt mondhatjuk, hogy elég jól körvonalazott irányelvek alakultak ki, melyek szilárd alapot nyújtanak az egyes esetek elbírálására.

Nem így áll a helyzet terhesség és lymphogranulomatosis (ly.) együttes előfordulásakor. A hazai és külföldi szülészeti irodalomban kevés adatot találunk erről a szövödményről. Mindössze *Stoockel* emlékezik meg róla néhány sorban megjegyezvén, hogy a terhesség megtartásának vagy megszakításának kérdését esetről esetre kell elbírálni. Midőn e ritka szövödménnyel szerepel a terhesség, az irodalomban közölt néhány eset tanulságait is figyelembe vesszük, de saját megfigyeléseink is döntők lesznek a beteg sorsának irányításában.

A betegség tünettana, kórlefolyása eléggé ismeretes. Tudjuk, hogy rövidebb-hosszabb idő alatt változatos tünetekkel, vérszegénység és senyvedés után halállal ér véget. Kórszarmazása még nincs tisztázva, általában szűrhető vírusra gondolnak.

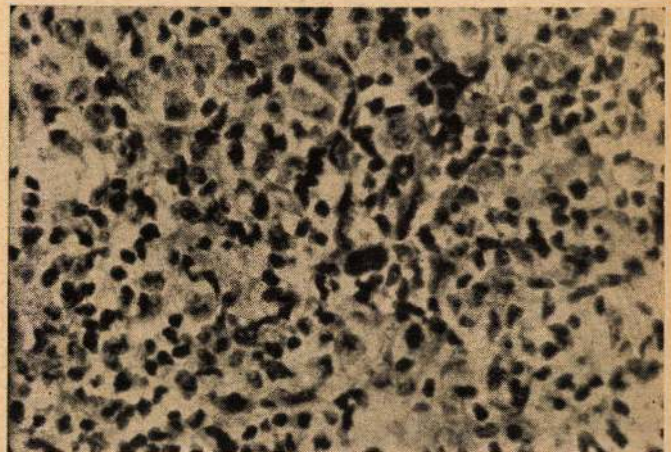
H. Baltzer 1939-ben az irodalomból összesen 15 terhességgel szövődött esetet tudott összegyűjteni. *Erichsen* 1943-ban már 26-ról tesz említést, bár a kórbonctani irodalomból ennél jóval több ismeretes. A rendelkezésünkre álló adatokban nem találunk határozott állásfoglalást a terhesség megszakítására vonatkozólag. Ezen nem is csodálkozhatunk, ha figyelembe vesszük az erélyes röntgenkezelés után észlelhető elég hosszú ideig tartó javulásokat, a szövödménynélküli terhességet és végül a zavartalanul lefolyó szülést. Ha áttekintjük az említett 26 eset kórtörténetét, mindössze 5-ször találkozunk olyan súlyos lefolyással, mely a terhesség megszakítását tette szükségessé. Fel-tűnő, hogy mindig korai terhességről volt szó. Ebből azt következtethetjük, hogy ha a terhesség a már meglévő ly. kórlefolyását az első I–IV. hónapokban nem súlyosbította, számíthatunk a terhesség további zavartalan lefolyására és nagy a valószínűség, hogy a beteg állapota a terhesség második felében sem romlik lényegesen.

A kórtörténeti adatok között 8 ízben szerepel az, hogy a nyirokcsomók duzzanatát csak

a terhesség alatt vette észre a beteg. Mind a 8 esetben még a gyermekágyban vagy rövid idővel a szülés után bekövetkezett a halál. Különösen a terhesség második felére eső megbetegedések voltak egészen gyors lefolyásúak. Az ilyen esetek elbírálása a súlyos gümőkórosakéhoz hasonló, amikor már az anyán segíteni nem lehet és a születendő magzat érdeke kerül előtérbe. A kórjóslat az esetek legnagyobb részében reménytelen és ha az anyát rtg.-besugárzással és arsennal terhessége végéig életben tudjuk tartani, egyszersmind születendő magzatának életesélyeit növeltük. Kétségtelen, hogy az anya szervezetét amúgy is próbára tevő terhesség nagymértékben hozzájárul a kórlefolyás kedvezőtlenességéhez, de a terhesség utolsó hónapjaiban végzett megszakításnak nagy műtéti traumáját alig élné túl a betegségtől erősen megviselt asszony.

Az esetek egy részében zavartalan lefolyású terhességről és szülésről számolnak be a szerzők. Nem egy esetben erélyes rtg.-besugárzás hatására a terhesség alatt is jelentős javulást láttak, máskor szülés után következett be olyan örvendetes jobbulás, hogy pl. *Gilbert* ismertetett betegei közül kettő még egyszer szült. Éppen ezért nem fogadhatjuk el *H. Horster* felfogását, aki egy esetének lefolyásából ítélve ly. esetén a terhesség művi megszakítását okvetlenül szükségesnek tartja. A halálos véget sajnos ezek a betegek sem kerülhetik el, de a szülés után 2–4 év múlva bekövetkezett exitus aligha írható a terhesség rovására.

1944. I. 15-én egy 25 éves, másodszor terhes nőt vettünk fel klinikánkra (szül. fejlapsz.: 63/1944). Első zavartalan szülése után, a jelenlegi második terhesség előtt jelentkezett betegsége. 1943 februárjában észrevette, hogy nyakán baloldalt megduzzadtak a mirigyek. Ugyanazon év III. 15-től IV. 8-ig egy vidéki kórházban rtg.-besugárzást kapott. 1943 IV. 12-én más helyütt egy mirigyét távolítottak el a nyakáról, melynek szövettani diagnózis: lymphoma volt. Ekkor másodízben is rtg.-besugárzást kapott, mely után a csomók visszafelődtek. 1943 júliusában ismét megnöttek a nyaki mirigyek, de a megis-



1. ábra.

mételt besugárzásra javulás mutatkozott. A beteg ekkor már kéthónapos terhes volt. 1943 októberében, midőm ölhónapos terhes volt, ismét a nyaki mirigyek növekedését észlelte és ekkor már a bal hónaljában is észrevett néhány apróbb mirigyét. Betegségével a kolozsvári belklinikára vétette fel magát, ahol ismét mirigykimetszést és szövettani vizsgálatot végeztettek, amikor is lymphogranulomatosis (1. ábra) kórisméztek (Haranghy prof.). Klinikai tartózkodása alatt most már harmadizben részesült rtg.-kezelésben. Véréképe, vizelete semmi kórosat nem mutatott, csak a nyaki mirigyek duzzanata, a rtg.-képen pedig mindkét oldalt 2 harántujjat meghaladó hilusárnyék voltak betegségének objektív tünetei. A beteg már a mirigyek jelentkezése előtt kínzó bőrvizsálgatást érzett, melyre magyarázatot betegségének későbbi kórismézése adott.

Terhessége alatt közérzetében szinte semmi zavar nem mutatkozott, mindössze 1943 novemberében érzett néha nehéz légzést, de ez a panasza is megszűnt a rtg.-kezelés után. Jó étvágya volt, sőt a terhesség végére kb. 15 kg-ot hízott. 1944. I. 15-én került klinikánkra, február 3-án 16 órakor pedig szövődmény nélkül élő, érett 3180 g-os leánymagzatot hozott világra. A lepényi szak lefolyása is normális volt. Szülés előtt és után, valamint kibocsátása előtt is megvizsgáltuk mind az anyát, mind a magzat véreképét, de semmi kórosat, vagy ly.-ra jellemzőt nem találtunk. (Anya véreképe távozáskor: vvs.: 4.180.000; fvs.: 9200; hgb.: 75%; vvsúlyy.: $\frac{1}{2}$ h 34 mm; 1^h 68 mm; segm.: 77%; ju.: 3%; stab.: 7%; ly.: 12%; mo. Q; eo.: 1%. A magzat véreképe: vvs.: 5.240.000; fvs.: 20.900; hgb.: 140%; segm.: 66%; ju.: 3%; stab.: 2%; ly.: 27%; mo.: 1%; eo.: 1%.) A betegnek mindössze kétizben volt 1—1 napig láza, egyébként hőmérséklete 37,0 alatt mozgott. A lepény és köldökzsinór szövettani vizsgálata sem mutatott kórosat. Utóvizsgálatra háromszori felszólításra sem jelentkezett.

Betegünk tehát abba a szerencsésebbnek nevezhető csoportba tartozott, akinek ly.-a már teherbejutása előtt kezdődött. Terhességének egész ideje alatt ellenőrzés és kezelés alatt állva, sikerült egészségi állapotát olyan kedvező mederben tartani, hogy a terhesség és a szülés nem ártott neki, terhessége végén pedig egészséges magzatot hozhatott a világra.

Fentiek alapján azt előre megállapítani, milyen lefolyású lesz a betegség, csakis pontos klinikai megfigyeléssel lehetséges. A mirigyek megnagyobbodása nem jelenti mindig a betegség súlyosbodását, hiszen erre rendes terhességben is látunk példát. Legfontosabb a rtg.-kép változása, a hőmérséklet, pulsus és súlygörbe, valamint a vérkép (H. Baltzer). Gyakori láz, fokozódó leukocytosis, súlyoskénés és a betegségnek általánosulása indokoltá teszik — még félidő előtt — a terhesség megszakítását. Ilyen esetekben, a művi vetélés után, megfelelő kezelésre a beteg állapota szépen javul.

Az eset ismertetése során említettük a terhesség alatti rtg.-besugárzást. Mondanunk sem kell, hogy ezt mindig a magzatnak lehető leg-tökéletesebb sugárvédelme mellett szükséges végezni és a besugárzás csak a nyaki vagy mellkasi nyirokesomókat érheti. Bár Falskamp

megfigyelése szerint megvan a lehetősége az ilyen ú. n. extragenitalis besugárzás esetén is a közvetett magzati ártalomnak, mégis Erichsen szerint a nem hasra vagy a növekvő méhre alkalmazott sugárzás alig okozhat súlyos következményű magzati ártalmat. Ezt látszik bizonyítani. Gilbert és mások kedvező tapasztalata is. Említett szerző 5 besugárzással kezelt beteget 7 egészséges gyermeket hozott világra, mind a 7 gyermek idegrendszerileg és szellemileg teljesen egészséges, a legidősebb 12 éves. Gilbert a férjhezmenést, de főleg a terhességet ly. esetén nem ajánlja, de ha az mégis bekövetkezik, kedvező tapasztalatai alapján, kellő ellenőrzés alatt kiviselhetőnek tartja a terhességet, sőt a rtg.-besugárzást követő javulásokban bizva, nyugodtan bocsátja szülésre betegeit. Felfogását jó eredményei igazolták.

A közölt esetekben a szülés zavartalan lefolyású volt. Ha az egyébként is nehéz légzést okozó mediastinalis mirigymegnagyobbodások a szülés alatt fenyegető dyspnoét okoznának, ezen kellő időben alkalmazott fogóműtétellel könnyíthetünk. Keringési zavarok megelőzésére a beteget terhességének utolsó hónapjaiban cardiacum és szőlőcukor adásával ajánlatos előkészíteni.

Nem kevésbé fontos kérdés a magzat szempontjából a betegség diaplacentaris átvitelének lehetősége. Először Priesel és Winkelbauer számoltak be egy csecsmőről, aki anyjától örökölt generalisált ly. következtében halt meg 5 hónapos korában. Később H. Braitinger ismerteti egy 29 éves anyát és 3 hónapos csecsemőjének esetét. A csecsemő 3 hónapos korában halt meg szövettanilag is kórismézett általános ly.-ban. Bár az anyán nem tudta teljes biztossággal megállapítani a ly.-t, a csecsemő fiatal kora és a szervekben észlelt elváltozások véleménye szerint eléggé bizonyító erejűek a diaplacentaris átvitel mellett. Braitenberg említi Luetkens megfigyelését. Luetkens egy 2 éves és 9 hónapos gyermekben talált általános ly.-t, kinek anyja szülés után 3 hónapra általános ly.-ban halt meg. Véleménye szerint a gyermek már a méhbeli életben fertőződhetett. Bár az említett esetekben a betegség placentaris átvitele valószínűnek látszik, mégis a kérdésnek nincs nagy jelentősége, mert a ly. placentaris átvitele nagyon ritka kivétel. Ly.-os terhesekből származó lepényszövetnek és a magzatoknak kórszövet-tani feldolgozása, valamint az élő magzatok klinikai vizsgálata az említett kevés esettől eltekintve, mindig ép viszonyokat mutatott.

Összefoglalás. Megállapíthatjuk, hogy a terhesség és a lymphogranulomatosis találkozása súlyos szövődmény. A terhesség művi megszakításáról azonban esetről esetre, egyéneseítve kell döntenie. Megfelelő ellenőrzéssel, különösen amikor a betegség már a terhesség előtt megvolt, helyénvaló a várakozás. Ha a félidő előtt rosszabbodást látunk, mely rtg.-

kezeléssel sem befolyásolható, ajánlatos megszakítani a terhességet. Jó általános állapotban a terhességet továbbviseltetjük és kellő elővigyázatossággal többszöri rtg.-besugárzás ajánlatos. A terhesség második felében keletkező ly. esetében a magzatnak életérdekei nyomulnak előtérbe, mert — sajnos — az anyát ilyenkor elveszettnek tekinthetjük.

A kórbonctani feldolgozásért és a szövettani kép átengedéséért Haranghy professzor úrnak tartozunk hálás köszönettel.

Otitis externa ulcero-membranosa esete.

Irtá: *Mészöly Ödön dr.* kórházi főorvos.

A külső hallójáratban előforduló megbetegedések ismert kóroki tényezői igen változatosak. Közöttük legnagyobb szerep természetesen a kórokozónak jut, amelyek a hallójárat bőrére kerülnek, majd annak mélyebb rétegeibe hatolva idézik elő annak rendkívül kellemetlen gyulladásait. Mint az e kérdéssel sokat foglalkozó japáni szerzők kimutatták, a hallójárat körülírt és diffus gyulladásainak előidézésében főleg a staphylococcus bizonyos fajtái, valamint a pneumococcus és bizonyos streptococcus törzsek szerepelnek leggyakrabban. Ismeretesekek ezen kívül a diphteria bacillus által okozott, — továbbá a különböző gombás fertőzések egyúttjáró külsőhallójáratbeli gyulladások, idült ebecmákhoz társuló genyes folyamatok, sőt előfordulnak e terület tuberculoticus és syphiliticus eredetű megbetegedései is.

Az itt elsorolt kórformákon kívül a külső hallójárat különös érzékenysége révén szinte praedilectiósnak mondható területén látunk egyéb fertőzéseket is, amelyeknek jellegét néha csak igen körültekintő vizsgálatok segítségével sikerül megállapítanunk. Egy ilyen, a megszokott körjelenségektől sok tekintetben eltérő esetet kívánok e helyen röviden ismertetni, annak illusztrálására, hogy az orvos diagnostikai és theraphiás ténykedése közben soha nem térhet le az egyéni elbírálás útfjáról.

G. A. 34 éves férfi öt nap óta fennálló heves jobboldali fülfájdalom és bő fülgennyedés panaszával kereste fel rendelőmet. Kórelőzményként előadta, hogy évek óta szenved kétoldali fülviszketésben, de nagy elfoglaltsága miatt szakorvossal nem kezelte baját. Falusi orvosa hónapokon át a minden fülbetegségnél oly szívesen rendelt hydrogen hyperoxidos fülcseppel kezelte, de ettől a viszketési panaszok csak fokozódtak. Öt nappal ezelőtt jobb füle fájni kezdett, ezt követően néhány óra múlva a hallójáratból erős váladékfolyás indult meg. Nyakán igen fájdalmas mirigyduzzanatot keletkezett, közérzete rossz volt, feje fájt, hőmérséklete 37,8°-ig emelkedett, ezért szakorvosi vizsgálatra jelentkezett.

1944 szept. 4-én. A jobb fülkagyló cavitásában és a hallójáratban vörhenyes-barna színű, ragadós és kifejezetten bűzös váladék. E terület hámla erősen lobos, fellazult; a hallójárat kissé beszű-

kült, a bemenetben erősen tapadó váladékkal fedett, kb. 5×9 mm területű, a környezet szintjéből mintegy 2 mm-re kiemelkedő fekély volt látható, melynek felületét zöldes-szürke, nehezen letörölhető felrakodás borította. A váladék kiöblítése után láthatóvá lett a mérsékeltén vérbő, egyébként teljesen ép dobhártya. Hallásélesség mindkét oldalon normalis, Weber enyhén jobbra jelzett. A jobb fülkagyló előtt, valamint a nyak jobb oldalán az angulus mandibulae táján lévő mirigyek érzékenyek és beszűrődöttek, az állkapocsmozgások fájdalmasak voltak. A beteg további kérdésekre elmondotta, hogy állandó fülviszketésének hatása alatt szokványosan kaparja hallójáratát ugyanazzal a csontból készült fogvájóval, amivel a fogai közé szorult ételmaradékokat szokta eltávolítani.

Kérdéseimre adott további válaszában megemlítette, hogy az előző héten mandulagyulladás esett át, ami néhány nap alatt lezajlott, kisebb fájdalommal járt, toroka kiszáradt, lehellete bűzös volt; ez a betegség őt láztalansága és aránylag jó közérzete miatt foglalkozásának ellátásában nem gátolta. Ugyanakkor a jobb mandulája mélyén két-három napon át babnyi területű zöldes-szürke lepedéket látott, ezért erős pálinkával öblítette torkát. Nyaki mirigyek ekkor már igen duzzadtak és érzékenyek voltak, ezért háziorvosa tanácsára több napon át Ultraseptyl tablettát szedett. A torokvizsgálatnál a jobb tonsilla mediális felszínének középső részén kb. babnyi területű, kirágott szélű és újképzett hámmal borított sekélyebb anyaghiány volt látható. Egyéb kóros eltérés a torokban nem volt látható.

A hallójáratbeli fekély kaparékában fusiformis és spiro-bakterium együttesen volt kimutatható. A beteg lépe duzzadt, a leukocytaszám emelkedett volt (9800).

Ezen adatokból kétségtelenül megállapíthattam, hogy betegem a kétféle céira használt fogvájó segítségével a necroticus anginájából származó fertőző anyagot egyszerűen átoltotta hallójáratnak idült ebecmától fellazult és ellenálló képességét elvesztett hámla, miáltal az egyébként ritkán előforduló otitis externa ulcero-membranosa idézte elő.

Gyógykezelés céljából trypaflavinos öblítés után, glicerínbe oldott Neosalvarsannal átittatott gaze-csíkot helyeztem a külső hangvezetőbe, ezenkívül három napon át napi 0,30 grm. Neosalvarsant injiciáltam intravenásan. Szigorú ágynyugalom elrendelése és a megfelelő vitamin adagolása egészítette ki a kezelést. A bűzös váladék mennyisége már a kezelés második napján lényegesen csökkent, a fekély a negyedik napon teljesen feltisztult; egy hét múlva a gyógyult fekély helyén már csak vékonyan behámosodott kisebb anyaghiány volt látható, ugyanakkor a környéki nyirokmirigyek duzzanata is teljesen megszűnt. A köteles gondosságból négy hét múlva elvégzett complement-kötési reactio negativ eredménnyel járt.

Az itt közölt auto-infectios eredetű kórképhez némileg hasonló esetet észlelt a japán *Sekine Masao*, akinek 12 éves fiúbetege füleit a víz káros hatása ellen védendő, úszás előtt rendszeresen nyállal kente be mindkét hallójáratának bőrét. Ily módon szúvas fogainak fertőző anyagát vitte át a külső hallójárat

hámjára, ahol az a leírt kórképnek megfelelő elváltozást idézte elő. *Guglielmo Attorre* pedig két ulcero-membranosus hallójárat-gyulladását ír le, amely bismuth-oldattal és esukamájolajjal végzett ecsetelésre, valamint bismuth-injectiókra gyógyult.

A budapesti I. sz. sebészeti klinika (igazgató: *Mato. lay György ny. r. tanár*) és a szolnoki vármegyei közpórház (igazgató: *Szabó Elemér*) közleménye.

A sigmavolvulus oka és kórismézése.

Írta: *H. Egyed Miklós dr.*

A sigmabél volvulusának irodalmát és statisztikáját részletesen ismerteti *Valkányi Rezső dr.* az Orvostud. Közl. 33. számában. Ennek ismétlése helyett a betegség okával, keletkezésével és kórismézésével foglalkozom részletesebben.

Verebélj szerint »a volvulus két alapfeltétele egyrészt a megfelelő fodordarab hosszúsága, másrészt tapadási helyének keskenysége«. Ez a két alapfeltétel megvan a sigmabélen, mely hosszában és lefutásában rendkívül változatos. *Corning* szerint a sigma hossza 15–67 cm között ingadozik, a mesosigma maximalisan 9 cm hosszú, típusos tapadási vonala a bal csípőtaréjtól zezugos vonalban az I–II. keresztcsigolyáig húzódik. *Davis* és *Muller* két részt különböztet meg a sigmán: a 12.5–15 cm hosszú *colon iliacumot* (a csípőtaréjtól a m. iliopsoas belső széléig) és a 40–42.5 cm-es *colon pelvinumot* (a m. iliopsoas belső szélétől a II–III. keresztcsigolyáig). Előbbinek 90%-ban nincs bélfodra, utóbbinak hosszú, 3–8 cm-es fodra van és lópatkó alakja miatt *Treves* omega-hajlatnak nevezi.

Ezeket az anatómusoktól normalisnak vett méreteket azonban ritkán találjuk, mert nincs olyan bélrészlet, mely alakban és helyzetben annyi változatot mutatna, mint a sigma (*Sosson—Jaroschewitsch*). A még normalisnak vett alakú és hosszváltozatokon felül lehet a sigma abnormisan hosszú is, hosszú bélfodorral. Ez fejlődési rendellenesség, amit *makrosigmának*, illetőleg *sigma elongatumnak* nevezünk.

Ezt a *sigma elongatumot* — *Verebélj* szerinti I. alapfeltételt — tartjuk a sigmavolvulus első okának. (I.) A másik alapfeltétel, vagyis a tapadási vonal keskenysége természetesen ebből adódik. Valamilyen gyulladás (vérhas, más vastagbélgyulladás, ismételt, megoldódott kisebb volvulusok) következtében a mesosigma megvastagodhatik, merev, heges, összenövéssekkel átszótt lehet. Ez a tapadás két alapontját közelíti, így azt megkeskenyítve és merevvé téve adja a volvulus második okát. (II.)

Az I. és II. ok jelenlétében már csak a

megindító, kiváltó ok kell a volvulus kifejlődéséhez. *Verebélj* szerint ezt »többnyire hirtelen testmozgás, hirtelen fordulat, vagy kórosan fokozott peristaltika, a bél hirtelen megtelése vagy kiürülése indítja meg s azután a peristaltika és fokozódó megtelődés hajtja tovább«.

Fentiek előrebocsátásával ismertetem két esetemet, melyeket — ékes példajaként az esetek kettőzöttségének — 14 nap leforgása alatt észleltem, illetőleg operáltam:

1. *Sz. Lajos*, 41 éves napszámos, nem volt soha beteg. Teljes jólét közepette VII. 26-án *aratás* közben hirtelen rosszul lett, alhasi görcse és székelési ingere támadt. Görcsei fokozódtak, teljes szék- és szélrekedés mellett. Orvosa hashajtókkal és beöntésekkel kezelte. Bejöveteleig nem hányt! Igen elesett, lesóványodott beteg. Facies abdominalis. Erverése 130, könnyen elnyomható. Nyelve száraz. Egész hasa elődomborodik, puffadt, feszes, felette ércesen dobos kopogtatási hang, dif-fus nyomásérzékenység. Rtg.-nel igen gázos belek mellett több folyadékszint. *Dg.: Vastagbél-elzáródás.* Azonnali műtét gerinevelőérestelenítésben, alsó, középső hasmetszéssel. Az egész hasüreget a jobb oldalra, a máj alá érő, kb. 80 cm hosszú, hatalmasan tágult sigma tölti ki, mely 270°-ban megcsavarodott. A mesosigma vizenyősen duzzadt. A bélfal rendkívül vékony, de ép. Detorsiót végzek, mire azonnal bőséges, dögbűzű, híg béltartalom ürül a végbélen át. A bél-fal ép, hasfalzárás. A műtét utáni napon támadt jobb alsó lebeny pneumoniai erőteljes Ultra-septyl-Transpulmin kezeléssel 4 nap alatt gyógyítjuk. A beteg 9. napon panaszmentesen, elsődlegesen gyógyult sebbel távozik. Berendeljük későbbi sigma resectióra.

2. *B. Mihály*, 42 éves gazdasági cseléd. Gyermekkorában mindig »hasfájós« volt, sokszor kínozták székelési zavarok. VIII. 7-én délután lehajolva *nehéz zsákot emelt hirtelen* vállára. Utána azonnal alhasi görcsei s eredménytelen, ismételt székelési ingere támadt. Görcsei fokozódtak. Orvosa beöntésekkel és hashajtókkal nem tudta megindítani teljes szék- és szélrekedését. Bejövetele napján volt csak kétszer *epés hányadéka*. — Elesett, sovány férfi. Facies abdominalis. Száraz nyelv. Erverés 140, könnyen elnyomható. Erősen elődomborodó, feszes, puffadt, kiterjedten nyomásérzékeny has. Különösen baloldalt érces, dobos kopogtatási hang. Rtg.: Baloldalt és középpel folyadékszint, erősen tágult, gázos vastagbél-rajzollal. *Dg.: Sigmavolvulus.* Azonnali műtét gerinevelőérestelenítésben, alsó középső hasmetszéssel. A kb. 90 cm hosszú, tágult sigma jobboldalra, a máj alá emelkedik. Fala vastag, gyulladással. A haustrumok és taeniák eltűntek, a sigma egyformán sima, vastagfalú csővé alakult. A mesosigma vastag, zsugorodott, heges, összenövéssekkel tarkított, rajta és a bélen is rostonyalepedék. A mesosigma alappontjai egészen közel kerültek. A bélcaes kifejezetten omega-alakú és 270°-ban megcsavarodott. Detorsio után a végbélen szél és széklet ürül. A bél-fal ép. Hasfalzárás. Zavartalan, elsődleges sebgyógyulás után a 13. napon végzett contrastbeöntés vizsgálat igen hosszú sigmát és tágabb vastagbelet mutat. A sigma végig beszűkült, sima, haustri-tója nincs. A 15. napon panaszmentesen távozik. Berendeljük sigmaresectióra.

Fenti két esetben a 4 és 5 napos sigmavolvulus detorsióját végeztem s mindkét beteg elsődlegesen gyógyulva panaszmentesen távo-

zott. Mindkét esetben megvolt az I. ok: a sigma elongatum. A II. ok, a mesosigmájai gyulladása csak a 2. esetben volt kimutatható. A kiváltó ok mindkét esetben külső behatás, *hirtelen testmozgás* volt. Az 1. esetben az aratáskor végzett ritmusos lengő mozgás indította meg az ép mesosigmájú s elongált sigmán a csavarodást. A 2. esetben a merev, zsugorodott fodrú bél megcsavarodása zsák hirtelen emelésekor, a hasizmok megfeszülése és a hasüri nyomás hirtelen megváltozása folytán indult meg. Mindkét beteg a volvulus megindulását görcsel és székelési ingerrel jelezte. A peristaltika fokozta azután a volvulust.

Valkányi csak két esetben említi meg pontosan a kiváltó okot. Mindkét esetben idős embereken mértéktelen, soksalakú ételfogyasztás volt az ok. Hét esetben valószínűnek tartjuk, hogy külső behatás volt a kiváltó ok, mert 7 nehezebb testimunkás szerepel betegei között. (Földműves, gyári munkás, stb.) *Valkányi* az alkati fejlődési rendellenességet, tehát az I. okot fajhoz is köti. Az 1. betegeink valóban kunsági volt. Nem valószínű azonban, hogy itt fokozott növényi táplálkozás szerepelne, hiszen a mi alföldi népünk különösen aratás idején száraz kosztot (kenyér, szalonna, paprika, stb.) él.

Műtéti behatolásul pontosan kórismézett esetben is alsó középső hasmetszést választottam, mert a rendkívül nagy, tágult sigmát veszélytelenebbül és könnyebben lehet ilyen módon előhúzni.

A sigmavolvulus korai kórismerésében a vastagbél elzáródás megállapítása után az I. és II. okot, valamint a kiváltó okot kell szem előtt tartanunk. Az ismert és *Valkányi* által is ismertett tárgyi tüneteken kívül keressük tehát a kórelőzményben I. a sigma elongatum régebbi tüneteit (gyermekkorig visszanyúló gyakori hasfájást, görcsöket, székelési zavarokat); II. lezajlott vérhas, vastagbélgyulladás-

sokat, vagy kisebb, megoldódott volvulusokat. A kiváltó ok tekintetében pedig hirtelen testmozgást, nagytömegű, nagysalakú étel fogyasztását, nagy hasmenést.

Összefoglalás: A sigmavolvulusnak két oka van:

I. Veleszületett alkati rendellenesség: sigma elongatum.

II. Előrement hegesedések és összenövések a mesosigmán ráterjedő gyulladások, vagy pangásos folyamatok következtében.

A két ok közül az I. feltétlenül szükséges a volvulushoz, a II. csak megkönnyíti létrejöttét.

Az egyik vagy mindkét ok jelenlétében a volvulust kiválthatja:

a) Külső behatás (hirtelen testmozgás, erőlködés, helyzetváltozás).

b) A bélből kiinduló inger (fokozott peristaltika, nagytömegű, soksalakú étel fogyasztása, nagy hasmenés).

A korai kórismézéshez a tárgyi tüneteken kívül pontos kórelőzmény szükséges. A kórelőzményben sigma elongatumra utaló panaszok és esetleges előző gyulladások mellett a kiváltó ok pontos ismerete vezet a sigmavolvulus korai kórismézéséhez.

METALIX RÖNTGEN

RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KÖRÚT 37

TEL. 182-680, 383-135.

Influenza és meghűléses betegség esetén nélkülözhetetlen

PANAFLU-CHINOIN

Meggyorsítja a lefolyást és megakadályozza a szövődmények kifejlődését!

10 és 20 tablettá

5 végbélkúp

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Gömöri Pál és Binder László.*

Prothrombintükör és véralvadási idő nemileg érett nőkn. *Steisslinger E.* (Z. exper. Med. 113. k., 1. füzet.)

Az ovarium működése és bizonyos véralkatrészek között sokan összefüggést sejtenek, ezért megvizsgálták a vér prothrombin tartalmát és alvadási idejét 8 egészséges, nemileg érett női menstruatio phasisaiban. A prothrombint Quick szerint vizsgálták, amely oxalat plasmának feleslegben hozzáadott ismert erősségű thrombokináse és méz hozzáadására történő alvadási idejét veszi alapul. A kísérletek azt mutatták, hogy a menstruatiós cyclusnak semmi összefüggése sincs a prothrombintükör és véralvadás ingadozásaival. (B. 19.)

Kuchárik József dr.

További vizsgálatok az adrenalinak és pilocarpinnak a thyreotrop hormont fokozó hatásáról. *Uotila U. és Friedgood H. B.* (Z. exper. Med. 112. k. 579. o.)

A thyreoidea metamorphosist gyorsító hatását adrenalin és pilocarpin fokozza. Az alapanyagcserét tengerimalacon a fenti két anyag szintén fokozza, noha önmagában arra semmiféle hatásuk nincs. (?) Tengerimalackísérletekben szövettani vizsgálattal nézték az adrenalin és pilocarpin befolyását a pajzsmirigy szerkezetére. A szövettani eljárás (Uotila) a következő: A pajzsmirigyen keresztül három részarányos metszetet vezetnek és mikrométerrel mérik az átlók irányában talált sejtek, illetve colloid acinusok hosszát, amelyeket egy-egy vonal mentén összeadnak és egymással arányba állítanak. Más szövettani vizsgálatokkal összehasonlítva, ezt találták a functio vizsgálata szempontjából a legjobbnak. A vizsgálatok szerint a pajzsmirigy úgynevezett activ phasisában a pajzsmirigy súlya ugyan eszikken, de a sejtek magassága nő és a colloid térfogata, valamint annak súlya csökken. A refracter (involutiós) phasisban a pajzsmirigy súlya mértéken felül megnő, a sejtmagasság valamit csökken, de még így is magasabb a normalisnál; a colloid mennyisége emelkedik, de nem ér el a normalisnál nagyobb értéket. Tehát a pajzsmirigy súlynövekedésének az oka nem a colloid, hanem a parenchima meg-

szaporodása és a refracter stadiumot a megváltozott sejtműködés okozza. A pilocarpin és az adrenalin szövettani vizsgálatokban is fokozta a threotrop hormon hatását. (B. 18.)

Kuchárik József dr.

SEBÉSZET

Rovatvezető: *Benes Lajos és Rhorer László.*

Műtét utáni ulcus pepticum átfürödése. *Piulachs.* (Bruno Beitr. zur Klin. Chir. 175. l.) A gyomor műtétek után fellépő ulcus pepticum keletkezésénél egyesek szerint szerepet játszik az anastomosis helye. Észlelték a műtét után pár napra jelentkező ulcus pepticumot, de leírtak a műtét után 25 évre keletkezőt is. Az ulcus pepticumot kísérő fájdalmak állandóbbak és hevesebbek, mint az ulcus ventriculi, vagy ulcus duodeni mellett jelentkezők és az étkezésnél ném függnek szorosan össze. Az ulcus pepticum következő nyelve lehet: 1. a vérzés. 2. átfürödés. 3. jejunum-colon fistula, vagy gyomor-, jejunum-colon fistula. A szerző az átfürödással foglalkozik. Hét esetet közöl. Az első esetben hátsó G. E. A. után 21 hónapra perforált az ulcus duodeni, majd két évre az ulcus pepticum. A második esetben elülső G. E. A. után 5 év telt el a perforációig. Harmadik esetben 19 év az elülső G. E. A. után. Negyedik esetben Pólya műtét után 5 év, az ötödik esetben elülső G. E. A. után 2 év, a hatodik esetben pylorus kiiktatás és hátsó G. E. A. után 40 nap és végül a hetedik esetben elülső G. E. A. után 4 év telt el. Az ulcus pepticum perforációja ritkább, mint a duodenum és a gyomor átfürödése. Ennek okát a szerző az ulcus pepticumnál fellépő erősebb fájdalomban látja, mely miatt a beteg előbb keresi fel a sebészt. Lehet az ulcus pepticum jejunalis és gastrojejunalis. Átfürödésére jellemző a hirtelen fájdalom, a májtompulat eltűnése, kismennyiségű hányás és verejtékezés. A fájdalom a köldöktől balra jelentkezik. Több esetben előfordult, hogy a fájdalom a nemiszervek táján lépett fel, onnan terjedt felfelé és a bal vállba sugárzott ki. Kezelés gyanánt a szerző csak egyszerű varratokkal való zárást ajánl. Resectiót szerinte feltétlen el kell halasztani. Amennyiben a zárás nem sikerül, úgy eszvet kell a perforatiós nyílásba helyezni és azt cseplezzel körülvenni. (B. 19.)

Szell Imre dr.

Tonopar sol.
kellemes ízű máj-, vitamin- és réztartalmú
antianaemicum, tonicum, roborans

STRAUB SÁNDOR

Diachemia

Budapest, VI., Teréz-körút 27.

PHYLAXIA

SZERUMTERMELŐ R. T.
Budapest, X., Szállás-utca 3.

VÁROSI IRODÁJA:
BUDAPEST, VII.,
Rottenbiller-utca 26.
Telefon: 424-383, 425-730.

DIAGNOSTIKUMOK:

Agglutináló savók
Antigenek
Bakterium suspensiók

Haemolysin
Tuberkulin
Serotyp

vércsoportmeghatározó savó

A combfejecs epiphysiolysise. Mayer P. (Schweiz. Med. Woch. 1944., 30.) A combfej epiphysis leválását, mely 12–16 év között következhetik be, Hofmeister és Kirmisson traumára vezeti vissza; aránylag igen kis trauma előidézhetheti az erre hajlamos szervezetben. Mások endokrin zavart tételeznek fel (dystrophia adiposo-genitalis, gigantismus, »szövetkifáradás«). Hét esete közül egy esetben volt kimutatható a trauma; a többi esetekben csak részben feltételezhető, emellett endokrin-zavarokat mutatott ki. A betegség bizonytalan csípőpanaszokkal kezdődik, gyakran tévesen kórismézik. (Kétszer coxitis tbc.-t, egyszer nephritist, s gyermek hysteriát állapítottak meg.) Biztosan röntgenfelvétellel kórismézhető. A gyógykezelésnél kisebb súlynak tartós húzása, vagy extenziós asztalon nagy súllyal húzás és reponálás után medencegipszet tesz fel 10 hétre a végtag abductiós, s a lábfej befelé rotált tartásában. Rosszul gyógyult esetben subrochanterikus osteotomia végezhető. Extraarticularis szövelést elveti. (R. 21.)

Dubecz Sándor dr.

TABORI EGÉSZSÉGÜGY ÉS HADISEBÉSZET

Rovatvezető: Sereghy Emil.

Sebkezelés sulfonamidokkal. O. Franke. D. d. Militärrzt 1944/1. Az asepsis forradalmasította a sebkezelést, ugyanúgy most a sulfonamidok új korszakot nyitnak a sebészetben. A sulfonamidok hatását abban látja, hogy megakadályozzák a baktériumok szaporodását és mérgeikkel szemben antitoxikus hatásúak. A szervezet fehérvérséjtjeit nem bántják, a hatékony töménység nemcsak in vitro, hanem a szervezetben is elérhető. 2–2 betegének sebébe felváltva albucid- és cibazolport hintett, steril fedés után a végtagokat sinen rögzítette és belsőleg is sulfonamidokat adagolt. A sebek primára gyógyultak, csak azok az esetek gennyedtek huzamosabb ideig, melyekből később elhalt sequestereket és fasciát kellett eltávolítani. A sulfonamidokban látja a sebfertőzés leküzdésének eszközét. (S. 24.)

Kadosa dr.

Lövési eredetű mellkasi gennygyülem szádlása. F. Nehmann. D. deutsche Militärrzt 1944/. A mellkasi gennygyülem legjobb kezelése a mellüreg légmentes szádlása, és a genny levezetése állandó szívás mellett. Ezt a célt valósítja meg a Bülow-szádlás. Mellkas-lövötteknél azonban mindig levegő is van a mellüregben. Ha a szádlócsőbe levegő kerül, megszűnik a szívóhatás. Ezért a Bülow-szádlás mellkaslövöttek kezelésére kevésbé célszerű, mint a Perthes-féle szádlás. Ennek előnye az állandó légmentes szívás, aminek révén a légmell is leszívható, 2–3 hét alatt az empyaemia megszűnik, maradék üreg nem képződik. Sikerült a szerzőnek egy literes tutofusinos palaackból és konzervdobozból Perthes-szádlást összeállítani oly módon, hogy a tutofusinos ampulla képezte a palaackspirátort, amit vastag gumicső kötött össze az alája helyezett konzervdobozzal. A vízszlopkülönbséget a konzervdoboz, és a tutofusins-ampulla folyadékszintje közti távolság adja. (S. 26.)

Kadosa dr.

LAXOPTIN

Ideális, enyhe hatású hashajtó. Éveken át jó eredménnyel szedhető

Lalkus propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra

„NAGY KRISTÓF“ gyógyszertár, IV., Váci-utca 1



GYÓGYSZER KÜLÖNLEGESSÉGEK.



Autocard

LIQUIDUM

Perorálisan adagolható Myokardium és cardiotrop növényi kivonatokat tartalmazó kardiotónium.



Coffea Königsfeld

PULVIS

Physiologailag aktív hatóanyagokat tartalmazó szénkészítmény. Mint szén adsorbens, antibactericid hatás, redukáló hatás, deszenzibilizáló, desinficiál.



Echinacin

INJEKCIÓ ÉS LIQUIDUM

A szervezet immunbiológiai reakciókészségét fokozó, antiphlogisticus hatással bíró növényi készítmény és lipoid készítmény.



Hamamelon

KENŐCS

Növényi vitaminokat és sebhemonekat tartalmazó készítmény. Regenerál, desinficiál, adstringál és vitalizál.

MINTÁVAL, JODALOMMAL KÉSZSÉGGEL SZOLGÁL



SZILÁGYI

BUDAPEST, II. ERŐD-U. 11.

GRANULOCITOGEN

SPECIFICUM
AGRANULOCYTOSISBAN

»CERTA« GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R. T. BUDAPEST

SZÜLESZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ottó József és Pallós Károly.*

Progesteron okozta functionális méhvézés fiatal asszonyoknál és lányoknál. *Allen W. M. and Hecke, G. P.* (Am. J. Obst. Gyn. 1942.) *Allen és Hecke* functionális vérzésben szenvedő 24 fiatal asszonynál és leánynál naponta végzett a menstruatio alatt megfigyeléseket, progesteron, illetve anhydrohydroxid progesteron adással kapcsolatban. Általánosságban 30 mg progesteron nyújtása után jelentkezett vérzés az utolsó injectio után 10 napon belül. Progesteron adagolás kihagyása gyakran vérzést okozott az első pár napon. Normális ciklus jelentkezett négy, vagy több hónap után az esetek egyharmadában, egyharmadában visszaesés volt négy hónapon belül. Az utolsó harmadban amenorrhoea jelentkezett azonnal, vagy két-három ciklus után. (M. N. L.) *Agoston dr.*

VEGYES HIREK

Orvostoktorrá avattattak a pécsi Tud. Egyetemen november 13-án, november 18-án és november 25-én: ifj. Benked József, dr. Kéthelyi Viktorné úrményi Pintér Izabella, Horányi Miklós, Droppa Gusztáv, Tamás Dezső, Galamb György, Marsovszky László, Fatér József, Bodrog Károly Antal, Dobler Ferenc, Ganef Alexandroff Ljuban. Üdvözljük az új kartársakat.

Betöltendő állások: Szkf. Szent János kórházban röntgen-főorvosi állás, határidő december 5. — Szkf. közkórházaiban egy adj. állás, határidő december 5. — Röntgen rend. főorvosi állás havi 150 pengővel. Ideiglenes, nem nyugdíjas. Határidő december 20.

Orvos Urak figyelmébe!

Felkérjük a mélyen tisztelt Orvos Urakat, hogy gyárunk igazgatóságával a legsürgősebben közölni sziveskedjenek *új címüket* abban az esetben, ha az bármely oknál fogva megváltozott volna. Az 1945. évre szóló orvosi zsebnaptárunkat óhajtjuk elküldeni.

CHINOIN — UJPEST

Logal

1 tabletta tartalmaz: Kipróbált szer, Ártalmatlan a gyomorra és a szívre
0.25 g. Acid. acet. est.,
0.013 g. Chin. citr.
0.04 g. Ll. citr.

**Antineuralgicum
Antipyreticum
Antirheumaticum
Analgeticum**

Mintával és magyar szakirodalommal szolgál.

Dr. FILO JÁNOS

„Szent Keresztély” gyógyszerháza
Budapest, VIII., Mátyás-tér 3. szám

A frontátvonulások áttekintése 1944 augusztus második feléről. Az augusztus 16-ától 31-éig terjedő időszakban a frontális jelenségek általában a normálismánál gyengébben léptek fel. A betörési frontokról számszerűen is a normálismánál kevesebb érkezett: 16 betörési front vonult át. Ezekből csak 2 esetet az erős fejlettségű, 4 a mérsékelt fejlettségű és 10 a gyenge fejlettségű frontátvonulások csoportjába. A felsiklási frontok csak egyetlen (mérsékeltlen fejlet) példánnyal voltak képviselve.

A budapesti frontátvonulások részletes történetéből kiemelendő a két erős fejlettségű betörési front átvonulása 17–18-án éjjel előtte (zivatarral) és 19-én este 18 órakor (nagy légnyomásugrással). Felsiklási reakciókra csak egy alkalommal, 30-án délután és délután (egészen 19 óráig) nyílt alkalom. Teljesen frontmentes időszakok léptek fel 15-én este 23 órától 17-én este 23 óráig, majd 20-án hajnaltól 21-én este 20 óráig, végül 25-én este 22 órától 28-án délelőtt 11 óráig. (Az időadatok nyári időszámításban értendők.) *Aujeszký dr.*

FELELŐS KIADÓ: VAMOSSY ZOLTAN

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

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.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÓGYES 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, VIDA KOVITS KAMILLÓ.
FELELŐS SZERK.: VÁMOSSY ZOLTÁN. Fogad kedden és pénteken 12—1. SZERK.: FRITZ ERNŐ.

A budapesti ideg-elmekórtani klinika közleménye.
(Igazgató: vitéz Benedek László ny. r. tanár.)

A hasadásos elmebaj és az epilepsia együttese.

Írta: Jula Adolf dr. egyet. magántanár.

A lezárt kóralakokba nehezen beilleszthető és a szabványos kereteken túlmenő elme-kórképek értelmezésében rendszertanunk bizonyos szerepet juttat az ú. n. »ötvözött« formáknak, melyekben a különleges elmekórtani tünetesoportot több és egymáshoz viszonyítva különböző hatékonyságú rendszertani kórforma együttes érvényesülése hozza létre. Ez az ötvözöttség már a külső, pl. fertőzések okozta folytán megindult elmebajokban szerephez juthat, midőn örökletes mozzanatok a betegségnek különleges színezetet adnak; valódi tere azonban az örökletes maggal bíró, tehát endogen elmebajok kevert formáinak kialakításában van. Így a hasadásos elmebajnak a maniás-depressziós elmezavarral szövődése, vagyis a kétirányú terheltségnek egy betegben találkozása, különösen Kahn, Hoffmann és Lange nyomán ma bizonyítottan tekinthető. A különböző circularis mozzanatoknak a schizophren folyamatra módosító hatása nyomán atypusos alakok keletkeznek, melyeket a szakaszos lefolyás, a jó javulási készség, a személyiség-szerkezet megtartottsága még a hosszas esetekben is, esetleg a maniás-depressziós elmezavar tüneteinek hozzákeveredése, vagy ezeknek schizophren tünetekkel váltakozása jellemezhetnek.

Örökletes természetű elme-idegbántalmak együttesének egy más lehetőségét a hasadásos elmebajnak és az epilepsiának egy betegben való találkozása testesíti meg, amely lehetőség számos megfontolásra adott alkalmat és eldöntöttnek még egyáltalában nem tekinthető. Ebben a körben természetesen nem szerepelnek azok az esetek, melyekben a schizophren egyénnél külső (tehát peristaticus és nem örökletes) okokból, így szülési és kora gyermekkori agybántalom, daganat, ér-megbetegedések, anyagcserezavarok stb. folytán tüneti epilepsia jelentkezik. Külön lapra tartozik — bár a kérdéssel már

szorosabban összefügg — az a tisztázatlan és vitatott eshetőség is, mely szerint egyes esetekben a schizophren folyamat maga epileptiformis rohamokkal jár és ilyeneket elvéve kiválthat. Ezen esetekben azonban, amint ezt különösen Rosenthal és Krapf kiemelik, a mozgási nyugtalanság epileptiformis jellege kétséges, vagy — más esetekben — schizophren egyénben megindult tüneti epilepsiáról van szó (Krapf).

Szemügyre véve a hasadásos elmebajnak és a »genuin« epilepsiának együttes megjelenését, ez elméletben nehézség nélkül elképzelhető, azonban szigorú kritikai elveket alkalmazva, a valóságban együtt beigazolást alig nyert (Mayer—Gross), miután a kérdés tisztázásával kapcsolatos akadályok igen sokoldalúak. Azokban az esetekben ugyanis, melyekben ez a lehetőség felmerül, mindenekelőtt a görcsös jelenségek ténylegesen epilepsiás jellegét kell igazolni a más természetű, pl. hysteriás vagy kataton-izgalmi időszakos mozgásnyugtalanságokkal szemben, ami nehéz feladatot jelent, ha elszórt megjelenésük miatt kórházi észlelés nem történt, vagy a rohamoknak laikusoktól nyert leírása félreismerhetetlen mozzanatokot nem tartalmaz. További akadályt képez az, hogy a genuin epilepsia a saját formakörébe tartozó elmezavarokat szintén gyakran felidéz; ezek egyrésze jellegzetes és félreismerhetetlen, azonban igen számos atypusos forma is adódik, melyeknek a hasadásos elmebajtól elkülönítése csak hosszas megfigyelés révén lehetséges és akkor is nagy feladatot jelent. Ezen a téren a legszigorúbb álláspontot Krapf képviselte: szerinte nincs a hasadásos elmebajnak (a simplex-demens, hebephren, kataton és paranoid alcsoportokat mind beleértve) olyan alakja és olyan tünete, amely a különleges epilepsiás elmezavarok keretében nem jelenhet meg és az elmebaj minősítésében bizonyos támponttal csupán a heveny szak lezajlása után visszamaradó defekt-állapot jellege szolgál.

A felsorolt és szigorúan megfogalmazott szempontok szerint az addig közölt eseteket áttekintve, Krapf bizonyító erőt egyiknek sem tulajdonít, miután ezekben vagy a genuin epi-

epilepsia fennállása kétséges, vagy pedig az elmebajnál nem lehetett biztonsággal a szorongással járó tünetekkel megjelenő epilepsziás elmebaj lehetőségét kizárni. Saját esetében a hasadási elmebaj és az epilepsia együttes jelenlétét kétségtelennek tartja, azonban az epilepsia tekintetével az észlelt tárgyi ideggyógyászati elváltozásokra, a korai megindulásra és a véleszületett gyöngélméjűségre — könnyen tüneti jellegű lehetett és szülési-kora gyermekkori agysérülés-sel állhatott kapcsolatban. Az Ewald által közölt két esetben Mayer—Gross szerint ugyancsak az epilepsia genuin jellege vitás. A két bántalom együttes fellépésének lehetőségét talán legjobban Rodenberg észlelete bizonyítja, amelyben apa és anyja epilepsziás és anyai ágon schizophrénia terheltség mutatkozott; a genuin epilepsziás beteg viszont két hónapon át katonai elmebajban szenvedett, mely a kódós állapotól biztosan elkülöníthető volt.

Ezen áttekintésből a bevezetőleg hangsúlyozott nehézségek minden további nélkül kintűnek. Az újabb idevágó esetek megítélésében számolnunk kell mindenekelőtt azzal, hogy a kényszerű terheltség kimutatása az öröklési viszonyok tanulmányozásával csupán az esetek kisebb hányadában sikerülhet; eltekintve a szabványos bántalmak, különösen a hasadási elmebaj összetett és így nehezen követhető öröklési menetétől, a családtagok csak ritkán lehetnek abban a helyzetben, hogy a betegnek anyai, mint anyai ágáról elmeorvosi szempontból kifogástalan felvilágosításokat adjanak. Nem lehet döntő jelentőségű az esetek előfordulásában az elmebaj heveny lezajlása után visszamaradó defekt-állapot jellege sem, mert még a lezajlott hasadási elmebaj esetében is elképzelhető, hogy a schizophrén defekt-állapot az egyidejűleg fennálló epilepsia késői kihatásai bizonyos fokig átszínezik. Mindezek szerint — miután mai elmeorvosi rendszerünkben a tüneti elemzésnek jut a főszerep — a jelenleg érvényesülő elmeorvosi szempontok szerint epilepsia és hasadási elmebaj társulásáról azokban a kétségtelenül igen ritka esetekben beszélhetünk (Glaus 8000 schizophrén eset közül csupán 8 ízben állapított meg egyidejűleg epilepsziát), melyekben a genuin epilepsziás rohamok későbbiek és amelyekben az elmebaj nem epilepsziás kódós állapotnak, vagy atypikus epilepsziás elmebajnak, hanem tünetileg teljesen hasadási elmebajnak felel meg.

A következő 1. esetünkben a fenti feltételek jórészt jelen vannak, míg 2. esetünkben az elmebaj tünetei közt epilepsziás sajátosságok is mutatkoztak, úgy, hogy ez utóbbi megfigyelésünkben nem a genuin epilepsia és a hasadási elmebaj együttes fellépése, hanem inkább az epilepsia talaján kifejlődött és szokatlan tüneti képpel járó zavartság fennállása tűnik valószínűbbnek.

1. eset. J. J. 29 éves nő első ízben 1941. I. 7-én vőtetett fel. Családi kórelőzmény érdektelen; csecsemőkorában „eclampsia”. — 13 éves kora óta eszméletvesztéses göresrohamok jelentkeznek, melyek nyelvharapással bevezetéssel járnak; eleinte havonta 20—30 roham, ez a szám prominal szedésére 10—15-re esökkent és 1940 decembere óta (prominal és antisacer együtt) csupán 1 roham volt. — 1940 ősze óta nyugtalan és arról panaszkodik, hogy a szomszédok meg akarják mérgezni, ételébe tesznek valamit, az emberek csúnyán néznek rá, apólónője hypnotisálni akarja. Átmeneti tünetmentesség után néhány napja nemiszerveiben fájdalmat érez, a szomszédok róla beszélnek, környezetének férfitagjairól úgy érzi, hogy azok házastársai volnának.

Jelen állapot. Jól fejlett és táplált; belszervi és ideggyógyászati eltérések nincsenek; vér- és liquor-lelet rendes, encephalographia normális. Elmondja hogy vőlegénye „különös dolgokat” csinált: azt mondta neki, hogy ő tudja, hogy egy lánynak mikor kell eltörni a két lábát; ezzel olyan dolgokra célzott, amikről ő nem is tudott. Vőlegénye őt mindig „nagyon erősen” nézi és ezt a nézést erősen akkor érzi, ha az a háta mögött van. — Álmában közöszült vőlegényével és kínos érzésre ébredt, amit csak úgy bírt megszüntetni, hogy „zongorázott” a hasán; ekkor viszont hallotta, amint a szomszédban mondták: „milyen raffinált, hogy zongorázik rajta”. — Képzettársításának mondatfűzése fellazult, előadása kényszeredett; később kóros szervezeteit leplezni igyekszik, mert haza szeretne menni. Gyakran tanácstalanul álldogál, bizonytalan és rövid kérdéseket tesz fel. — I. 23-án utasítással távozik.

2. felvétel 1941. I. 28-án. Otthon ingerlékeny és nyugtalan volt, az előző éjjel két rosszulléte volt. — Előadja, hogy az egyik szomszédja, egy orvos felesége hypnotisálta őt, az anyját és a húgát, sőt még a klinika portását is meghypnotisálta, nehogy őt beengedje; ez az asszony hypnosissal meg akarja bénítani; a szülei szívét. A hypnosis hatása alatt egy férfi — amint ez a falon keresztül hallotta — kijelentette, hogy feleségül kéri őt. Az apja szívét csak azért nem bírta a hypnosis megállítani, mert ő állandóan simogatta apja homlokát és így megakadályozza a gyilkosságot.

Előadása teljesen szertefolyó: „a szuggerálóképességét veszítették el mind Pethesék, szálljon az át a rókuskórházi orvosra, aki majd feljelenti őket... Akarom, hogy ne hallják a Joliék, most halált és tüdőbajt akarnak rám... Ne hasson magára a szuggerálás, csak a rókuskórházbeli orvos szeresse meg, hogy pusztuljon a Pethes család... Én az Elemér utcából vissza fogom hozni a józanságomat, magára táruházzam a szuggerálóképességemet, de ne írjon, mert azt a Joli akarja...” — II. 19-én az ételben mérget érez, nem eszik, az ételt kiköpi, tüdőbajban szenved, mert „érzi torokában a rekedtséget”. Ugy érzi, hogy a szíve alig ver; naphosszat hangosan fecseg. — IV. 29-én kb. 15 percig tartó epilepsziás roham jobbra adversív tonusos szakkal, általános görcsös. V. 10-én egymásután két jellegzetes epilepsziás roham hasonló lefolyással. — Később tetracor-göreskezelés után rendezettebb, azonban tisztultabb időszakában is jellemzően idegen-szerű benyomást tesz, arckifejezése és mozgásai merevek; magatartása gátolt, félnék és kiegyensúlyozatlan. — A VII. hó folyamán két újabb epilepsziás roham, alatta bevizel; később a rohamok még szaporodnak, a lelki kép rendezettebb. VII. 27-én hazamegy.

3. felvétel 1943. 3-án. 4 hónapja ismét nyugtalan: az az érzése hogy a mellette ülő férfi vagy nő szerelmes belé. Képzettársítása erősen fellazult. VIII. 9-én távozik.

4. felvétel 1943. VIII. 14-én; elektroshock-kezelés, utána modoros és zárkózott magatartás, de kapcsolatba lép. Időnként érzi, hogy villanyozzák és szuggerálják (ezt zavartabb állapotban „szigurálásnak”, „szegurálásnak” nevezte); gyakran az az előérzete, hogy hozzátartozóit baj éri. Előadásában gyakran véletlen képzettársítások szerepelnek, sokszor egy szót megragad és énekelve válaszol rá. — X. 20-án nagyon nyugtalan, kiabál; üldözik, hypnotisálják. — XI. 20-án lényegében változatlan, képzettársítása teljesen szétesett, időnként hirtelen nyugtalan, támadó. — XII. 9-én is bizzarr, teljesen összefüggéstelen előadásával tűnik ki. — XII. 27-én rendezett, hozzátartozóival beszélget, távollévők után érdeklődik, kártyázik, sétálni jár. 1944. I. 2-án hazamegy.

2. eset. A 34 éves nőbeteg 1943. VII. 10-én vétetett fel. A családi kórelőzmény érdektelen. Kb. hat éve göresrohamai vannak, dobálja magát, nyelvtét megharapta, bevizelt, a roham alatt megütötte magát. A rohamok leginkább a havi vérzés időpontjában jelentkeznek. Olykor beszél és nevet a rohamok alatt.

Jelen állapot: Belsővi és ideggyógyászati eltérés nincs, a liquor és az encephalogramm normalis. Szellemi állapot. Előadása tapadó, körülményes, szertefolyó, érdeklődése családjára terjed, környezetével szemben közömbös. Környezetének megjegyzéseit magára vonatkoztatja, ha használati tárgyait elveszti, környezetét lopással vádolja, sokat civakodik. A VIII. hónap alatt a zavartság sokkal kifejezettebb; változóan igénybevehető, térre és időre tájékozatlan. Az ablakon túl hozzátartozói hangját hallja és kéri, hogy segítsenek rajta, mert meg akarják gyilkolni, a gyógyszerekkel megmérgezik. Időnként ruháit kéri, mert elmegy és mikor kívánsága nem teljesül, ápolónőit a legtrágárabb hangnemből szidja, köpköd. X. 1-én hangosan siránkozik, kérdésekre felelni kezd, de már a második mondatban elveszti a kérdéssel a kapcsolatot. Önszemélyre tájékozott, helyre és időre tájékozatlan: Zircen van, az évszámot nem tudja. Előadása teljesen összefüggéstelen: »Nem Zircen vagyunk... aludtam... azután hozott fel a Julesa, meg akar mérgezni... azt hitte, én akarok örökölni... Zircen vagyunk... be akarnak csapni... csúfoltak engem... mit kell annyit gyászolni az édesapám...« Elaltatják, mert azt hitték, hogy örökölni akar, a ruháit ellopják; az altató kúpot azért helyezik belé, hogy gyerek fejlődjön belőle, az orvos be akarja csapni. X. 6-án anyja és nagynénje hangját hallja, követeli, hogy engedjék be őket hozzá. X. 22-én lényegesen rendezettebb; ágyában fekszik naphosszat, környezetével és régebbi élményeivel szemben teljesen közömbös, hangulata szintelen, magatartása tétova. X. 27-én hazamegy.

1. esetünkben a valódi epilepsiás rohamok fennállását már a kórelőzmény is igazolta, miután megállapítható volt, hogy ezek a göresrohamok eszmélet elvesztéssel, bevizeléssel és a nyelv megharapásával jártak. A klinikai tartózkodások alatt a rohamok ismételen észleltettek és a valódi epilepsiás jelleg mellett még a lefolyás módja is rögzíthető volt. Miután a kórelőzmény a kora gyermekkorral kapcsolatos tüneti epilepsiára támpontot nem szolgáltatott és a klinikai részletes ideggyógyászati, liquor- és encephalographiás vizsgálatok az agyvelőben fokozott göreskészséget megokoló eltéréseket nem mutattak ki, igen valószínűnek

tarthatjuk, hogy genuin epilepsiával állunk szemben. Megegyezik ezzel a rohamok megjelenésének időpontja is, amely a 13. életévre esett.

Ezen észleletünkben az epilepsiás körkép a 26-ik életév körül rendkívül tünetgazdag elmezavarral bővült, melynek felépítő vonásai csak a hasadásos elmebajjal azonosíthatók. A beteg képzettársításában feltűnt a nagyfokú szétesettség; különleges élményei számára új szavakat alkotott és éppúgy jellegzetes schizophrén sajátosságként értelmezhetjük a gondolkodásban mutatkozó ősi és primitív, szinte a természeti népek varázslásos elgondolásaival megegyező elképzeléseket is, melyek értelmében a beteg idegen akaratnak a külvilágba való kivetítését és kártékony hatásait lehetségesnek tartotta. A képzettársítás tartalmi kórságai között a lazaszövésű és nem rendszerezett üldöztetéses és befolyásoltatásos téveszmék említendők, melyek egyrésze talán tévelyhangulatból eredt, másik része viszont a kóros szervérzések tömege nyomán alakult ki. A beteg tömeges kóros szervérzései szintén jellegzetes schizophrén vonásoknak minősíthetők éppúgy, mint az igen gyakran észlelt bizarrságok és modorosságok, melyek a tanácstalan és félszeg magatartással együtt különösen a nyugodt időszakokban tűntek fel. Számbavéve még azt, hogy az epilepsiás ködös és kivételes állapotokra jellemző tudatzavarral és epileptoid indulatkitörésekkel sohasem találkoztunk, kétségtelennek tarthatjuk, hogy 1. betegünk hasadásos elmebajban szenvedett és így ezen megfigyelésünkben a hasadásos elmebaj és a genuin epilepsia valószínűleg találkozott.

A schizopreniának és a genuin epilepsiának együttes megjelenése az 1. esetben még valószínűbbnek tűnik, ha a 2. megfigyelés viszonyait vesszük tekintetbe. Ez utóbbi esetben szintén valószínű a genuin epilepsia fennállása, miután a rohamoknak a hozzátartozók által adott leírása félreismerhetetlen jelekre hivatkozik. A 2. esetben észlelt zavartsági állapot azonban az előző megfigyelés schizophrén folyamatától sok tekintetben eltér: itt elsősorban kiemelendő a hónapokon át tartó tér- és időbeli tájékozatlanság, amely enyhefokú és ingadozó tudatborulatra utal és mint az epilepsiás különleges állapot egyik ismérve ismeretes. Szintúgy epileptoid jellegű árultak el a gyakran fellépő súlyos és féktelen indulatkitörések is, melyekben a beteg társadalmi állásával össze nem férő trágárságról és támadó készségről tett tanulást. Ezek miatt a 2. esetben észlelt zavarságot — bár ez hónapokon keresztül tartott és hanghallásokkal, továbbá törődékes téveszmékkel és a képzettársítás súlyos fellazulásával bővült — atypusos epilepsiás zavartságnak minősíthetjük, amelynek szerkezeti felépítése az 1. megfigyelés elmezavarának schizophrén jellegét még jobban kiemeli.

A pécsi szülő és nőbeteg klinikának közleménye.
(Igazgató: Scipiades Elemér egyet. ny. r. tanár.)

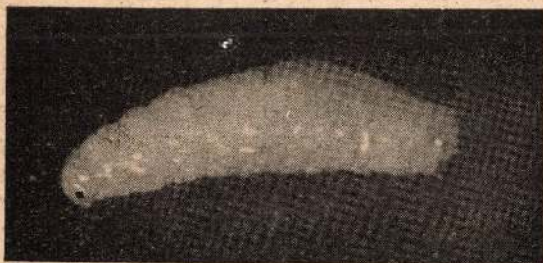
A szeméremtest myiasisáról.

Irta: Lajos László dr. egyet. m. tanár,
klinikai adjunctus.

Myiasis (nyüvesség) alatt a legyek lárváival történt fertőzést értjük. Lee angol orvos 70 évvel ezelőtt (1874) az első, majd 10 évvel később ugyancsak ő a második myiásis esetről számolt be. A megbetegedés nálunk csak kivételesen fordul elő (Melczér). Még ritkábbak azonban az olyan világirodalmi közlemények, melyek a nemiszervek légyálcák által okozott megbetegedéseivel foglalkoznak. Ennek oka pedig mindenek szerint abban keresendő, hogy a szeméremtest, illetőleg a nemiszervek a legyek számára nehezen hozzáférhetők. A külföldiek közül Prados, Greenway, Daniel és Marciano, Pieter, Aleixo, Correa, Da Costa közölték idevonatkozó tapasztalásaikat, míg a magyar irodalomban tudunkkal csak Kovács L. számolt be ilyen megbetegedésről. Úgyhogy az egész irodalom az általunk közlendő két esettel együtt, eddig csupán 10-et ismertet. Az elmondottak alapján határoztuk el tehát magunkat, hogy idevágó észleléseinkről beszámoljunk.

Első esetünkben 39 éves nőbetegről volt szó, aki 22 éve asszony és egy 12 éves gyermeke van. Úgy a szülés, mint a gyermekágy, normális lefolyású volt. Az első havibaját 15 éves korában kapta, amely azóta négyhétenként 3—4 napig tartó középerős vérzéssel göresök nélkül jelentkezett. Egy éve vette észre, hogy vérzése 4 hetenként jelentkezik ugyan, de már 7 napig tartott. Azóta erősebb folyásról panaszkodott. Utolsó vérzése 1943 június 22-én a várt időben mutatkozott és még a felvétel napján (VI. 27.) is tartott.

A beteg elmondotta, hogy 3 napja érez szeméremtestén kezdetben viszkető, majd a végbél felé is kisugárzó heves szűró fájdalmakat. Ezen idő óta úgy érzi, mintha a jelzett helyen »valami mozogna benne«. Az utolsó napon fájdalmai annyira fokozódtak, hogy klinikánkra kérte felvételét. A közepesen fejlett és táplált beteg nőgyógyászati vizsgálatánál kitűnt, hogy a gát a hüvelybemenetől lefelé kb. 2 cm. távolságra szétvált, környezete duzzadt, nyomásérzékeny és belőle véres, savós váladék ürül. A sebalapon pedig sárgás, a bőr felületére merőlegesen, szorosan egymás mellett elhelyezkedő, férgek foglaltak helyet úgy, mint a rekeszekbe egymás mellé elhelyezett tejes üvegek (1. ábra). Az egyiket csípővel megfogva kb. 1 cm



1. ábra.

hosszú, elülső testrészén elvékonyodott, hurka alakú, hengeres légylárvát emeltünk ki. A közep-tág hüvelyben a portio citrom magyságúra felfújt, karfiolszerűen buriánzó, málékony daganatot alkotott. A középnagy méhet anteflexio-versioban találtuk, a függelékek szabadok voltak, ellenben mindkét, de különösen a jobboldali parametrium beszűródött s az utóbbi a medencefallal is összekapaszkodott. Mindezek alapján kórisménk: ce-portionis cum infiltratione parametriorum l. u. inop. és myiasis vulvae volt.

Mindenek előtt a férgek elávolítására határoztuk magunkat. Ezeket csípővel megragadva egymás után még 13, a leírthoz hasonló lárvát emeltünk ki, néhol 2—3 cm mélységből. Majd a sebtérületet élesen feltárva tovább kutattunk, azonban újabb álcát már nem találtunk. A sebfelzárókat jóddal edzettük. Utána az operálhatatlan portio rák miatt a daganatot excohcáltuk, majd paquelinnel edzettük és kráterébe 100 mgm rádiumot helyeztünk el, melyet 24 óra után eltávolítottunk, úgyhogy a beteg első alkalommal 2400 mgm óra rádium besugárzásban részesült. Utána röntgen-kezeléshez láttunk és 12 besugárzással összesen 2400 r. sugármennyiséget adagoltunk. A lárvákat a légy fajtajának eldöntése céljából az Erzsébet Tudományegyetem kórbonctani intézetébe küldöttük, ahol ezek be is bábózódtak, azonban utána csakhamar elpusztultak. Így tehát törekvésünk célját nem érte el. A beteg a felvétel utáni 17-ik napon tisztán gyógyuló gátsebbel hagyta el az intézetet azzal, hogy hat hét elteltével újabb rádium- és röntgen-kezelésre jelentkeztek.

A második esetünk csaknem pontosan 1 évvel később került megfigyelésünk alá. A 32 éves, 14 év óta férjnél lévő nőbeteg 13 évvel ezelőtt élő éretti fiú magzatot szült minden beavatkozás nélkül, a gyermekágy láztalan lefolyású is volt. Első havibaját 14 éves korában kapta, amely azóta 4 hetenként jelentkezett, 6—7 napig tartott középerős vérzéssel, göresök nélkül. Utolsó havibaja 1944 június 27-én volt. A beteg elmondotta, hogy havibaja 3 napja tartott, mikor június 30-án gyomlálás közben egy légy megcsípte szeméremtestét. Két nappal később a megszárt terület megduzzadt, kivörösödött és igen fájdalmassá vált, ekkor a sebből kötőtűvel 3 lárvát távolított el. Állapota azonban erre sem javult, ezért 1944 július 4-én klinikánkra jelentkezett felvételre. A nőgyógyászati vizsgálatnál a féldiónyi nagyságú esikló duzzadt, nyomásérzékeny volt, rajta kb. lencsenyi nyílas foglalt helyet, melynek alapján a sebfelzáró merőlegesen elhelyezkedő lárva végét pillantottuk meg. Ezenkívül a betegnél régi mély gátrepedést, erőködéskor descendáló beljévelt hüvelyfalakat találtunk. A tág hüvelyben a portiot hátul tapintottuk, a középnagy méh mellől anteflexio-versioban, szabad környezetben foglalt helyet. Kórisménk tehát: ruptura perinei inveterata, decensus parietum vaginae, colpitis és myiasis clitoridis volt. A duzzadt esiklót hosszirányban feltártuk és a mélyből a jelzett és az előző esetben már leírtakhoz teljesen hasonló légylárvát távolítottunk el. Többet gondos keresésre sem találtunk. A sebalapot ultraseptyl porral hintettük be, majd a sebfelzárókat esomós cat-gut öltésekkel egyesítettük. A légyálcát nyers húson a kórbonctani intézetbe küldöttük, azonban rövidesen ez is elpusztult. A beteg

láztalan gyógyulás után vonalas reactiomentes műtéti területtel a 9. napon hagyta el az intézetet.

Láttuk tehát, hogy egyik esetünkben a hüvelybemenet alatt a gáton, a másikban pedig a csiklóban telepedtek meg a lárvák. Az irodalom adatai szerint az esetek túlnyomó többségében az álcák beágyazódása a nagyajakban történt (Greenway, Daniel és Marciano, Aleixo, Correa, Kovács). Csak egy-egy esetben észlelték a kisajak (Da Costa) és a hüvely (Pieter) megbetegedését. Mivel a legyek lárváival történt fertőzés nem egyszer a gyermekágy alatt (Correa, Da Costa), esetleg rákos folyamattal vagy éppen a havibajjal kapcsolatban jelentkezik, amint azt mindkét esetünkben tapasztaltuk is, úgy látszik a myiasis keletkezésében a bőséges folyásnak és a vérzésnek jelentősége van. Nevezetesen igen valószínű, hogy ezek következtében kerül a légy a szeméremtest közelébe.

A megbetegedés lappangási idejére vonatkozólag első betegünkről felvilágosítást nem nyerhettünk, a második azonban elmondotta, hogy a légycsípés után 2 nap múlva saját maga tível 3 álcát távolított el, míg újabb 2 nap elteltével klinikánkon még egy lárvát sikerült kiemelniünk. Második esetünkben tehát az incubatio, vagyis a légycsípés és a lárvák megjelenésének ideje közt eltelt idő két napra tehető. A myiasis lineurisnál a lappangási időszakot Crocker 5—8, van Harlingert 6—8 hétnek veszi, ezzel ellentétben Lapin 2—3, Lehner 4, Osborne 3, Melzer pedig 1 eset kapcsán 2 napnak találta. Az egymással jelentős ellentétben álló adatok magyarázatára Melzer hangsúlyozza, hogy a rövid lappangási időt egyrészt a csípés helyének bedörzsölése, másrészt pedig a pete számára szokatlan testhőmérséklet okozhatja. Valószínű azonban az is (Osborne), hogy a beoltás helyének nedvesen tartása, illetőleg kiszáritása által okozott izgató hatás a pete érését sietteti. Ezen magyarázat alapján mindkét esetünkben a bőséges folyásnak, illetőleg a vérzésnek (portio, cc. menstruatio) a lappangási időszak rövid tartományban ilyen irányú hatását valószínűnek kell tartanunk.

A myiasisok egyik csoportjában az elősködő álcák az élő szöveteken, a hámrétegben vagy a bőr alatt fejlődnek a bebábozódás időpontjáig (myiasis cutanea, subcutanea). Ezzel egyidőben a szövetelemeket elpusztítják, miközben heveny gyulladáshoz vezetnek. Előfordulhat, hogy a lárvák körülírt területen maradnak, ahol tályogszerű gennyes szétesést okozhatnak, ami aztán az álcákat is napfényre hozza (myiasis cutanea furunculosa). Máskor viszont a bőr alá jutott lárva naponta több centimétert is tova kúszhat, útját ilyenkor duzzadt fájdalmas csík jelzi, amely néha több méter hosszú, hurkászerű, zegzugos, tekervényes lefutású is lehet (myiasis linearis). Néha a csík mentén tályogok léphetnek fel (myiasis cum tumoribus ambulatoriis).

A myiasis felsorolt alakjait előidéző lárvák parasita életmódra vannak utalva. Vannak azonban olyan légyfajok is, melyek petéiket vagy lárváikat élettelen szerves, leginkább rothadó anyagokba, de ha lehetőség kínálkozik rá, élő emberi és állati, könnyen megközelíthető testüregbe (myiasis cavitaria), vagy fekélyekbe (myiasis vulnerum) rakják le. Ez főképpen elhanyagolt, tisztátalan, eszméletlen, esetleg ittas egyéneknél történhetik meg. Így keletkeznek azután naso-oto és ophthalmomyiasisok. A tünetek ilyenkor a dolog természetétől igen súlyosak lehetnek, mert a lárvák a szövetekben nagy pusztításokat okozhatnak. Tudni kell azonban, hogy az álcák kórokozó hatása nemesak mechanikus természetű, hanem kémiai jellege is van, mert testükből a szövetek elhalását és oldódását előidéző anyagokat választanak ki. Ezenkívül a roncsolások baktériumok betelepődése számára is kaput nyithatnak (Went).

A legyek egy harmadik félesége a külvilágban él és fejlődik s csak véletlenül a petéikkel, vagy álcákkal fertőzött ételekkel együtt jut el az emésztőrendszerbe. A peték és lárvák rendszerint itt tönkremennek, de néha napokig élve maradnak s a gyomor- és bélrendszer részéről súlyos tünetek okozói lehetnek (myiasis intestinalis). A kórisme természetesen csak akkor dönthető el minden kétséget kizárólag, ha az álcák a hányadékban vagy pedig az ürülékben kimutathatók lesznek. Távozásukkal egyidőben az aggasztó tünetek is megszűnnek és a beteg meggyógyul.

A budapesti Törv. Orvostani Intézet közleménye. (Igazgató: Orsós Ferenc egy. ny. r. tanár.)

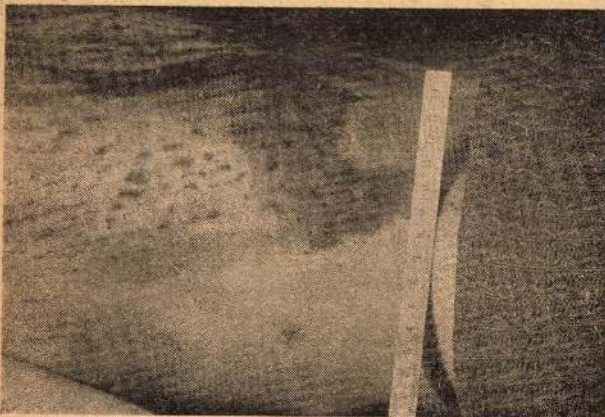
A ruházat hatása a bőrsérülések finomabb szerkezeti rajzára.

Irta: Kassai Antal dr. egyetemi adjunktus.

A ruházatnak a sérülés némely sajátosságát befolyásoló hatása jól ismert a törvényszéki orvosok előtt. A mindennapi életben különösen a sérülések súlyosságát és terjedelmét korlátozó szerepével találkozunk a leggyakrabban. Az égési és forrázási sérülések intenzitását, de főként localisatióját meghatározó befolyásával behatóan Orsós foglalkozott, s az ő vizsgálatai mutattak rá, hogy e hatásnak tekintetbe vételével a sérülés keletkezésének mechanizmusára nézve milyen messzemenő következtetéseket tudunk levonni. Ugyancsak a ruházatnak a sérülés terjedelmét és súlyosságát, valamint localisatióját befolyásoló hatására mutathattam rá én is egy súlyos benzindermatitis észlelésével kapcsolatban. Ezuttal a ruházatnak egy eddig figyelemre nem méltatott, közelebről pedig a sérülések finomabb szerke-

zeti rajzát befolyásoló hatására óhajtom felhívni a figyelmet.

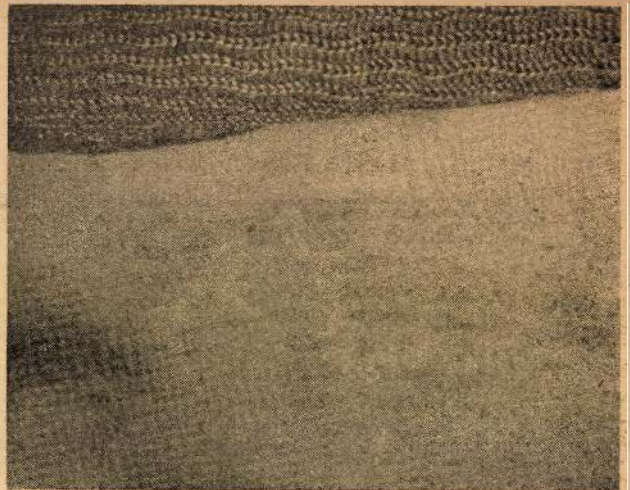
Az 1. ábra egy a vonat ütközői közé szorult férfi mellkasának sérüléseit szemlélteti. A bőrön hámhórszolások mellett nagy számmal észlelhetők egyenes és itt-ott hullámos vonalban, valamint ezek között finom haránt sávokban, egyenletesen sűrűn egymás mellett csoportosuló apró bőrvérzések sorai. Ezek lefutásának a balesetkor az elhunyt inge fölött hordott kötött szvetter mintájával való összehasonlításakor azonnal kiderül, hogy az apró vérzések elrendeződése a szvetter szövési mintájának hű rajzát adja: a sorokat alkotó vérzések a szvetter felszínéből kiemelkedő szövetcsíkok lefutását követik, míg a köztük elhelyezkedő finom haránt sávokban csoportosult vérzések elrendeződése a csíkok közt bemélyedő szvetter-sávok szövési rajzát mutatja. A bőr vérzéseinek elrendeződésében mutatkozó rajzolat tehát hűen visszaadja a szvetter kötésének mintá-



1. ábra.

ját. A vérzéseknek ezt a elrendeződését azzal magyarázhatjuk, hogy a nagy nyomás a bőrben vért létesített, s míg a szvetter szövetének szála a rájuk fekvő bőrrészekben megakadályozták a vért a felszínre lépését, addig a vér a fonalak rései közt, vagyis a kisebb nyomású helyeken a felszín felé is utat törhetett magának. A jelen esetben tehát a sérülések sajátos rajzának kialakulásában a szvetter az áttörő szita „passzirozó” szerepét játszotta.

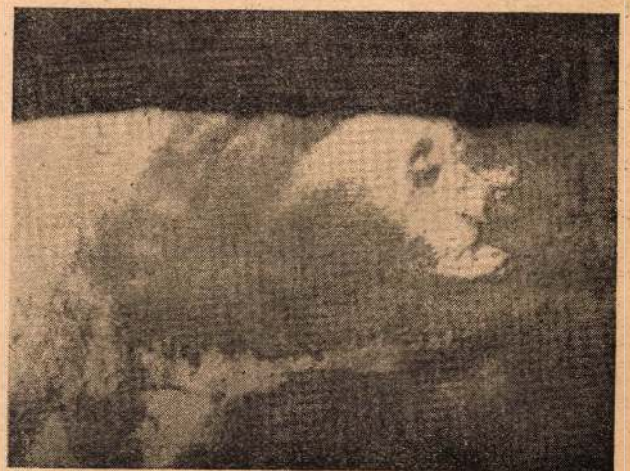
A 2. ábrán egy vonatgázolt férfi mellkasának bal oldalán szabályos közőkben elrendeződött, hullámos vonalak mentén helyet foglaló apró bőrvérzések sorait láthatjuk. A pontoszerű vérzések sokaságából alakult sorok lefutásának a balesetkor közvetlenül az ing fölött viselt s a sérülések mellé fotografált kötött szvetter mintájával tett összehasonlításakor itt is azonnal szembetűnik, hogy a vérzés-soroknak az elhelyeződése a szvetter kötés mintájának a hű mását mutatja. A vérzések létrejötte ez



2. ábra.

esetben is a bőrnek nagy nyomás alá kerülésével áll összefüggésben, a sajátos elrendeződése pedig, miként az előbbi esetben is, a ruházatnak, nevezetesen a vastag kötött szvetter szövetének a „passzirozó” hatásával magyarázható.

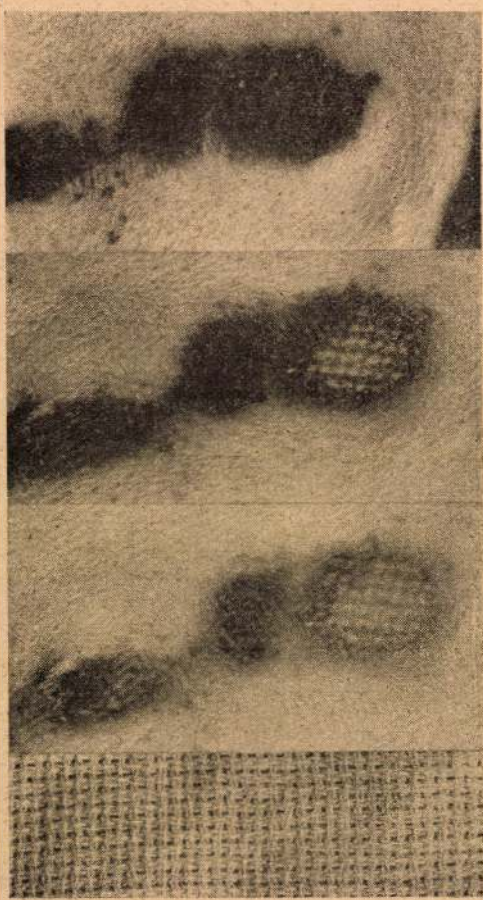
A 3. ábrán, vonatgázolt férfi hátán hámhórszolások szomszédságában barnásan beszáradt hámozódásos foltot láthatunk, melynek területében, különösen pedig a felső részében egymással párhuzamos, keskeny csíkok alkotta sajátos sávosság észlelhető. A csíkok váltakozva hámozódásos és aránylag épen maradt, egyforma szélességű bőrsávoknak felelnek meg. A hámozódásos folt eme csíkosságának a sérülés mellé lefényképezett szövetdarab mintájával való egybevetésekor itt is megállapítható, hogy a sérülés csíkosságát a szövetdarab szövésének hű rajzát adja. Ez esetben a hámozódásos csíkok a szvetter egymást egyenlő sorközökben követő kiemelkedő léceinek, a kevésbé sérült bőrsíkok pedig a lécek közti bemélyedések lenyo-



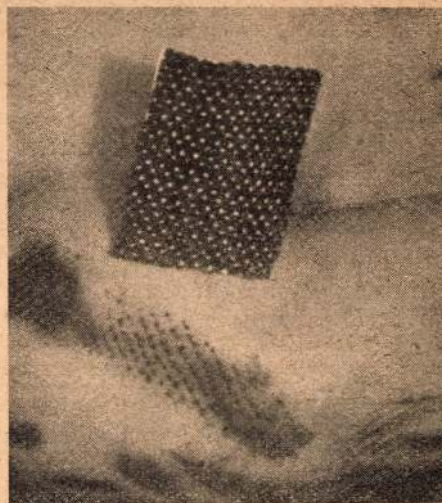
3. ábra.

matának felelnek meg. A szövetdarab a balesetkor közvetlenül a sérült inge fölött hordott kötött szvettől származik. A hámzúdásos folt eme zebraszerű csikozottsága tehát ez esetben is a ruházat, nevezetesen a szvett hatásával hozható összefüggésbe s közelebbről azal magyarázható, hogy a sérülés pillanatában a trauma nyomó hatása a szvett kiemelkedő szövetléceinek vonalában erősebben érvényesülvén, a lécekhez fekvő bőrrészleteken a hámot zúzta, míg a szövet lécei között bemélyedő barázdák vonalába eső bőrsávok viszont védettebb helyen húzódván meg, aránylag sérültebb állapotban maradtak meg.

A 4. ábrán ugyancsak közlekedési balesetet szenvedett egyén bőrének hámzúdásos foltjait láthatjuk. A hámzúdásos folt területében itt is sajátos rajzolatot figyelhetünk meg, mely az egyszerű szövésnél egymást váltakozva keresztező fonalak alkotta hálózat képét mutatja. A sérülésnek a melléje fényképezett szövetdarab szövési szerkezetével összehasonlításakor itt is azt láthatjuk, hogy a hámzúdásos folt finomabb szerkezeti rajza tökéletesen a vastagszálú és ritkaszövésű szövetdarab mintájának felel meg. Ez esetben a szövet mint ing a sérülés elszívódésekor a bőrrel érintkezett. A sérülés keletkezésének módja itt is egyezik az előbbivel.



4. ábra.



5. ábra.

A hámzúdásos foltoknak a ruházat nyomása kölcsönözte eme finomabb szerkezete azonban a sérülés sötétbarna beszáradása miatt nagyon sokszor nem tűnik szembe az első pillanatra s a legtöbbször rejtve is marad, vagy csak alig sejthető és elkerüli a figyelmet. A foltoknak hosszabb ideig vízzel való áztatása azonban nagyon sokszor meglepően elősegíti a ruházat-lenyomat előtünését. A 4. ábrán azonos hámzúdásos foltok rajzolatát szemlélhetjük, az első észleléskor alig sejthető voltától kezdve a hosszabb ideig tartó áztatás után a rajzolat tökéletes előtünéséig. A kép »a«-jelzésű sávján a sötétbarnán beszáradt hámzúdásos folt területében szerkezet jelenléte éppen csak hogy sejthető. A következő »b«-jelzésű sávon az áztatás folytán már kezd előtűnni a ruházat rajzolata, ami még hosszabb ideig tartó áztatással a maga teljességében láthatóvá válik a »c«-sávon. Meleg vízzel áztatás a szerkezet előtünésének idejét lényegesen megrövidítheti. A beszáradás megindulásával a hámzúdásos folt azonban újra fokozatosan elveszti finomabb rajzát, a kép változásának előbbi folyamata újra lejátszódik, de most már fordított sorrendben. A szerkezet áztatásra történő előtünésének és a beszáradással kapcsolatos eltünésének folyamata többször is megismételhető.

Az 5. ábrán villamosgázolt egyén bőrsérüléseit szemlélhetjük: meglehetősen szabályos eloszlásban a sakktábla fekete kockáinak elrendeződésében gombostűfejnyi-kendermagnyi sötét, barna-vörösön beszáradt hámhorzsolásos foltok csoportosulását látjuk. A foltok elrendeződésének a sérülés mellé fotografált ingdarab mintájával való egybevetésekor azonnal kitűnik, hogy ez a sajátos elrendeződés a jelen esetben is a ruházat szereplésére vezethető vissza. A baleset elszívódésekor csak a hálószerűen ritkaszövésű nyári ing fedte a felső testet. A hámhorzsolások sakktábla- vagy háló-

szemszerű elrendeződése tehát azzal magyarázható, hogy a horzsoló hatás a bőrt csak az ing hálószeleinek területében érte, míg a fonalak-tól fedett bőrrészeket sértetlenek maradtak. A hámhorzsolás képe ilyenformán az ing szövete negatív lenyomatának felel meg.

Az elmondottakból látható, hogy a ruházat többféle módon is befolyásolhatja a bőr sérüléseinek finomabb szerkezetét: ez a befolyás egyaránt megnyilvánulhat a bőr vézéseinek, hámhorzsolásainak és hámhúzóadásainak finomabb elrendeződésében és szerkezetében. A bőrsérüléseken a ruházat feltételezte finomabb szerkezeti rajz kialakulására főként nagyerejű tompa erőbehatás érvényesülésekor vastagabb anyagú és durvább, főként trikószövésű és a bőrrel közvetlenül érintkező vagy attól csak vékony fehérnemű által elválasztott ruházat szereplése esetén számíthatunk. A ruházat szerepének a felismerése a sérülés finomabb szerkezeti rajzában több szempontból is kriminalisztikai jelentőségű lehet. Döntő szerepe lehet pl. balesetet szenvedett halottak ruházata utólagos elcserélésének kiderítésében, valamint a baleset lefolyásának rekonstrukciójában is. Nem szabad azonban elfelednünk, hogy a bőrsérülések finomabb szerkezetét más egyéb behatás is, sokszor utólag is, befolyásolhatja, azért e lehetőséggel is számolnunk kell.

Annak felismerése, hogy a ruházat a bőrsérülések finomabb szerkezeti rajzában milyen nagy szerepet játszhatik, egy okkal több arra, hogy — különösen bonyolultabb esetek tisztázásakor — sohase mulasztuk el a ruházat megvizsgálását s ennek jogát a boncoló orvos igrkezzék magának fenn tartani.

A Charité Poliklinika orr-, gége- és fülosztályának közleménye. (Főorvos: Mészöly Ödön)

A külső hallójárat gennyes gyulladásainak újabb kezelése.

Irta: Mészöly Ödön dr.

Mint a fülészeti járóbetegrendelések statisztikáinak adataiból kitűnik, a fülbántalmak között jelentékeny számban fordulnak elő a külsőfül betegségei. Ezek sorában gyakoriság szempontjából eddig is első helyen állott a hallójárat furunculosisa és diffus gyulladása, de az idevonatkozó újabb kimutatásokból kétségtelenül megállapítható, hogy ezek a rendkívül fájdalmas betegségek a háborús idők alatt sokkal gyakrabban fordulnak elő. Ennek oka nyilvánvalóan a tisztasági viszonyok erős visszaesésében, valamint a táplálkozás és a vitamin-ellátás terén felmerülő nehézségekben keresendő. Annyi bizonyos, hogy minden általános gazdasági leromlás idején a gennyes bőrbántalmak száma szinte törvényszerű emelkedést mutat. Ha most a háborús erő kifejtés

szempontjából nézzük a kérdést, nem lesz kétséges, hogy minden rendelkezésre álló eszközt igénybe kell vennünk ezen bántalmak gyors leküzdésére; ugyanis kevés betegség ismeretes, ami a munkaképességet súlyosabban érintené, mint éppen a külsőfül nagy fájdalmakkal járó gennyes betegségei, ezek között is főként a hallójárat furunculusa.

Mint hogy a hallójárat gennyes gyulladásai az otologusokat mindenkor élénken foglalkoztatták, igen természetes, hogy e betegség terápiája eléggé kiterjedt. A legkülönbözőbb gyógyszerek, kezelési eljárások ismereteseke téren és talán éppen ez a tény bizonyítja legjobban, hogy mindeddig nem alakult ki ennek a bántalomnak egységes és valóban teljes értékű kezelési módszere.

Az otologia gyermekkoráig visszatekintve látjuk, hogy az instrumentális beavatkozások rendkívül fájdalmas volta miatt a gyógyító törekvések egyre inkább a konservatív therápia felé terelték a figyelmet. Bár az e céllal használt gyógyító anyagok száma meglehetősen nagy, megállapítható, hogy közülük kevés és az is csak bizonyos mértékben felelt meg az alkalmazásához fűzött várakozásnak. A hallójárat-furunculus konservatív keletkezésének feladatait ugyanis az alábbiakban foglalhatjuk össze:

1. A kezdődő furunculus kifejlődésének megakadályozása, illetőleg a bántalom visszafejlesztése;
2. a visszafejlődésre nem hajlamos furunculus gyors megérlelése, valamint a spontan kiürülés biztosítása;
3. a betegséggel együttjáró fájdalom csökkentése;
4. a betegség lefolyásának megrövidítése és végül 5. a kiújulás lehető megakadályozása.

Mint látjuk, igényeink a használni kívánt gyógyanyagokkal szemben egyáltalán nem szerények és ezzel nyer magyarázatot az a megállapítás, hogy mindezekig nem sikerült olyan szert vagy gyógyeljárást találnunk, ami a felsorolt követelményeknek tökéletesen megfelelné. Általában a hallójárat-furunculosok kezelése terén az a tapasztalat, hogy ez a betegség kellemetlen és fájdalmas volta mellett a makacs és hosszadalmas bántalmak közé tartozik, kiújulásra pedig igen hajlamos. Ennek oka abban keresendő, hogy a hallójárat szűk ürterében az állandó pára képződés folytán és a hallójárat ventilációjának elégtelen volta miatt bekövetkező hámfellazulás a baktériumok számára igen előnyös életfeltételeket teremt, a hallójárat állandó mozgása pedig a fertőzés tovaterjedését nagymértékben elősegíti. Mint a japán szerzők kutatásai bizonyítják, a hallójárat különlegesen kedvező, szinte „üvegházi“ milieu-jét főként egyes baktériumfajok használják ki a maguk céljaira. Így e kutatók egyike az ép hallójárat bőrén az esetek közel 86%-ában staphylococcus pyogenes albust és aureust, 10%-ában szénabacillust, valamint más saprophyta-baktériumot, néhány százalékban pedig streptococcus haemolyticust mutatott ki.

A hallójárat genyes gyulladásait más szerzők vizsgálatai szerint is főleg a staphylococcus okozza, legtöbbször még oly esetekben is, ahol egyidejűleg fennálló középfülgyulladás genyében egyéb baktérium (pneumococcus stb.) mutatható ki. Ilyenkor rendszerint a staphylococcus-társfertőzés indítja meg a hallójárat furunculusanak vagy diffúz gyulladásának folyamatát. Ez utóbbiak keletkezésében egyéb alaptalalom is szerepelhet (idült eczema, tbc., syphilis, stb.). Nem ritkán állandó mechanikai izgalom, pl. különféle tisztátlan eszközzel való rendszeres kaparás teremti meg az alapot a genyekeltők működéséhez. Nem szabad megfeledkeznünk bizonyos alkati megbetegedések szerepéről (diabetes stb.), továbbá gombás bőrbántalomról sem, melyek kedvező alapot jelenthetnek a staphylococcus megtelepedésére és szaporodására.

Az elmondottakból adódik az a következtetés, hogy a hallójárat ezen pyogen bántalmának kezelésére olyan anyagot kell alkalmaznunk, ami az említett mikroorganizmusok életműködését erőteljesen befolyásolja. E tekintetben régi tapasztalatok állanak rendelkezésünkre pl. bizonyos fémek vegyületeinek baktericid hatását illetőleg. A hallójárat furunculusanak terapiájában már régóta használatosak egyes fémvegyületek, így a zink, aluminium, ólom, higany, valamint az ezüst különféle vegyületei és pedig valóban jó eredménnyel. Nem tagadható pl. az ólom-acetat valamint az ezüstnitrat, az aluminium ecetsavas sójának gyógyító hatása a hallójárat genyes gyulladásainak kezelésében; mégis a velük elért eredmények áttekintése arról győz meg bennünket, hogy ezen anyagok alkalmazása mellett a gyógyulási idő meglehetősen hosszú, a bántalom pedig kiújulásra igen hajlamos. De egyben az is megállapítható, hogy ezen fémsók terapiás hatásfokára, illetve gyógyító értékére nézve bizonyos törvényszerűség áll fenn. Nevezetesen a gyógyító érték, azaz a baktériumokra gyakorolt hatás általában arányosan nő az illető fém atomsúlyával. Erről az atomsúly-táblázat áttekintése révén valóban meggyőződést szerezhethünk. Például amíg a 26.97 atomsúlyú aluminium ecetsavas sója igen enyhén hat a baktériumok életfolyamataira, addig a jóval nagyobb atomsúlyú ezüstnek (107.88), vagy a higanynak (200.61) sói lényegesen nagyobb baktericiditást mutatnak.

Ezen törvényszerűség felismerése vezette Jandl Lajost a gondolatra, hogy a nagyobb atomsúlyú higany bizonyos vegyületét a legnehezebb fémek egyikével, a 238.07 atomsúlyú urannal együttesen alkalmazza a genyes gyulladások gyógyítására. Ezirányban vezetett kísérletei meglepő eredményt hoztak, amennyiben az említett fémek felhasználásával készített és általa *Pyol*-nak nevezett gyógykenőcs a genyedéses bántalmak elleni küzdelemben igen hatásos fegyvernek bizonyult.

Rohrer L. az I. sz. sebészeti klinika járó-

beteg rendelésén ezernél több esetben alkalmazta e gyógyszert s mint erről írott beszámolója bizonyítja (Orvostud. Közlem. V. évf. 27.) igen kielégítő eredménnyel. Folliculitis, furunculus, abscessus, phlegmone, panaritium esetében, sőt a rendkívül nehezen befolyásolható hydradenitisek gyógyításában, mastitis, erysipeloid és sok más egyéb pyogen megbetegedésnél elért igen jó, nem egyszer meglepő eredmények bizonyítékai a gyógyszer kiváló alkalmazhatóságának. Rohrer nagy anyagon elért sikerei nyomán megkísérletem ezen gyógyszerrel az otologus egyik legnagyobb therapiái problémájának megoldását, a hallójáratban keletkező körülírt és diffúz genyedések gyógyítását.

A MABI I. sz. fülészeti rendelésén, a Charité poliklinika orr-, gége- és fülészeti osztályán, valamint a magánrendelőmben eddig összesen 130 betegnél alkalmazva a *Pyol*-t, az elért kedvező eredmények máris feljogosítanak annak megállapítására, hogy e kenőcs az eddig ilyen célból alkalmazott hasonló jellegű anyagok használhatóságát minden tekintetben messze felülmúlja.

A *Pyol* tulajdonképpen organikus kötésű nehézfémvegyület, pasta-szerű gyógykenőcs. Összetételét illetőleg uranylacetat és a hasonlóképpen szerves mercuri-oleostearat keveréke, melynek megfelelő consistenciáját mintegy ötödsúlyrésnyi neutralis kenőcs-alapanyag adja meg. Igen jól kenhető, a bőrhöz simán tapadó anyag, amely, miután a higany detoxinálva van a keverékben, a hámon alkalmazva a legkisebb izgalmat sem okozza.

A kezelés menetét a következőkben ismeretemen: Első feladat a hallójárat bőrének igen gondos megtisztítása vékony srófos szondára csavart és alkoholba mártott vatta-törő segítségével. Nagyon lényeges a dobhártya előtti hallójárat-szakasz alapos megtisztítása is, mert az ott visszamaradó cerumen, macerált hám, genny stb. fertőzött voltánál fogva recidivák kiindulását okozhatja. Ezen alkoholos tisztogatás néha jelentékeny fájdalommal jár, de a gyógyulás érdekében szükséges. Nagyon érzékeny betegnél helyette paraffin-olajos kitörést alkalmazhatunk. Oly esetben, amidőn a hallójáratban nagyobb mennyiségű geny gyűlt össze, ajánlatos annak valamely enyhe desiniciens-oldattal való előzetes kiöblítése. Az öblítés, illetőleg az alkoholos kitörés után óvatosan szárazra töröljük a hallójáratot, majd annak falát nemcsak a gyulladás helyén, hanem egész felületén *Pyol*-al vastagon bekentjük. Végül a hallójárat bemenetébe szemészeti üvegpálcákkal kb. borsónyi *Pyol*-t viszünk és azt bajonette-csipeszbe fogott keskeny steril gaze-csik 4—5 cm. hosszú darabjával a hallójárat mélyébe töljük. Ezzel kettős célt érünk el: egyrészt biztosítjuk a hallójárat bőséges kitöltését *Pyol*-al, másrészt a mélyen bevezetett gaze-csíkkal mintegy elszigeteljük egymástól a hallójárat szemben lévő falait, amiáltal a fer-

tőzés contagiosus terjedését akadályozhatjuk meg. Ajánlatos a gaze-csíkot egészen a dobhártyáig bevezetni, mert másképpen a rágómozgások következtében összezsomósodó gaze könnyen kieshet a hallójáratból. A *Pyol*-os csíkot általában másodnaponként ajánlatos váltani; oly esetben azonban, amidőn a furunculus beolvadása, illetve megnyílása bekövetkezett, a genny eltávolítása végett helyesebb a naponkénti tamponváltás. Tanácsos ezen alkalommal is a hallójárat kitörlése, sőt szükség esetén öblítése.

E kezelés mellett — bár nem tartom feltétlenül szükségesnek, — ajánlható a szokásos meleg vagy felmelegedő borogatás alkalmazása, hőlégsugárzás valamint ultrarövidhullám-kezelés.

A *Pyol*-kezeléssel szerzett tapasztalataimat összefoglalva, megállapíthatom a következőket: A *Pyol*-al kezelt diffus és körülírt hallójárat gyulladások lefolyása a szokottnál a legtöbb esetben lényegesen enyhébb volt. Már a kenőcs bevétele után néhány órával enyhült a hallójáratban érzett kínzó fájdalom és feszülési érzés. Jelentékenyen megrövidült a gyógyulás időszaka is, amennyiben az egyébként 6—15 nap alatt gyógyuló hallójáratbeli furunculok, illetve diffus gyulladások e kezeléssel meglepően rövid idő alatt, 2—7 napon belül, teljesen meggyógyíthatók voltak. Néhány betegnél, kivételesen erős virulentiájú bakteriumtörzs jelenléte esetén tartott el a gyógyulás egy-két nappal tovább, de ezeknél rendszeren kiderült az is, hogy fülükből a tampont utasítás ellenére, sajátkezüleg kiszedték, majd újból visszahelyezték, illetve tisztátlan vattával pótolták.

A gyógyulás módjában is érdekes változást jelent az új gyógykenőcs alkalmazása. Míg ugyanis az eddig használt, conservatív gyógyító anyagok legtöbb esetben a furunculok beolvadása útján vezettek gyógyulásához, addig a *Pyol*-al kezelt furunculok nagyrésze (mintegy 60%-a) felszívódás, illetőleg visszafejlődés alakjában gyógyult. Számos esetben láttam a tömör infiltratumot egy vagy két napon belül *Pyol* hatására felszívódni és reakciómentesen gyógyulni. Még olyan esetben is, ahol a már áttörés felé haladó tályog felszívódásra bírható nem volt, a beolvadás feltűnően gyorsan és aránylag enyhébb fájdalom mellett következett be, a tályog kiürülése és a lobos jelenségek csökkenése szinte órák alatt zajlott le. Az elhalt szövetrészek kilökődése, valamint a gyulladás ismert jeleinek visszafejlődése minden ilyen esetben említésre méltóan gyors volt. Jellemző, hogy az észlelt 130 esetben egyetlen incisiót sem kellett végezni. Az elmondottakon kívül értékesnek bizonyult a *Pyol* azon tulajdonsága, hogy az erre egyébként adottságainál fogva igen hajlamos hallójáratban a recidivák kialakulását jelentékenyen százalékra szorította le. Egyetlen esetben fordult csak elő, hogy az

első furunculus után még öt következett; e betegnél azonban a 195 mg %-os vércukorérték mindent megmagyarázott.

Az itt elmondottakon kívül meg kell említenem a diffus hallójáratgyulladásoknál elért hasonlóképpen igen jó eredményt. Még azokban az esetekben is, amelyekben a lob igen mélyreterjedő alakban jelentkezett, sőt a porchártyát is érintette, meglepő volt a *Pyol* hatása. A hallójárat falának vastagító beszűrdése rendszeren egy-két nap alatt visszafejlődött, a fájdalmak lényegesen csökkenése mellett. E helyen megemlítem, hogy a hallójárat eccemáinál a *Pyol*-kezelést nem tartom helyénvalónak; de igen jól bevált a kenőcs az eccemás alapbántalomhoz társult staphylococcus fertőzések, pyodermiák gyors leküzdésében. Természetesen ily esetekben a társfertőzés megszüntetése után az eccemás alapbántalom öki kezelésének kell következnie.

A *Pyol*-hatás elkülönítetten való tanulmányozása végett a kezelt betegek egy részénél egyéb chemotherapiái vagy radiológiai gyógymódot szigorúan kerültem; az említett diabetikusnál természetesen gondoskodás történt a megfelelő antidiabetikus kezeléssel.

A *Pyol* hatásmechanismusában az anti-toxikus és baktericid hatás mellett feltételezhető az antiphlogistikus hatás is. A higany ismert gyulladáscsökkentő hatása mellett az uran radioactív sajátága is érvényesül. A Hg ion előnyösen befolyásolja a szervezet antianyagképző működését, a sejtéletet, továbbá a szövetnedvek keringési és biológiai viszonyait, míg az uran hatása radioactív jellegű. Élénkült vérkeringés, a mirigyműködés és a phagocytá-tevékenység fokozódása, valamint a szövetnedvek hidrogenion-koncentrációjának és osmotikus viszonyainak előnyös megváltozása lényegesen elősegíti a gyógyhatás kifejlődését.

Az itt közölt therapiás eredmények ismeretében jogosultnak látszik az a feltevés, hogy a *Pyol* név alatt szereplő gyógykenőcs alkalmazása révén nagy lépésekkel közeledtünk az otológia egyik nehéz kérdésének megoldásához, a hallójárat gennyes gyulladásainak gyors és eredményes gyógyításához.

A budapesti Szent János kórház fülosztályának közleménye. (Főorvos: Rejtő Sándor egy. rk. tanár.)

Otitisből eredő meningitisek sulfamid gyógyulása.

Irta: Keresztesi István Tibor dr.

1943 év őszétől fél év alatt osztályunkon 4 heveny otitisből kiinduló meningitist észleltünk. Mind a 4 tisztán otogen eredetű eset meggyógyult. Diagnosizunk felállításakor szigorúan ragaszkodtunk Tondorf és Oser fel-fogásához, akik szerint a klasszikus klinikai

tünetek mellett szükséges a Pándy és Nonne Appelt reakciók háromkeresztes volta és végül a legalább 500 g sejtszám.

Bár manapság a gyógyult otogen meningitisek arányszáma 28%-ról 50%-ra emelkedett, mégis érdemesnek véltük eseteinkről beszámolni néhány érdekes részletük miatt, különös tekintettel a chemotherapiára.

I. 1943. IX. 28-án vettük fel a 48 éves G. Imre elesett lázas férfit 10 napos 2 oldali heveny otitise miatt. Baloldalt kifejezett mastoiditis. Tág felvétel. X. hó 9-én fokozódó csecnyűvány érzékenység, erős j. o. fül-fájás és 39° hőmérséklet alapján elvégezzük a jobboldali felvételt is. Műtét után subfebril marad, 16-án erős fejfájásról panaszkodik. Az esti ellenőrzéskor meningealis tünetet még nem észlelünk, de 17-én reggel már kifejezett a tarkómerevsége, hány, öntudata zavart. Fejfájását már jobboldalt jelzi. Gerincsapolás gennyes liquor ad. A reoperatióval a j. o.-i felvételt radikálissá egészítjük ki; a dobüreg és csecnyűványtetőt nagy területen eltávolítjuk, amikor is a tegmen tympani alatt extradurális abscessust találunk. Ultraseptyl lökés. A műtét után a zavaros liquor feltisztul s a 4. punctio után már csak 50 a sejtszám.

Mi okozott nehézséget ebben az esetben? Zavarólag hatott, hogy kétoldali folyamatról lévén szó, nem avatkozhattunk be vaktában, mert csak a reoperatio napján jelezte jobboldalt fájdamait. Így is sikerült a mucosus otitishez társuló meningitist az első 12 órában felismerni s az elsődleges gócnak, az extradurális abscessusnak eltávolításával leküzdeni, mely után a gyógyulás váratlan rövid idő — 4 nap — alatt következett be. A beteg 2 alkalommal kapott ultraseptyl lökést, 30 g-t belsőleg és izomba.

II. Rendkívüli hosszú és váratlan rosszabbodásokkal zavart lefolyása miatt ez az esetünk különösen érdekes.

1943 XI. 10-én ambulantiánkon j. o.-i acut otitis miatt paracentáltunk egy 10 éves fiút. Otthon 4 napon át deseptylt szedett. (9 g.) XI. 16-án 39° láz, csecnyűványérzékenység, 16.000 fvs. szám. Felvétel 17-én: hidegrázás, fejfájás, hányás, 39° hőmérsék. Gerincfolyadék gennyes. Második műtétben radikálissá egészítjük ki a tág felvételt. A petrosus szöglet mélyén kb. mogyorónyi, a hátsó ívjárat alá is beteretődő gennyes üreget feltárjuk. Ultraseptyl lökés. (3×10 cm³ i. m. + 3×1 tabl. bels. 4 napon át.) Műtét után láztalan. XII. 1—30-ig 7 alkalommal elvégzett gerincsapolás ellenére is azt tapasztaljuk, hogy bár a klinikai tünetek visszafejlődtek, a sejtszám és fehérjetartalom erősen fokozott maradt (sejtszám 200—1700, fehérje 1—1.35%-ig, Pándy—Nonne—Appelt reakciók +++). Közben 2 alkalommal 4 napon át ultraseptyl lökés. 1944. I. 1—II. 17-ig lázta-

lan, erősödik, II. 19-én a gyógyult radikális üreg mellett kifejezett meningitis mutatkozik. 39° lázzal, 2300 sejtszámú gennyes liquorral, Ultraseptyl lökés. 2 nap múlva a liquor feltisztul, sejtszám 25. Fehérjetartalom azonban erősen fokozott maradt. (1.26%) Heti 2—3 ger.-csapolás mellett III. 6-án ismét 40° láz, súlyos meningitises tünetekkel. Liquor 5600 sejtszámú. Transfusio, sulfapyridin lökés. B. és C-vitamin. Már előzőleg II. 5-e óta erős láb felé kisugárzó derékfájdalmakról panaszkodott. Járása esoszogó. Az ismételt csapolásokat csak chloraethyl bódulatban végezzük az igen erős opisthotonus miatt. Az idegyógyász (Kluge) a gerincoszlop behajlításának kerülését a punctiós sebzés oligophob következményének tartja. Tekintve, hogy több alkalommal sikertelenül próbálkoztunk a gerincoszlop-csapolással, cysteria punctio elvégzése és idegyógyászati kezelés végett áthelyeztük az idegosztályra. Osztályunkon betegsége alatt 9 alkalommal kapott összesen 90 g deseptylt + ultraseptylt és sulfapyridint, ami 10 éves gyermekre jelentős mennyiség. A beteget pár hét múlva javult állapotban láttuk viszont ambulantiánkon.

III. A strept. haemol. fertőzés a meningitis mellett még agytályogot is okozott a 15 éves fiúnál.

1944 I. 15-én mastoiditis miatt felvétel. Másnap tág felvétel. Utókezeléskor sebérenyhén sarjadzik, hallása nem javul. II. 28-án lázas lesz s a zygomaticus rész megduzzad. Reoperatio alkalmával a hallócsontocskákat sarjak között találjuk; ezért radikális műtétet végzünk a középső agygödör széles feltárással. A tegmen tympani alatt extradurális tályogot találunk. Ultraseptyl lökés. Reoperatio után láztalan. III. 10-én éjjel hányt, 11-én reggelre lázas, öntudatlan, meningealis tünetek. Gerincsapolás gennyes liquor ad. II. reoperatiókor a középső agygödör duráját elődomborodottnak találjuk. Punctióra gennyet kapunk. Kereszt alakú, kb. 2.4 cm hosszú metszés a durán. Igen bőséges gennyűrülés. Bakt. vizsgálat: strept. haemol. Az agytályog üregét tamponáljuk. Ultraseptyl lökés. Két nap múlva a beteg visszanyeri eszméletét. Hosszú reconvalescentia után VI. 3-án kibocsátjuk.

A strept. haemol által okozott igen rossz indulatú fertőzés tehát a jobb temporalis lebenyben hatalmas tályogot okozott következményes agyhártyagyulladásal. Az első reoperatióval megtalált extradurális abscessus mellett még a temporalis lebenyben is volt tályog, aminek a II. reoperatio alkalmával való feltárással kiküzdöttünk minden gócot s sikerült a reménytelen állapotban lévő beteget megmenteni. A beteg 3 alkalommal kapott ultraseptyl lökést. Első alkalommal a beteg eszméletlensége miatt 4 napon át napi négy-

szer 10 cm³ i. m. + rectálisan 4×1 kúpot. Összesen 64 g-ot.

IV. A negyedik esetben 2 ultraseptyl lökéssel és a primaer góc kiiktatásával pár nap alatt teljes gyógyulást értünk el.

1944. IV. 15. vettük fel K. István 6 éves fiút 3 hetes 2 oldali heveny középfülgyulladás miatt, de semmi sürgős okot nem találtunk az azonnali beavatkozásra. Másnap, 16-án azonban hőmérséklete felugrott 39°-ra, kistokú tarkómerevség és gennyes liquor miatt 2 oldali felvését végzünk s mindkét oldalon a duráig gennyes sarjakat találunk. Ultraseptyl lökés. (4 napon át 3×5 cm³ i. m. + 2×1 kúp.) 4 nap múlva a sejtszám már csak 50. Pándy és Nonne Appelt +. IV. 26-án ismét lázas lesz, az eddig viztízta liquor egészen zavaros 3000 sejtszámmal. A megismételt ultraseptyl lökésre 4 nap alatt a meningealis tünetek visszafejlődnek. V. 23-án gyógyultan, teljes hallással távozik.

Otogen meningitis esetén első és legfontosabb feladatunk a fertőző góc lehetőleg alapos kitakarítása. Ha a meningitis tünetei csak a felvés után állottak be, akkor, hogy a dobüreg fertőzött tartalmát is kitakarítsuk, radikális fülműtétet végzünk a középső agygödör dűrájának tág feltárásával. Korai meningitisben, amikor csak a dobüregből eredhet a fertőzés, Rejtő ajánlatára mindjárt a radikális műtétet végezzük el. Kétoldali 3 hetes folyamat esetén természetesen először a tág felvéléssel is megelégszünk. (4. eset.)

Chemoterapiás gyógymódunk a ma általános nagy dosisok lökésszerű adagolásából áll (belsőleg, + i. m. és rect.). Egyes szerzők a készítmények változtatását ajánlják a megszokás elkerülése végett, azért mi is a nálunk leginkább használatos ultraseptylt és sulfapyridint váltakozva használtuk. Myelitis és összenövés elkerülése végett intralumbálisan nem alkalmaztunk sulfamidot. Az Unterberger által dicsért külföldi készítményű Tibatint beszerzési nehézsége miatt nem tudtuk kipróbálni.

Ha a gócot műtéttel kiiktattuk, akkor a

chemoterapiás kezelés mellett a sejtszám is gyorsan csökkent a liquorban. Az egészen zavaros genny és liquor már a következő punctio alkalmával csak minimális opalescentiát mutatott. Ilyen hirtelen csökkenését a gyulladás jelének a sulfamid előtt nem ismertük. Régebben is előfordultak esetek, mikor a klinikai tünetek teljes megszűnése után a liquorban még pár hétig nagyobb sejtszámot és kissé fokozott fehérjetartalmat találtunk, a súlyos esetek azonban nagyrészt pár nap alatt halállal végződtek. Most pedig a chemoterapia alkalmazása óta észleltünk esetet (II. eset), melyben a meningitis összes klasszikus tünetei több mint 4 hónapig fennállottak. A liquor eleinte csökkenő tendenciát mutató sejtszám és fehérjetartalma ismét több alkalommal egészen a gennyes határig vagy a fölé emelkedett, annak ellenére, hogy az eredeti gócot kiiktattuk s a beteg füle tökéletesen meggyógyult. A betegségnek hullámzásszerű lefolyása, hogy javulás és rosszabbodás a chemoterapiától függően így váltakozzon, ezelőtt ismeretlen volt. Valószínűleg a pian és az arachnoideán összenövések keletkeztek, s így valamely rékesz képezhette később már a másodlagos fertőző gócot.

Osztályunkon a liquort már hosszabb ideje részletekben bocsátjuk le s 5 cm³ részleteket vizsgálva, nagy különbségeket találunk a sejtszámban és a fehérjetartalomban. Ülő helyzetben végzett punctióra az első portiókban — egy-két egészen kicsiny eltéréstől eltekintve — mindig nagyobb sejtszám és fehérjemennyiség van, mint az utolsókban. Észlelésünk eltelésben áll Y. Meurmann tapasztalataival, aki az első részletekben kevesebb sejtet és fehérjét talált. Ő úgy gondolja, hogy az első részletek csak gerincfolyadék, ezzel szemben pl. már a 4. vagy még későbbi portiók az agykamrából, a fertőző góc közeléből származnak. Az ilyen leletet prognosztikai szempontból igen rossznak tartja. A többi részletben felfogott liquor vizsgálatát akkor tartom fontosnak, amikor a normálshoz közel álló értékek szerepelnek.

Hydrocodin

Hametum kenőcs

(Hamamelis kenőcs „Schwabe“)

Aranyeres bántalmaknál és a végbél viszketegségénél
megbízható készítmény

Igen jól bevált sebkenőcs



DR. WILLMAR
Schwabe

LEIPZIG

Magyarországi vezérképviselőt:

Kálmán Lehel gyógyszervegyészeti vállalat · Budapest 62

ÚJ KÉSZÍTMÉNY!

Vegyileg meghatározott **sebhormon** készítmény
a **sebgranuláció előidézésére** ott is, ahol
az önként már nem következik be.

VULNORMON unq.

*Nehezen gyógyuló, fekélyes, elhanyagolt sebek, felmaródások,
lábfeltörések, kipállások, műtétek utáni sebek kezelésére.*

Gyártja és forgalomba hozza:

30 gr. tégely = P 3.23 + -.45 felár.
100 gr. tégely = P 6.88 + 1.29 felár.

REX Gyógyszervegyészeti Gyár és Gyógyárúkereskedelmi R.-T.
BUDAPEST-DEBRECEN

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET

Rovatvezető: *Benes Lajos és Rhorer László.*

Fertőzött ízületi lövések kezelése. *Hellner.*
Archiv f. Klin. Chir. 204. 4.

Az ízületi lövések kezelésénél legfontosabb a korai felismerés, a gondos szakszerű elsődleges ellátás és a nyugalom biztosítása. Konzervatív kezelés főleg egyszerű átlövés, apró bentrekedt szilánk esetén vihető keresztül. Friss lövés esetében gondos sebrevisio után még 48 óra múlva is tokzárást végez. A Rtg. felvétel készítése elengedhetetlen. Ha az ízület szakszerű ellátás ellenére is elgennyedt, vagy már fertőzött állapotban kerül a sebész kezébe, legfontosabb a tökéletes feltárás és szádlás mellett az abszolút nyugalom megteremtése. Ez minden ízületnél más és másképpen történik. Térdizületnél teljes nyugalmat csak a medencegipszkötés biztosít. Ha a folyamat a hátsó recessusokra is kiterjed, sokszor csak a Löwen-féle condylus levéséssel tudjuk a csontkolást elkerülni. Csípőizületnél viszont elég gyakran fordul elő, hogy az ízületi lövést csak későn fedezik fel. (B. 26.)

Pongrácz Ferenc dr.

Bizonyos csonttörések szögelési kezelésének eredményei. *W. Heim.* (Dtsch. Med. Wschr. 35/36—37/38.) Az utóbbi évek töréskezelésében a szögelés új korszakot jelent, s bár a szerző ezen aktív eljárás híve, a szögélést nem általános, hanem csak egyik functionális módszernek ajánlja. Tárgyát baleseti, háborús és szociális oldaláról is megvilágítja, a pontos klinikai észlelések közlése közben. Több mint 100 combnyakszögelés tapasztalatából állítja, hogy csaknem minden combnyaktörés alkalmas e műtetre (Petterson—Johanssen), magas

életkorban is. Eredményeit a működés szerint három csoportba osztja s ezek lényegében megfelelnek a törvégek szilárd csontos, részben csontos és rossz kötőszövetes összeköttetésének. Ezt egybeveti Pauwels beosztásával, hangsúlyozza a korai medicomechanikus kezelést és táblázatban mutatja be neves szerzők műtéti eredményeit. A hosszú csöves csontok »belső sinezését« ill. »velőszögelését« (Küntscher) szerző 23 esetben végezte. Feltétlen ellenjavaltnak csak a jól reponálható, az összetett és a fertőzött töréseket tartja. A percutan és a »nyitott« szögelés ismeretése után összefoglalja a velőszögelés előnyeit, veszélyeit és hátrányait. Végül megállapítja, hogy az operatív töréskezelés ismerete ugyanolyan fontos, mint a conservatív, hiszen a sebész a beteghez individualisan alkalmazkodva, mindig tudományos képzettségének és technikai tudásának a keretein belül cselekszik. (R. 31.)

Somogyi Barnabás dr.

A bentrekedt szívlövések kezelésének kérdéséhez. *Schneider.* (D. med. Wschr. 1944. 37/38.) Közvetlenül szívben rekedt lövedék után halálos szív-tamponád veszélye fenyeget. Ez rögtöni műtétet indikál, amelynél megkísérlendő a bentrekedt lövedék eltávolítása, bár nem ez jelenti az elsőrendű műtéti feladatot. Szívurokgyulladás formájában állandóan fennáll a fertőzés lehetősége és veszélye. Bentrekedt szívlövésnél ezt a két veszélyt kell azonnal felismerni és orvosolni. Egyénileg és esetenként kell mérlegelni azt, hogy a tartózkodó, vagy műtéti kezelés-e a helyes.

Begyógyult lövedékek nem távolítandók el, ha panaszt nem okoznak és akkor is le kell a beavatkozásról mondani, ha a műtéti út az életet veszélyeztet. Ellenkező esetben operálni kell, mert a gyógyításra jó kilátásaink nyílnak. (R. 34.)

Rhorer László dr.

Pervitin

1-phenyl-2-methylaminopropan-hydrochlorid

Centrális analeptikum tartós hatással a vérkeringésre

Hypotoniák és következményes állapotok: szédülésre és ájulásra való hajlam. Műtét után és fertőző betegségek folyamán előforduló kimerültségi állapotok. Ébresztőszer- és légzési analeptikum narkózisban és mérgezéseknél.

TEMLER · WERKE · BERLIN · JOHANNISTHAL

Magyarországi képviselő: KISS ÁRPÁD, Budapest VII., Izabella-tér 5. Telefon: 424-277

Ersérülések és aneurysmák korai műtéti indiciója. Killian. Archiv. f. Klin. Chir. 204.2/3.

Nagyobb értörzs lekötése után jelentkező elhalás a lefektetett irodalmi adatok alapján igen gyakran eltérést mutat, ha különböző szerzők eredményeit hasonlítjuk össze. Ennek magyarázata abban keresendő, hogy friss érsérülés és aneurysma műtéte kapcsán, ha az érlekötés el nem kerülhet az elhalás sokkal nagyobb százalékban fordul elő, mint későbbi lekötés után, amikor már a collateralis erek kifejlődhetnek.

A szerző 83 friss érsérülés és aneurysma közül 72 esetben végzett azonnali érvarratot és korai műtétet. Ebből 20 esetben leginkább fertőzés veszélye miatt az érlekötésére került sor, 52 esetben pedig érvarratot alkalmazott. Az 52 érvarratból később 5 esetben a fertőzés miatt az éret le kellett kötni. Ezek közül 2 általános fertőzésben elpusztult, a többi mind gyógyultán távozott. Jó eredménnyel alkalmazta érpfőtás céljából a vena transplantatit is. (B. 25.) Pongrácz Ferenc dr.

A pruritus kezelése alkoholfecskendezésekkel. König. (D. med. Wschr. 1944. 35/36.) A végbélnyílás kínzó viszketegsége a vulváig, a szeméremcsontig kiterjedhet. Okaként aranyeret, végbél-sipolyt, ekzemat, bélférges, rühességet említnek, a szerző tapasztalatai szerint azonban ezek makacs esetekben mind kizárhatók. Az igazi pruritus a 25. éven túl lép fel. Jellemző makacssága, amelyvel minden kezeléssel dacol. Oka ismeretlen. Gyakran asthmával együtt lép fel, ez talán allergiás eredetű. Szerző a P-t subcután alkoholfecskendezésekkel gyógyítja igen jó eredménnyel. Chloroethyl bódtásban a végbélnyílás körül egymástól 1-2 cm távolságban több beszűrési pontból a bőr alá vékony tűvel 0,1-0,2 cm³ 96%-os steril alkoholt fecskendez. Egy ülésben a P. kiterjedése szerint 10-20, vagy több injekciót ad. A fecskendezéseket 2-8 napos időközökben addig ismétli, amíg a panaszok teljesen megszűnnek. (R. 35) Rhorer László dr.

Háborús aneurysmáknak Röntgennel történt feltűntetése. Schröder. Archiv. f. Klin. Chir. 204. 4.

Ritkább esetekben az aneurysma falában mészerakódás következtében a sima Rtg. felvétel is feltűnteti az értágulatot. Ma azonban már az értágulat kimutatására minden esetben sugárfogó a yagot fecskendezünk be a megfelelő értörzsbe. A fecskendezés az ér feltárása mellett, vagy percutan módon történik.

A szerző 13 Rtg.-nél kimutatott háborús aneurysmáról számol be. Ebből 8 arterio-venosus és

4 ál aneurysma volt. Egy esetben a kettő kombinációja állott fenn. Az arteriographiához Thorotrast mellett 50%-os Per-Abrodilt használ. Az érvarratot kontroll arteriographiával ellenőrizteti és 3 esetben a varrás helyén thrombus talált. Sugárfogó anyagnak direkt az aneurysma zsákba való befecskendezésénél ajánlatos a tágultt felett és alatt a végtagot leszorítani, hogy a contrastanyag gyors távozását megakadályozzuk. (B. 24.)

Pongrácz Ferenc dr.

BÖRGYÓGYASZAT

Rovatvezető: Szép Jenő.

Adatok a bőrtuberculosis és a szervezet viszonyához. Brandenburg J. (Archiv. f. Dermat. u. Syph., 1944. 222. o.) A szerző ismertett egy esetet, ahol tüdőtuberculosisban szenvedő betegén a kéz hátán bőrén superinfeció jött létre idegen kózzal fertőzés kapcsán. A bőrön a fertőzés helyén néhány hónap múlva lupus vulgaris fejlődött ki. A bőrtuberculosis kifejlődésében tehát a helyi fertőzésnek kétségtelenül fontos szerepet kell tulajdonítani. Az esettel kapcsolatban a szerző vizsgálat tárgyává teszi a tüdőtuberculosis és a bőrtuberculosis közti összefüggést. Megállapítja, hogy a bőrtuberculosis fellépése kedvezően befolyásolja a tüdőfolyamatot. A bőrtuberculosisnál észlelhető gyakori negatív komplementkötési reactio arra mutat, hogy az egész szervezet kevésbé van érintve a bőrtuberculosis esetében. Nagyobb jelentőséget tulajdonít az idegen kórokozók szervezetbe való jutásának, amint azt a közölt esetben is észlelte. A tuberculosis elleni védekezésben a bőrnek fontos szerepe van, azonban nem az egyedüli. A bőrtuberculosis nem lehet általános tuberculosisnak felfogni. A tüdőtuberculosis gyakoriságára vonatkozó vizsgálataok értékelésében óvatosságra int. (Sz. 25.)

Czmór Ella dr.

LAXOPTIN Ideális, enyhe hatású hashajtó. Éveken át jó eredménnyel szedhető

Laikus propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra

„NAGY KRISTÓF” gyógyszerház, IV., Váci-utca 1

ULTRASEPTYL-CHINOIN

2-(p-aminobenzolsulfamido)-4-methylthiazol

Különféle fertőzések nagyhatékonyságú és jól tűrhető chemotherapeuticuma

Tabletta 0.5 g; Ampulla 5 kcm; 2 kcm és 25 kcm; kúp 0.5 g pulvis

GRANULOCITOGEN SPECIFICUM

AGRANULOCYTOSISBAN

»CERTA« GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R. T. BUDAPEST

KÖNYVISMERTETÉS

Aldott vagy te az asszonyok között. Irta dr. Szénásy József. Athenaeum. — Ára 20 P. Az anya- és csecsemővédelem lelkes munkása könyvet írt az anyák számára okulásul, hogy miként szolgálják a legbölcsőbb és legnemesebb fajvédelmet, mit Isten és a természet órájuk bízott: terheségük kihordását, újszülöttjük gondozását és annak is maguknak megőrzését a szaporodás nagyfontosságú munkájában. — Emlékezővel kezdi nagy Semmelweisünkről, aztán végigvezet fajtánk és az anyaság védelmében, a szülés és gyermekégy ezer veszélyein és bölcs törvényein s befejezi az újszülött józan gondozásával. Minden sorából egyszerűen és lelkesedéssel sugárzik, tanításból hozzáértés és bölcsesség. A 276 oldalas könyv az intelligencia számára íródott, de mindenki által érthető jó magyar nyelven; kitűnő kiegészítője az Orsz. Egészségvédelmi Szövetség által kiadott népszerű és bőven illusztrált röpfüzetnek, melynek most jelent meg a második kiadása. Szénásy kártyásunk megelégedéssel tekinthet e munkájára, mellyel az anya- és csecsemővédelemnek oly értékes szolgálatot tett. — A könyv kiállításra kifogástalan.

Vámossy

Herzschallregistrirung. Irta: Prof. A. Weber. (Th. Steinkopf 1944.) 176 old.

A szerző felsorolja a különböző módszerekkel készült szívhangkép felvételeket. Ismerteti a szívhang keletkezésének felvételeit, az élettanilag ékelt szívhangot, az extrasystolikor hallható szívhangot és zörejt. Párhuzamot von a szívhang, az ekg., a vénapulsus és szívcsúcslökések képe között. Részletesen tárgyalja a szívzörejt, a számfeletti hang keletkezését és jelentőségét. Megismerjük a szerzett, s veleszületett billentyűhibák szívhangrajzát. Hosszú fejezetben mutatja be a szívhangképet kórbonctani lelettel alátámasztva. 78 esetét, több mint 100 oldalon ismerteti klinikai alaposággal, kórelőzménnyel, fizikai vizsgálattal és a fizikai vizsgáló módszeres eredménnyel kiegészítve. Minden esethez bő szívhangképelemzést közöl ekg.-eredménnyel együtt. 90, illetve 151 ábrán

Tisztelettel felkérjük az orvos urakat, szíveskedjenek új címüket közölni, hogy az 1945 évre szóló zsebkönyvünket és asztali mappánkat megküldhessük.

Richter Gedeon vegyészeti gyár r.-t.,
Budapest, X., Cserkesz-utca 63. szám.

keresztül megtanít a szívhangkép ismeretére. Régen nélkülözött könyv megjelenését örömmel üdvözlünk nemcsak a szívvel foglalkozó szakorvos, hanem a gyakorló orvos is, s amelyet külön díszesre írt meg azért is, mert mindig a klinikummal együtt tárgyalja a szívhangkép ismertetését.

Dr. Markovits Ferenc gróf.

VEGYES HIREK

Az Orvosi Hetilap jövő évi előfizetési díját, tekintettel a papír- és nyomdai árak emelkedésére és bevételünk lényeges csökkenésére, kénytelenek vagyunk évi 44 pengőről 60 pengőre (félévi 30, negyedévi 15 pengőre) emelni. Az »Orvostudományi Közlemények«-et pedig bizonytalan időre beszüntetjük, beleolvastván azt Hetilapunk megnövelt terjedelmébe.

Az Orvostudományi Szövetség által kiadott népszerű és bőven illusztrált röpfüzetnek, melynek most jelent meg a második kiadása. Szénásy kártyásunk megelégedéssel tekinthet e munkájára, mellyel az anya- és csecsemővédelemnek oly értékes szolgálatot tett. — A könyv kiállításra kifogástalan.

Az Orvostudományi Szövetség által kiadott népszerű és bőven illusztrált röpfüzetnek, melynek most jelent meg a második kiadása. Szénásy kártyásunk megelégedéssel tekinthet e munkájára, mellyel az anya- és csecsemővédelemnek oly értékes szolgálatot tett. — A könyv kiállításra kifogástalan.

A csecsemő helyes táplálása és gondozása című népszerű, ügyesen és tanulságosan illusztrált füzetének II. kiadása jelent meg az Orsz. Egészségvédelmi Szövetség kiadásában. A kitűnő munkát Bielik Tibor és Wallner Károly írták és szerkesztették.

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTAN

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

Orvos Urak figyelmébe!

Felkérjük a mélyen tisztelt Orvos Urakat, hogy gyárunk igazgatóságával a legsürgősebben közölni szíveskedjenek új címüket abban az esetben, ha az bármely oknál fogva megváltozott volna. Az 1945. évre szóló orvosi zsebnaptárunkat óhajtjuk elküldeni.

CHINOIN—UJPEST

Tonopar sol.

kellemes ízű máj-, vitamin- és réz tartalmú
antianaemicum, tonicum, roborans

STRÁUB SÁNDOR
Diachemia
Budapest, VI., Teréz-körút 27.



KÖNYVTÁR
Sz. V. T., Budapest, X., 22-25

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkesztik: BINDER LÁSZLÓ és VEREBÉLY TIBOR egy. magántandrok

Kártalanítandó foglalkozási betegségek.

3. Lépfene.

A lépfene az OTI-ra vonatkozó jogszabályok szerint kártalanítandó foglalkozási betegség. A betegség vagy elhullott állatról, vagy állati termékről terjed át az emberre. Kórokozója az anthraxbacillus, csaknem a legrégebben megismert kórokozó (Pollender 1849). Tulajdonképpen megismerése azonban Koch Róbert-hez fűződik, aki táptalajon kitenyészttette és a kultúrával állatokon fertőzést hozott létre. Az anthraxbacillus, illetőleg a belőle képződött spóra közismerten a legellenállóbb kórokozó. A talajba jutva, sok évig virulens marad, régi dögtemető környékén, pl. 10—20—24 év múlva is észleltek állatokon fertőzést.

Az állatok lépfeneje szeptikus természetű fertőző betegség. Régebben rendkívül elterjedt volt, Európában azonban az állategészségügyi intézkedések gyakoriságát csökkentették. A tengerentúli országokban ma is igen elterjedt. Magyarországon 1932-ben mintegy 3000 állatmegbetegedést ismer a hivatalos adatszolgáltatás. Az állatok (főképp szarvasmarhák, lovak, birkák, sertések) fertőződése a táplálék útján történik, csak ritkán a bőrön át (vérszívó rovarok).

Az emberi lépfene esetében a fertőzés kápuja leggyakrabban a bőr, ritkábban a tüdő és csak egész kivételesen a bélesatorna.

A bőrön az apró sérülésekbe behatolt lépfene-bacillus kétféle típusú klinikai képet hoz létre: lépfenecarbunculus, lépfenés oedema. Az előbbi a gyakoribb, pokolvar (*pustu'a maligna*) néven is ismeretes. Megjelenési helye az esetek 70—90%-ában a fedetlen bőrfelület, kéz, alkar, nyak, arc. Két-három nap lappangási idő után kis piros csomó keletkezik, mely további egy-két nap múltán lencse-babnagyságú savót vagy véres savót tartalmazó hólyaggá, pustulává alakul. A hólyag felpattanása után tartalma beszárad, mely alatt sötétbarnásvörös, fekete színű pörk keletkezik, innét az anthrax vagy a francia charbon név. Ennek a fekete pörknek a szélén, amely alatt necrotikus szövet van, pustulákból álló koszorú keletkezik, a környező szövet pedig hatalmasan megduzzad, kemény lesz, de alig fájdalmas. A pörk szélén keletkezett pustulák beszáradva ugyanilyen fekete pörkké alakulnak, majd a folyamat szélén újabb pustulák keletkeznek, így a fekete, elhalt pörkös terület gyermektényérnyire is megnőhet. Jellemző az egészet körülvevő, élénkpiros, kiemelkedő szegély. Ez a kép a lépfenecarbunculus. Leginkább egyesével keletkezik.

A környéki mirigyek mindig megnagyobbodnak, feljük a carbunculustól legtöbbször gyuladt nyirokutak vezetnek. A helyi jelenséget csaknem kivétel nélkül láz kíséri, mely a harmadik-negyedik napon 38° C-ra és még feljebb is szokott felmenni. Körülbelül egy hétig tart, néha remittáló, máskor continua. Az első hét végén azután a láz csökkenésével egyidejűleg a kemény beszűrődés kezd alábbhagyni, a pörkös, elhalt szövettömeg gennyedés útján demarkálódik és lelekedik, granuláló sebfelületet hagyván hátra, majd pedig az elhalt terület nagysága szerint hosszabb-rövidebb idő után heggel gyógyul. Amikor azonban a lefolyás nem így szerencés, a kórokozó bejutván a vérpályába, általános fertőzést hoz létre, a láz nem csökken, hanem megmarad 39—40° C körül. Ilyenkor émelygés, véres hányás, gyakran véres hasmenés jelentkezik, a carbunculus is tovább terjed, a beszűrődött terület gangraenássá válik, szétesik, majd a vérnyomás és hőmérséklet csökkenése közben elvész az öntudat és beáll a halál.

A bőranthrax másik, sokkal ritkább formája a lépfene oedema. Ilyenkor a fertőzés helyén elmosódott szélű, tésztatapintatú vizenyős duzzadás keletkezik anélkül, hogy megtalálhatók a fertőzés pontos helyét. Néhány nap múlva az oedemás területen savó-véres hólyagok keletkeznek, melyek felpattanva fekete pörkös, elhalt területté alakulnak; a további lefolyás megegyezik a carbunculusról fentebb megadottal. Az oedemás alak azonban súlyosabb lefolyású, annyival is inkább, mert az arcon, nyakon néha mélyre terjedvén és gyorsan növekedvén, fulladásos halálhoz is vezethet.

A mikroszkopos vizsgálattal a folyamat valódi természetét percek alatt felderíti. A pustulából a bacillus az első 6 nap alatt könnyen kimutatható, később már tenyésztést vagy állatkísérletet kell alkalmazni. Az oedemás alakban a mikroszkopos vizsgálati mód csak a pustulák megjelenésekor vehető igénybe, a korábbi időszakban az az oedemás szövetből kiszivott váladékkal kísérhető meg. A 40.700/1930. N. M. M. sz. rendelet előírja bőr- és tüdő-anthrax esetén a vizsgálati anyag beküldését az Országos Közegészségügyi Intézethez, illetőleg fiókjaihoz.

A tüdőanthrax szálló porral belégzett anthrax, spórák útján jön létre. Régebben gyakori volt. Gyapjú válogatása, lószőr kikészítése, bőrök szárítása nyújtott a fertőzésre alkalmat. Az irodalom ezt a képet *rongyszedők betegsége* (Haderkrankheit, woolsorters disease) néven ismeri. A korszerű iparegészségügyi in-

tézkedések e körképet ritkává tették. A betegség bronchitis, bonchopneumonia alakjában kezdődik, majd magas láz kíséretében egyes tüdőrészek, vagy egy-egy lebeny beszűrődése észlelhető, melyet a felső légutak igen kifejezett gyulladása kísér. Jellemző az erős légszomj. A savós-véres köpetben a lépfene-bacillusok megtalálhatók. Két-három nap alatt csaknem mindig halálhoz vezet.

Az emberi elsődleges *bélanthrax* szzeptikus jellegű betegség, hasmenéssel, véres székkel; két-három nap alatt halálra vezet. Ez a fertőzési mód igen ritka, beteg állat húsának, tejének fogyasztása adhat erre alkalmat. Ilyenkor rendszerint egyszerre többen betegszenek meg. Érdekes, hogy a cigányok az elhullott állatot néha kiássák, húsát elfogyasztják anélkül, hogy fertőződnének.

A lépfene három alakja egymással szövődhet, mert a szzeptikus alaknál nyirokutakon, vérpályán áttételek jönnek létre. Így tüdő-anthrax esetén a szájból és száj körül oedemát vagy carbunculust észlelhetünk, vagy az elsődleges bőranthraxhoz tüdő, esetleg bélanthrax társul. Máskor az agyba-agyhártyába való áttétel a halál oka. A betegségnek még jóindulatú lefolyását is jellemzi a nagy főfájás, erős levertség, kifejezett lépduzzanat.

A lépfene beteg, elhullott állatról, továbbá állati nyersanyagok ipari feldolgozása kapcsán kerül az emberre. Az előbbi lehetőség a mezőgazdaságbelieket, az utóbbi az ipari munkások közül főképp a bőr-szörföldolgozó, enyvgyári munkásokat, az üzemek kocsisait, rakodó munkásait veszélyezteti. Az anthrax-spóra rendkívüli ellenálló képessége miatt a feldolgozott áru is hozhat létre fertőzést (Japán eredetű borzborotvapamac, báránybórsüveg angol katonán, lovon lószerszám, cipész kezén a cipőbőr, stb.).

A lépfene fertőzése magán viseli az ország jellegzetes iparának bélyegét. Angliában a betegek 63%-a gyapjúgyári munkás volt. Németországban a bőripari munkások vezetnek. Nálunk az OTI 1928—1935. évekről pontosan feldolgozott 35 esetéből 21 bőrgyári munkás, kocsis, timár, 3 szörme- és kefégyári munkás volt. Nálunk azonban a lépfene nem elsősorban ipari betegség, hanem inkább mezőgazdasági; az 1932-ben bejelentett 163 eset közül 98 mezőgazdasági munkás, őstermelő és ezek családtagja volt, illetőleg 163 beteg közül csak 15 volt a bőr- és szörmeiparban foglalkoztatott.

Somogyi Zsigmond dr.

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

Mit tekinthetünk »góc«-nak a mandulán és fogakon kívül?

Elméletileg minden szervben lehet »góc« (focus), amelyben a kórokozók hosszabb ideig megőrzik életképességüket és onnan időnként bejuthatnak a véráramba. Gyakorlatilag mégis bizonyos szervekben a góccok feltűnő számban fordulnak elő, így a mandulákban és a fogakban, (együtt kb. 60—70%-át teszik az összes gócfertőzés eseteknek), másutt viszont vagy csak ritkán, vagy egyáltalában nem észlelhetők. Nem felesleges tehát azzal a kérdéssel foglalkozni, hogy mit tekinthetünk gócnak, illetve melyik szervben található a mandulák és fogakon kívül focust? Ajánlatos foglalkozni e kérdéssel azért is, mert a gyakorló orvosok nem mindig kutatják az összes számbajövő szerveket, csak többnyire a mandulákat és a fogakat, így elmulasztják az igazán eredményes oki kezelést, a góc kiküszöbölését.

Elsősorban figyelmet érdemelnek a fejen székelő góccok, ezek között is az *orr- és homlok-melléküregben* lévők. Java életkorban szoktak előfordulni, 18—45 év között, a szokásos csekély tünetekkel. Láz ritka, legfeljebb csak subfebrilis. A fájdalom tompa, máskor szaggató jellegű, analgetikummal nehezen szüntethető. Néha viszont oly csekély a fájdalom, hogy csak tompa nyomást okoz. Nem ritka a gyakori és makacs nátha, amelyre a hajlamot nyilván a lappangó gyulladás tartja fenn. A Highmore sinusban székelő góc gyakorisága 10—18, a sinus frontálisban lévő 6—12%-ra tehető.

A *középfülben* lappangó góccok ugyancsak többnyire láztalan állapottal és általában csekély tünetekkel kapcsolatosak, amelyek között előtérben szokott állani a mérsékelt szédüléssel járó fejfájás. Már kisgyermekkorban is előfordulhat. Az összes góccok 4—8%-a középfül eredetű.

Ha a gócfertőzést tágabb értelemben fogalmazzuk és a baktérium toxinok távolhatását neuralgiák, neuritisek, arthritisek alakjában szintén focalis eredetűnek számítjuk, akkor a *hörgrágulatok* és az idült kiterjedt hörghurutok elsősorban pedig a *hörngennyedések* következményes elváltozásait is a gócfertőzések közé lehet sorolni.

A *máj- és epeutak*, főleg pedig az *epehólyag* idült gyulladásai szintén okozhatnak focalis infectiót. Bár még nem tudjuk, hogy ezek elsődleges góccok, vagy a véráram útján keletkezett másodlagos focusok, illetve kiválasztásos megbetegedések (chronikus streptomycosysok) gyakorlati fontosságuk a gócmegbetegedések nagy csoportjában vitán felül áll. Kb. 5—8% a gyakorisága.

Hasonló, sőt talán még nagyobb a jelentősége a *vesemedencelobnak*, az *idült vakbélgyulladásnak*, a *chron. prostatitisnek* és *parametritisnek*. A java felnőttkorban találkozunk

velük leginkább, számarányuk legalább 10—16%-ra becsülhető. Kimutatásuk ismételt alapos vizsgálatot igényel.

A *colitisek* szerepe erősen vitás. A *panaritiumok* is csak rendkívül kivételesen idézhetnek elő chronikus baktériumvándorlást. A *bőrfelület* eczemáinak szerepe még vitás, viszont a furunculusok és kiterjedt folliculitisek sohasem hagyhatók számításán kívül.

A régi letokolt tramuás fertőzések, különösen a szúrt és lőtt sebek mély csatornái évtizedek után is hirtelen sepsisszerű fellobbanást okozhatnak, amikor szinte tiszta tenyészetben találni e helyeken a streptococcusokat.

Idősült thrombophlebitisek gócképző szerepét is figyelni kell.

A már említett *másodlagos gócok* elég gyakoriak. Ezek tulajdonképpen az elsődleges gócból származnak metastasiszerűen, amikor a másodlagos focusból ismét éppúgy egész sereg szerv betegedhet meg, mint az elsődlegesből. Ide sorolhatók az *endocardium*, az *izületek és általában a savós hártályak*, azonkívül valószínűen az *epehólyag*, *vesemedence* és a *csontvelő* megbetegedései.

Ahhoz, hogy valamely szervben góc képződjék, elsősorban ennek a szervnek kell alkalmasnak lenni a kórokozó behatolására, azután felszaporodására, végül pedig innen a vérárambajutására. A különböző kórokozóknak különböző az életfeltételük, így valószínű, hogy az egyes szervek más és más arányban alkalmasak a különböző baktériumokkal gócot alkotni. Függ ez az arány még a szervezet pillanatnyi állapotától, az állandóan hullámzó allergiás és immun helyzetétől, a nemtől, kortól, fajtól stb. Pontosabb százalék felállítása teljességgel lehetetlen.

A gócfertőzés a kórfejlődéséről e helyen elég annyit mondani, hogy kétféle típust ismerünk. a) Elsőnek lényege a csökkent virulentiájú kórokozó időszakos bejutása a véráramba, majd letelepedése és új elváltozás kéletkezése az arra hajlamos szervekben. Tulajdonképpen tehát bakterium metastasisal állunk szembe, amikor is a szóródás, illetve áttét következményként új bakteriumtelepek, új gócok, úgynevezett másodlagos focusnak léphetnek fel, amelyekből ismét más szervek betegedhetnek meg. b) A második, ritkább alaknál valószínűen csak a bakterium távolhatása játszik szerepet úgy, hogy annak exo-, illetve endotoxinja szívódik fel akár a véráram, akár a nyirokerek útján, sőt az idegpályákon át is. Ide tartoznak elsősorban a neuralgiával és neuritissal járó esetek, azonkívül egyes arthritisek, arthrosisek és myalgia, ahol különösen kifejezettek az allergiás jelenségek.

Gyakorlati tennivaló fentiek alapján a következő. Nem szabad megelégedni a gócfertőzés gyanuja esetében a mandulák és fogak

vizsgálatával, még akkor sem, ha ezek pozitív eredményt adtak (multiplex góc nem ritka). Az összes felsorolt szerveket mind az elsődleges, mind a másodlagos góc szempontjából tüzetes vizsgálat tárgyává kell tenni többször ismételve. A focalis infectio ismert sajátossága az, hogy a következményes elváltozások, a góccéltételek uralkodó tünete mögött a góc a háttérben húzódik meg, tehát kimutatása nem könnyű. Ezért keresni, kutatni kell kitartással. Ajánlatos főleg a góccéltételek ismételt exacerbatió idején (láz, helyi fájdalmak, gyulladás, allergiás reakciók, stb.) a focus után kutatni, ugyanis ilyenkor sikerül biztosabb elváltozást találni a góccra gyanus szervben. Nevezhetnők célzott vizsgálatoknak is ezeket, amelyeken kívül célszerű lenne a tuberkulózisnál bevált szűrővizsgálatok bevezetése is. Továbbképző tanfolyamokon meg kellene találni a módszert a góckutatás ismereteinek elsajátítására, hogy azt az iskolaorvosok, intézetek és közületek orvosai évenként rendszeresen és kellő alapos-sággal elvégezzék. Az a rengeteg szív, vese, izület, szem, stb. elváltozás, ami a gócfertőzés következményeként a népesség széles rétegének egészségét és munkaképességét a java életkorban aláássa, a megelőző egészségügy részéről fokozott figyelmet kíván. A tuberkulózis után a gócfertőzés fenyegeti a legszélesebb népréteget, ezért méltán lehet a *népbetegségek* közé sorolni, melynek gyógyítása fontos szociális érdek, annál is inkább, mert az idejében felismert góc eltávolításával maradéktalan gyógyulást lehet elérni.

Nádor-Nikitits István dr.
kórházi főorvos.

Az epehólyag alaki és működésbeli eltéréseinek jelentősége.

Az epehólyag megbetegedéseinek jellegzetes röntgentünetei vannak. A vizsgálat részben az ú. n. üres epehólyagtáji felvétellel, részben cholecystographiával történik. Cholecystographiával megállapíthatjuk az epehólyag kontrasztanyaggal telődését vagy nem telődését, a telődött epehólyag ép vagy kóros voltát. Az epehólyag alakja ép viszonyok között az alkat szerint változik; pyknikus emberekben füge- vagy tojásdad alakú, astheniás emberek epehólyagja megnyúlt, keskeny. Ha az epehólyag hossz tengelye a röntgensugár irányában halad, akkor felvételen a vetülete körtealakúnak és kicsinynek látszik. A szomszédos szervek kóros megnagyobbodása torzíthatja és eltérítheti az epehólyagot. Az epehólyagtónus változásával kapcsolatban is különböző alakú és nagyságú epehólyagot láthatunk.

Az epehólyag leggyakoribb veleszületett fejlődési rendellenessége a diverticuluma. A

diverticulum előfordulhat az epehólyag medialis szélén és a fundusan. Ritka fejlődési rendellenesség a kettős epehólyag. A kettőzöttség diverticulummal összetéveszthető.

A diverticulumok gyulladással lenövésekkel kapcsolatban keletkezhetnek. A ligamentum cystico-coelicum; cystico-duodenale és hepato-cystico-duodenale zsugorodása folytán az epehólyag »S« alakot nyer vagy postakürt-höz hasonlít. Szögletbetörés folytán az epehólyag alakja phrygiai sapkára is emlékeztethető. Többszörös epehólyaggyulladás után az epehólyag deformálódik, szélén kihuzottság észlelhető. Összenövés miatt az epehólyag homokóra alakot is ölthet. Epehólyagkörüli gyulladás mellett a gyulladás az epehólyag faláról ráterjed a szomszédságra; az így keletkezett összenövésesek folytán az epehólyag alakja és helyzete rendellenessé válik. Ha a duodenummal nő össze az epehólyag, a duodenumon jellegzetes kihuzottságok láthatók, s a duodenum a pylorusszal együtt jobbra és felfelé a máj szélé alá kerül. Összenőhet az epehólyag a jobb flexurával, ritkán a féregnyúlvánnyal is. Összenövés esetén néha egészen kerek epehólyagot láthatunk.

Az epekiürítést 2 sphincterapparat: a collum cysticus sphincter és a choledochus sphincter (ennek distalis része a papilla Vateriben fekvő sphincter Oddi) szabályozza. Vagusizgalomra az epehólyag síma izomzata összehúzódik és a sphincterek elernyedése folytán az epehólyag kiürül. Ha ebben a mechanismusban zavar áll elő, az epehólyagbeli pangáshoz vezet, amit *Westphal* után »dyskinesis«-nek nevezünk. Ez beállhat vagy erős vagusizgalomra, ami a sphincterek záródását okozza és amit az epehólyagizomzat fokozott contractiókkal sem képes áttörni (hypertoniás dyskinesis); vagy a sympathikus izgatására, illetve vagus bénításra, amikor az epehólyag ellazul és csak a sphincter Oddi alsó része zár (hypotoniás dyskinesis).

Az epehólyag ezen functiók természetű megbetegedéséről csak akkor beszélhetünk, ha az epehólyag és az epeutak szervi megbetegedését biztosan ki tudjuk zárni.

Hypertoniás dyskinesisben az epehólyag a sphincter Oddi fokozott tónusa miatt nem tud a duodenum felé ürülni. Az epe sokáig pang a hólyagban, miáltal erősen besűrűsödve, bilirubin tartalma a normálisnál jóval magasabb lesz, a 300—600 mg%-ot is meghaladhatja. Az epehólyag túlfeszülése fájdalmat vált ki, ami a kő okozta fájdalomhoz hasonlíthat. Anamnesis szerint ettől sokszor nem különböztethető meg. cholecystographiával azonban jól telődött, normális nagyságú és éles konturú epehólyagot találunk.

A hypotoniás dyskinesis igen ritka. Ilyenkor az epehólyag motorikus működése, resorptiós készsége csökken, izomzata atóniás. A hólyagepe bilirubin tartalma alacsony. Az epe-

hólyag halványan telődik, a normálisnál lényegesen nagyobb lehet; vajetetésre vontatottan húzódik össze. Atoniás dyskinesisben a jobb bordaív alatt állandó húzó-nyomó fájdalom áll be.

Epehólyagpanaszok miatt műtetre került 18 cholecystographiával kampó, sarló, félhold, horog, pipa, végül szögletbe tört, tehát kóros alakú epehólyag műtéti leletéből azt igyekeztem megtudni, hogy ezen alaki eltérések mennyiben voltak csak ártalmatlan anomaliák, vagy mennyiben függték össze az epehólyag megbetegedésével.

Ezen esetekben az epehólyag részben intenzíven, részben közepes intenzitással, éles kontúrral telődött; kőárnyékot egy esetben sem mutathattunk ki. Vajetetésre az epehólyag 11 esetben jól, 7 esetben rosszul contrahálódott. A megoperált 18 beteg közül 6 esetben, amikor az epehólyag telődése részben sarló és félhold alakú meghajlást, részben horogalakú és derékszögű megtöretést mutatott, műtétkor összenövés nem volt kimutatható. 12 esetben, mikor a röntgenkép szerint az epehólyagon különböző derékszögű és horogalakú megtöretés látszott, a műtét összenövéseket igazolt. Műtéti leírás szerint az epehólyag 2 ízben a patkóbéllel, 4 ízben a patkóbél és nagyceplelssel, 1 ízben a májjal, 3 ízben a cseplelssel és a harántvastagbéllel, 2 ízben a cseplelssel és a vastagbél jobb hajlatával nöött le, vagy szálagosan vagy szívosan. Ezen összenövések következtében részben az epehólyag szenvedett helyzetváltozást közép, illetve oldal felé; részben a pylorus és a patkóbél volt jobbra és felfelé húzott és rögzített; végül a vastagbél jobb hajlatának felfelé húzottságát vagy a harántvastagbél proximalis harmadának a felfelé és kissé jobbra vonaglását figyelhettük meg, mind a röntgenvizsgálat, mind a műtét folyamán.

Az egyik esetünkben, mikor az epehólyag félholdalakban telődött és közép felé meghajlott, a kórszöveti vizsgálat az epehólyag fundus felőli részét kettőzöttnek írta le. Másik esetünkben az epehólyag kampó alakban, közép felé meghajlott és műtétkor az epehólyag nyaka alatt mogycrónyi diverticulumot találtak. 2 eset kapcsán az epehólyag tartalmából typhusbacillus tenyésztett ki.

A műtéti leletek tehát amellettszólnak, hogy az epehólyag alakjának megváltozása legtöbbször az epehólyag körüli összenövés következménye, de megváltozhatik az epehólyag alakja ennek betegsége nélkül is. Rendkívül fontos tehát, hogy a cholecystographiával talál kóros alakú epehólyag egyedül nem ok a műtetre, hanem csak akkor, ha megfelelő klinikai panaszokkal jár együtt. Másrészt fontos a dyskinesisből eredő panaszok ismerete is, mert az ilyen panaszokon műtét rendszerint nem segít.

Kórossy Árpád dr.
egyetemi tanársegéd