

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26., IV. em.
Telefon: 345-113.

Ingyenes lifthasználat.
(Kérje a portástól.)

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy
22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámunk javára.

Romániában: *Borsos Béla dr.* Arad, Str. G. Gringorescu 5.

Slovákiában: *Eleőd Solt.* Handels- u. Kredit-B. Bratislava.

A »Magyar Orvosi Archivum« egész évre 10 P., 70 slk., 400 lei.

Előfizetési díj: az »Orvosi Hetilap«-ra az »Orvos-
tudományi közlemények«-kel együttesen egész évre 26 P,
220 slk., 1000 lei, egyéb külföldre a belöldi díjak + portó-
költség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyed-
évre negyede, egy óra 2:50 P.

SYMPATOL

A SZIV ÉS VÉRKERINGÉS GYÓGYSZERE

Indikációk:

Az erek hypotóniával párosult tónuscsökkenése:

Rekonvalescentia – Hypotónia – Terhesség – Öregkori panaszok

Altalános keringési gyengeség:

Grippe – Diphthéria – Tuberculosis – Typhus – Pneumonia

Súlyos kollapsus:

Műtétek – Szülések – Vérvesztés – Shok

Forgalomban:
Ampullák á 0,06 gr.
és Liquidum 10%



Tudományos iroda:
Budapest II,
Hattyú u. 1/II.

Nyári meghűlések ellen:

KALMOPYRIN

Az acetylsalicylsav vízben oldható calciumsója 0.5 g-os tablettákban és poralakban.

ACITOPHOSAN

Novotophosan és acetylsalicylsav kombinációja 0.5 g-os tablettákban és poralakban.

HYPEROL

Szilárd hydrogensuperoxyd.



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

Dioxycholansav

$$\begin{array}{c} \text{H} \quad \text{CH}_3 \\ | \quad | \\ \text{---CH---CH}_2\text{---CH}_2\text{---COOH} \end{array}$$

Ceadon

Csomagolás: Dobozban 30 vagy 60 dragée.

Ceadon

physiologiai hatású
növényi alapanyagot tartalmazó
székletszabályozó-szer.



J. D. RIEDEL - E. DE HAËN A.-G. BERLIN — Magyarországi képviselő: Dr. Lányi Lajos, Budapest, VIII., Rigó-utca 10

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.

TARTALOM:

Juba Adolf: Zenei jellegű érzékesalódások lehangoltság esetében. (365—367. oldal.)
Kereszty (Herzum) Alfonz: A »pitvari« ritmus (367—368. oldal.)
Szende Béla: Sulfamid-készítmények a fül-, orr-, gégegyógyászatban. (369. oldal.)
Majoros János: A szemtekei kötőhártya elsődleges amyloidosisa. (370—371. oldal.)

Irodalmi szemle. (371—375. oldal.)

Könyvismertetés. (375. oldal.)

diósadi Elekes György: Az orvostörténetírás története Erdélyben. (376—377. oldal.)

Lapszemle. (378. oldal.)

Vegyes hírek. (378. oldal.)

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

Zenei jellegű érzékesalódások lehangoltság esetében.

Írta: *Juba Adolf dr.* egyetemi magántanár

A kórlélektani megnyilvánulások körében a szemléleti kórságok, hallucinatio, illuziók fokozott figyelmet érdemelnek, elsősorban azért, mert az egyik legalapvetőbb szellemi működésnek, az érzékelésnek kórságairól van szó; amellet a szemlélet torz formáinak megjelenésére igen számos — constitutionális és constellatív — mozzanat szolgáltat magyarázatot. Végigtekintve elsősorban az »inger nélküli kóros szemléletek«, a hallucinatio létrejöttét magyarázni törekvő elméletek sorozatán, a nézetek változatosságából már magában véve helyénvalónak minősíthetjük *K. F. Scheid* azon állásfoglalását, amely a kórlélektan körében óv mindenemű általánosítástól és egységesítési törekvéstől; számolnunk kell azzal, hogy a hallucinatio kialakulási feltételei között az egyes alfajok szerint, de egyes esetekben is más és más oki mozzanatok és oki összefüggések rendszerei szerepelnek. Az elmebetegségek keretén belül megmutatózó szemléleti kórságok introspectív phaenomenologiai elemzése az egyik út, amelyik a hallucinatio létrejötti feltételeit feltárhatja; magunk részéről azonban nagyobb jelentőséget tulajdonítunk azoknak a megfigyeléseknek, melyek a szemléleti kórságokat szinte kísérleti keretekben, így az inzulin-adagolást és a röntgen-besugárzást követő mulékony kóros állapotokban tanulmányozhatták (*Benedek*), miután itt egyszerűsített viszonyok között még localisatoros ismeretekkel kiegészítve az oki kapcsolatok sokkal élesebben bontakoznak ki.

A kísérletes körülmények, pl. a röntgen-besugárzások nyomán észlelt szemléleti kórságok elemzése, vagyis az itt adódó törvényszerűségek kutatásának jelentősége kivüláglik tehát abból, hogy ismeretükben az elmebetegknél létrejött szemléleti zava-

rok kutatása szintén könnyebbé válik, mint ezt alábbi megfigyelésünkben is igazolhatjuk. Ebben az esetben enyhe és részben endogen, részben involutiós alapú lehangoltság kapcsán keletkezett körülírt melódia-hallások, mint hallucinatio, ragadják meg a figyelmet. Esetünket a következőkben ismeretjük:

K. M., 56 éves nő, nyugdíjas operai karékesnő, aki a zene hivatásszerű művelésén kívül nagy musikalitásánál fogva is élénk zenei érdeklődéssel bír. Egy testvére involutiós lehangoltságban szenved. Ő maga 13 évvel ezelőtt már egy ízben átmenetileg »zavart« volt, amely állapotáról közelebbit megtudni nem lehet. 3 évvel felvétele előtt havi vérzésének elmaradásával kapcsolatban lehangoltsági állapotba esett: egész nap télen, kedvetlen volt, fejében »zenét és zajt hallott«. Egy hónapja alhasi fájdalmai miatt a nőgyógyász méhrákot állapított meg és sugaras kezelést írt elő; ennek folyamán régi panaszai, lehangoltsága, kedvetlensége ismét felébredtek. Fejében ismét »zenét« hall.

Jelen állapot: a portio babnyi ulcus carc. A parametriumok, különösen a hátsó szakasz, erősen infiltrált, a hátsó parametrium erősen bedomborítja a rectumot. A mesenterium és a belek részleges carcinosisa szintén feltételezhető. Belső szervei épek. Az agyidegek körében eltérés nincs, szemfenék ép, különösen kiemelendő, hogy a hallószervek működésében sem mutatkozik eltérés és hallás normalis. Hasonlóképpen normalis a mozgatókör, a saját- és idegen reflexek, a coordinatio, az érzőköri területe is. Szorosan vett gnosticus és symbolum-gnosticus zavarok nincsenek.

Tudata teljesen tiszta és magatartása rendezett, képzetársítása — bár kissé lassult — mind formailag, mind tartalmilag kifogástalan, aktus-összeköttetései, ítéletalkotásai helytálló; ismeretköre képzettségének megfelelően változatlan. A hangulati élet megváltozása az alaphangulat nyomottságában és az általános élet-hangulat negatív elszíneződésében nyilvánul meg.

Lehangoltságát a beteg elsősorban hanghallásaira vezeti vissza: állandóan melódiákat hall, amelyek általában emberi hang, még hozzá az ő hangjára emlékeztető messzosoprán színezetben jelentkeznek, ezt a hangot nagyon élesen, tisztán hallja, akárcsak valakinek az énekét. Tartalmilag ezek a melódiák olykor magyar népdalokból vett részletek, melyek órákon át egyhangúan ismétlődnek, ez nagyon kellemetlen érzéseket váltott ki belőle. Máskor kerekded részletek hallott klasszikus művekből, így Beethoven IX. symphonijájának örömkórusából részleteket, vagy Beethoven egyik szonátájának kezdetét. Ezekhez a melódiákhoz érdeklődéssel fordult, szinte várta, hogy mi fog következni. A

melódiákra először azt mondja, hogy azokat a »fejében hallja«, részletesen kérdezve inkább egy egészen a közelében álló rádióból erednek a melódiák és mikor a hanghallások elmaradóban vannak, akkor mintha a nagy messzeségből szívárognának át hozzá. Az a véleménye, hogy ezek a hangok nem lehetnek meg a valóságban, hanem csak »ideges tünetek«, azonban annyira azonosak többi hallási élményeivel, hogy jelentkezésük miatt az »őrültségtől« fél.

Előfordult az, hogy ebben az állapotban katonazenét hallott (egy őrségváltás alkalmával a várpalotában) és a élvezett zenét utólag még sokáig teljes frisséggel »hallotta«.

A klinikai tartózkodás alatt az első napokban a melódiáhallások változatlan szemléleti jelleggel fennállottak és a beteget, aki panaszainak középpontjába ezeket helyezte, változatlanul foglalkoztatták. A depressio gyógyítását célzó gyógyszeres beavatkozások folyamán az állapot javult és a hangok távolodtak tőle, egészen messziről hangzottak, majd teljesen elmaradtak.

Fenti esetünkben tehát a hallási területre szorító szemléleti kórságok állottak az előtérben. Jellegük nem elemi volt, vagyis nem zörejek, izolált hangok emelkedtek a figyelem középpontjába, hanem teljesen zenei felépítésű összetett dallamok, amelyeket leginkább az énekhanghoz, messzosoprán énekesnő hangjához lehetett hasonlítani. Ezek a hangok teljesen az érzékelés frissességével és különleges egyéni színezetével bírtak és mindezeket a benyomásokat fokozta az, hogy a hangok összefüggéséből kibontakozó szabályos melódiákat a beteg felismerte: hol népdalok egyes részei ismétlődtek folyton, hol classicus zenekari művek bontakoztak ki. Ez élményeknek a tudatot és a figyelmet uraló nagy jelentősége abból is kiviláglik, hogy a sorozatosan ismétlődő népdaltörödékek a betegből határozottan kellemtelen érzést váltottak ki, míg a classicus zenekari darabok annyira magukra vonták érdeklődését, hogy szinte várta a folytatást, figyelt arra, mi fog következni. Kétségtelennek látszik az, hogy teljesen érzékletes színezetű kóros hallási élmények bizonyos térbeli kivétel mozzanatait is elárulták; bár a beteg megjegyezte, azt, hogy szinte a fejében hallja őket, e megfigyelését azonban hajlandó volt úgy módosítani, hogy azok a legközvetlenebb közeléből származnak és elmaradásuk úgy történik, hogy a hangok erőssége csökken, azok távolodnak tőle. Ezen »pathicusan« megjelenő hanghallásokkal szemben a teljesen tiszta tudatú beteg bizonyos ingadozó állásfoglalást árult el: nem olvasztotta őket egybe a való érzékelések adta hallási szemléletek sorozatával, tehát »authenticus« voltukban kételkedett. Rendkívüli közelállásuk a rendes érzékelési folyamatok adta eredményekhez kiderül azonban abból, hogy a beteg azokat hallási érzékeléseivel teljesen egy kategóriába helyezte, mivel megjelenésüket az »őrültség« tünetének tartotta.

A beteg kóros melódiá-hallásait tehát a legsajátosabb érzékletes színezet, a térbe való kivétel készsége és bizonyos ingadozó állásfoglalás jellemezte; így ez az élménysorozat a fentiek értelmében távol állt esetleg érzékletesebb színezetet nyert képzettartalmaktól, fantáziajátékoktól és szorosabb viszonyosságot mutat az elemző betekintés számára a legszorosabban vett hallucinatoros szemléleti kórságokkal. Szemléletes színezetet nyert képzettartalmaktól elkülöníti többek közt Grünbaum által hangsúlyozott »positív« határozatlanság hiánya is; míg a kritika által hiánytalanul elfogadott és az elmebetegben kibontakozó hallucinatoros élményekkel

szemben a *H. Y. Ey* által hangsúlyozott teljes »authenticusság« elmaradása von határvonalat és tartalmaz utalást a phantomképek, a hypnagog hallucinatioi irányában.

Ha megkíséreljük elemezni betegünk melódiá-hallásainak létrejövetelel módját, akkor a hallási érzékesalódások idevágó irodalmi adatai nyomán mindenekelőtt *H. Schröder* »verbalhallucinosis«-ával kell foglalkoznunk, melyet a szerző *Wernicke* után a gondolatok »hangosáválásával« hoz összefüggésbe. A beteg saját gondolatai idegenszerűvé válnak, megélésükben az idegenszerűség (»Fremdheitsgefühl«) érzésével kísértetnek; a hangosáválás és a szemléletes jelleg onnan ered, hogy — miután az egyén nem fogadja el saját lelki termékeinek őket — azokat a külvilágból kell származtatnia, tehát tapasztalata szerint egy olyan forrásból, amely az érzékelés útján szemléletes jelleggel nyilatkozik meg és válik az egyén számára megközelíthetővé. A szemléletes minősítés tehát magyarázó állásfoglalás eredménye. Mindebből következik, hogy szoros kapcsolatok vannak a *Wernicke*-féle »autochthon ideák«-kal. E nézettel szemben *W. Mayer-Gross* arra utal, hogy a hallási érzékesalódásokat, jelesül a sorozatos beszédhallást az autochthon ideáktól éppen az különíti el, hogy az előzőben sajátos érzékletes elem van, mely egészen más jelleget ad az élménynek, mint a gondolatok idegenszerűvé válása; elmebeteg, elsősorban schizofrennek hanghallásainak tüneti elemzése szintén ezt az érzékletes jelleget emelheti ki. Eltekintve attól, hogy hallási érzékesalódások és autochthon ideák egymás mellett is fennállhatnak, *W. Mayer-Gross* a verbalhallucinosis létrejöveteleiben az anatómiai értelemben vett érzékelő rendszer izgalmanak tulajdonít nagy szerepet; e feltevésében megerősíti őt a *Kah'baum* ismerette »functionalis hallucinatio« ismerete is.

A deliriumokban felbukkanó szemléleti kórságokkal kapcsolatban különben *Berze* szintén kiemeli a fokozott szenzoralis izgalom jelentőségét és utal arra, hogy a delirosus zavartság érzékletes jellegű kóros összetevői nem származhatnak csupán a delirium jellegzetes tudatzavarából, illetve a tudatzavar nyomán kibontakozó társítási gyengeségből. Megegyezik ezekkel *Kraepelin* tapasztalata is, hogy a delirium bevezetőjeként már a tiszta tudati állapot fokán gyakran merülnek fel elementaris érzékesalódások, melyek az érzékelő rendszer fokozott izgalmaival magyarázandók. *Bleuler* szerint a normális egyén szellemi működésében a képzetek és a fogalmak érzékletes vonásait kikapcsolni igyekszik; ha ez az activ kikapcsoló művelet kórlélektani okból szenved, akkor a tudatba sok szemléletes elem tódul és mint hallucinatio jelenik meg. A hallucinatio lényegeként *Klimes* is egy fejlődéstanilag éretlenebb élménymínőséget vesz fel, melyben az érzékletes elemek jutnak túlsúlyba.

Saját leleteink értelmezésében szóba jöhetne a »gondolatok hangosáválása« párhuzamaként az, hogy a zeneileg képzett, valószerűleg bő hallási elképzeléssel rendelkező beteg phantasiajátékában nélkülözötte a »saját tevékenység« átélését és így szellemi termékei idegenszerűeknek tünnek fel előtte, jelenlétük tehát csak az érzékelés útján való létrejövetele révén válhatott számára érthetővé. Minthogy a szemléletek és a felelevenített képzetek közti határvonal megvonásában az egyén gondolati állásfoglalása is nagy szerepet visz, érthető, hogy a meló-

diák a beteg tudatában az érzékelés frissességével és testiességével bukkantak fel. A lelki mozzanatok activ átélésének ez a hiánya, az activitástudat elmaradása, mely szükségképpen a depersonalisatio különböző fokaira vezet, gyakori a lehangoltsági állapotokban, melyeket többek közt éppen a külső és belső tevékenység megbénulása jellemez. Ilyen megfontolások mellett magyarázatot nyerhet az is, hogy a melódiák a beteg énekhangján szólaltak meg, tehát a legismertebb hangszínezetben, amely zenei gondolkodásában, belső zenei fantáziálásában kétségtelenül a főszerepet vitte.

Bár a fentiek természetesen látszanak, még sem állíthatjuk, hogy a melódia hallucinatio megjelenése betegünkön a belső activitás megélésének ki-maradásával függ össze. Ebben az értelemben ugyanis joggal a depersonalisatio jelenségek sokkal kiterjedtebb megjelenését várhatnánk el; az activitástudat hiánya nem csupán a melódia-élmények felidézése kaposán, hanem mindenekelőtt a gondolkodásban hagyva nyomot és számos idegenszerű gondolat, autochthon idea keletkezésére vezetne, melyeket azonban esetünkben teljesen nélkülöztünk. Ugyancsak körülírtságuk miatt nem tudnánk esetünkben a hallucinatiokat levezetni a *Bleuler* által hangsúlyozott érzéketesség-kikapcsolás elmaradásából sem.

Tekintettel az élmények szerkezeti vonásaiban és az egyén állásfoglalásában mutatkozó megegyezésekre, felhívjuk a figyelmet *Benedek* egyik esetére, midőn parietalis érzőkéreg környékét elfoglaló daganat röntgen-besugárzása után a metamorphopsia jellegével, bíró látási hallucinatio jelentek meg. Ez élmények minősítése igen emlékeztetett a mi esetünkben tapasztalt mozzanatokra: teljes testiességgel, az érzéklés frissességével bírtak és teljes való-ságként való felfogásukat csupán az akadályozta meg, hogy az authenticusság hijján nem olvadtak bele az érzéklések folyamatos sorozatába, hanem különleges élményt jelentettek. *Benedek* a röntgen-besugárzások folyamán keletkező hallucinatio magyarázatában a centrális érzékelő területek részvé-telének jelentőségére épít; tehát a röntgen-besugár-zás által képviselt inadequat inger elsősorban a tulajdonképpeni sensorialis agyterületek működését módosítja.

Ilyenformán esetünkben is elképzelhető a hal-lási kéregmezők, különösen a dallamörző területek sajátos izgalma, amely szemléleti jelleggel kísért melódiák tudatosulásához vezetett és azokat az élményeket adta, melyeket betegünk olyan részletesen leírt. Az említett kéregterületeket érő inadequat inger származása szempontjából a beteg carcinoma-tósisa jöhetne számításba, bár agyi áttételre utaló idegrendszeri jelenségek teljesen hiányzanak.

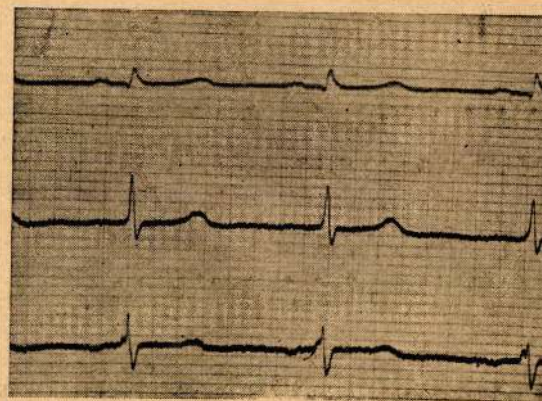
Az Országos Társadalombiztosító Intézet központi ekg osztályának közleménye. (Igazgató-főorvos: Barla-Szabó József egyet. m. tanár.)

A „pitvari“ ritmus.

Írta: *Kereszty (Herzum) Alfonz dr.* főorvos.

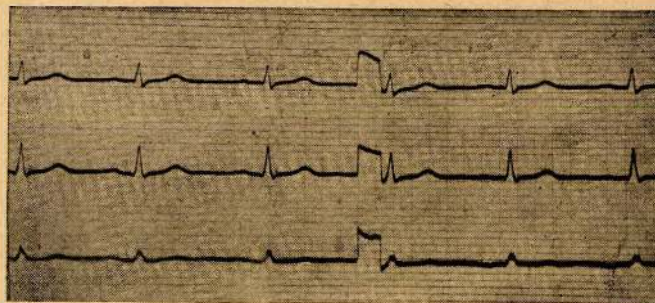
A ritmuszavarok a kamrai izomzat, valamint a koszorúserek keringési állapotának tisztázása mellett az utolsó években az ekg-felvétel pitvari részének értékelése is sokat fejlődött. Hazai szerzők között *Zárday* érdekes vizsgálatait említem meg első-

sorban, aki a pitvari asynchronia fogalmát és jelentőségét tisztázta. De még így is nagyszámú ekg felvétel átnézésekor — szemben a kamrai rész nagyjából egyöntetű elbírálásával — sokszor okoz fejtörést a rendellenes P hullám kellő értékelése. Intézetünknek óriási forgalma van, évente kb. 20 ezer ekg felvételt készítünk és így alkalmam nyílt néhány elváltozás tanulmányozására. A megfigyelést elősegítette, hogy erősítőcsöves készülékünkön a három elvezetés egyszerre készül és így a P hullám viselkedése is jobban megfigyelhető volt.



1. ábra.

Egy ilyen rendellenes és többször észlelt képet mutat be az első ábra, ahol kb. 72-es frekvenciájú rendes QRS komplexumokat az első elvezetésben pozitív, a másodikban igen lapos, a harmadikban pedig negatív, hasadt P hullámok előznek meg 0.15 mp-es, tehát rendes P—Q távolsággal. Lapos PII és negatív PIII harántfekvésű szív esetén előfordulhat, de rendes vagy jobbra deviáló főtengely mellett erre nem gondolhattunk. Ezért a kép értékelésekor a P hullámok ellapulása, illetve harmadik elvezetésben negatívvá válása, valamint a P hullámok hasadtsága miatt először a pitvarizomzat bántalmazottságára gondoltunk. Néhány ellenőrző felvételen, amit pár nap múlva végeztünk el, a rendellenes P hullámok helyett gyakran rendes P hullámokat észleltünk, sőt pár esetben a rendesből az atypusosba való átmenetet is sikerült rögzíteni.

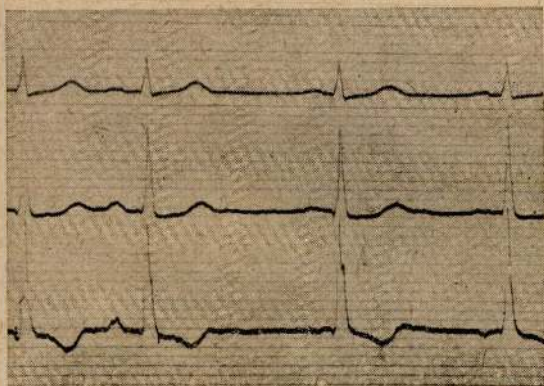


2. ábra.

A második számú ábrán egy ilyen felvétel látható, ahol a rendes alakú P hullámok sorozatát rendellenes, az előbb ismertetett P hullámok formáját mutató sorozat váltja fel. Kezdetben mindhárom elvezetésben a P hullám pozitív, ami úgy változik meg, hogy a PI pozitív, kissé szélesebb, a PII pozitív, lapos hasadt, a PIII pedig negatív

hasadt lett. A második elvezetésben mért P-Q távolság 0.16 mp-ről 0.14 mp-re csökkent. A frekvenciában lényeges eltérés nem történt.

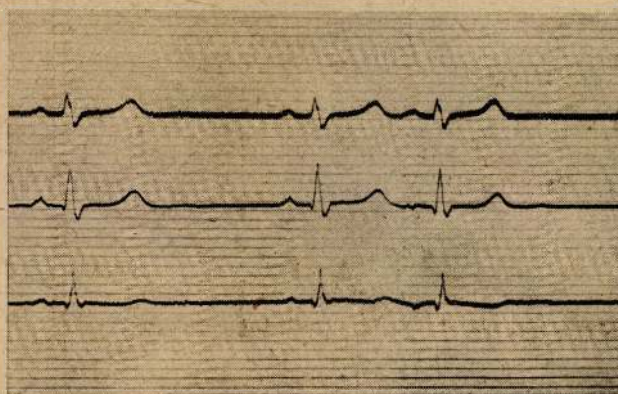
Ez és ehhez hasonló képek után feltehető volt, hogy a P hullámok e rendellenes viselkedése nem a pitvarokban megváltozott vezetési viszonyok következménye, hanem az, hogy nem a sinuscsomóban keletkezett ingerképzésről van szó. Ennek ellene látszott szólni — mint ahogyan azt alacsonyabbrendű ingerképzőközpontok működése esetén látjuk — hogy a frekvencia alig változott meg és felmerült az a kérdés, vajjon nem a pitvari ingervezetés átmeneti zavara hozza-e létre, mégis ezt a képet. Azonban későbbi megfigyeléseink során azt tapasztaltuk, mint ahogyan azt a harmadik számú ábra is mutatja, hogy a P hullámok alakjával eltéréssel párhuzamosan legtöbbször a frekvencia is csökken.



3. ábra.

Az ábrán bemutatott felvételen a 110-es kezdeti frekvencia 82-re, a P-Q távolság pedig 0.14-ről 0.12 mp-re csökkent.

Ezek után az volt a kérdés, hogy milyen ingerképző helyről indulnak ki ezek a rendellenes P hullámokat képző ingerek. A pitvarokban specifikus izomzat nincs és jelenlegi felfogás szerint a sinuscsomó működésének felfüggesztése esetén az a. v. csomó veszi át szerepét. Az utóbbi években megjelent ekg könyvek is ilyen esetben felső, középső és alsó a. v. ritmusról beszélnek, ami a QRS komplexumot megelőző vagy azt követő negatív vagy hiányzó P hullámból ismerhető fel. Ha az előbb ismertetett és az ezekhez hasonló P hullámok formáját extrasystolék alakjával hasonlítjuk össze, akkor, mint a negyedik számú ábrán látható, pitvari extrasystolék alakjának felelnek meg.



4. ábra.

Az ábrán látható pitvari extrasystolénál is a PI pozitív, az eredetitől eltérést alig mutat, a PII lapos hasadt, a PIII pedig negatív. Fel kell tenni tehát, hogy ez esetekben olyan pitvarban keletkező ingerképzésről van szó, ami a sinuscsomó alsó vagy az a. v. csomó felső elágazásaiból indulhat ki. Nagy valószínűség szól amellett, hogy képeinken az inger a bal pitvarból indul ki, mert a PI hullám rendszerint változatlan és a harmadiknak is csak iránya változik meg. Az első és harmadik elvezetés gyakran csak a bal pitvar, a második pedig mindkét pitvar P hullámát mutatja (Zárday) és felvételeinken éppen a PII hullám lapul el, ahol a jobb pitvar P hullámát is látnunk kellene. Tekintettel arra, hogy az ingerképzés helye a pitvarokban, de azok pontosabban meg nem határozható helyén van és a kép a negatív P hullámokat mutató típusos a. v. ritmustól különbözik, felvételeinket pitvari ritmusnak tartjuk. Nem tekinthetjük csoportosan jelentkező pitvari extrasystolénak, mert a frekvencia rendszerint csökkent, legfeljebb azonos maradt és az átváltás sem történt időelőtti, hanem inkább megkésített pitvari akcióval és így a sinuscsomó kiesése következtében létrejövő pótritmusnak felelt meg.

A pitvari ritmus jelenlétét alátámasztja, ha a P hullámok fentebb leírt elváltozásait rendes vagy jobbra deviáló főtengely mellett észleljük, ami nem zárja ki természetesen, hogy balra deviáláskor is jelen lehessen. Ellentétben a pitvari extrasystolék változó P-Q távolságával pitvari ingerképzés esetén a P-Q távolság többnyire megrövidült. Pitvari extrasystolék esetén az a. v. csomó és a Hisköteg esetleg még nem pihent ki az előbbi inger vezetését és az időelőtti ingert lassabban vezeti. Pitvari ritmusnál, mint láttuk, a frekvencia alig változik, de inkább csökken és így a pitvarkamrai vezetés tovahaladását zavaró körülmény nem ér. A P-Q távolság megrövidülésének fokát számszerűen nem lehet pontosan meghatározni, mert megrövidülése inkább relativ. Pl. 60-as frekvencia mellett 0.14 mp-s P-Q távolság. A frekvencia is általában kisebb, legtöbbször 60 körül mozog.

Pitvari ritmus gyanúja esetén törekednünk kell arra, hogy a sinuscsomót ingerképzésre bírjuk és ezzel feltevéseinket igazoljuk. Ez azonban a sinuscsomó állapotától is függ, mert végleges elváltozása esetén erre nem számíthatunk. Gyakran sikerül azonban többszöri megfigyeléssel a sinusingerképzést felfedni, atropininjectio vagy megterhelés után a sinuscsomó működését megindítani. Az atropinhatás kezdetben vaguszgalommal járhat, ami a. v. ritmus fellépését okozhatja (Scherf). Ezért ügyelnünk kell arra, hogy felvételünket akkor készítsük, amikor az atropin vagusbénító hatása már bekövetkezett, ez rendszerint 45—50 perc múlva jön létre. Az atropininjectio után végzett felvételnek más jelentősége is van. Ha sikerül vele a sinusritmust helyreállítani, valószínű, hogy a pitvari ritmus okozója fokozott vagushatás volt. A fokozott vagushatásnak úgylátszik nagy szerepe van a pitvari ritmus létrehozásában, amiről egy későbbi közleményemben fogok részletesebben beszámolni.

Az elmondottak alapján ritmusosan jelentkező hasadt, lapos vagy a harmadik elvezetésben negatív P hullám esetén gondoljunk a sinuscsomó működésének kiesése következtében létrejövő pitvari ingerképzésre is, mert ez a P hullámok szabálytalanságának okozója lehet.

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

Sulfamid-készítmények a fül- orr gégegyógyászatban.

Írta: Szende Béla dr. egyet. magántanár.

Még kezdeti állapotban vannak azok a megfigyelések, amelyek szerint a sebfertőzés kezelésében a sulfamidok helybelileg is igen jó szolgálatot tesznek. Már: azonban a mai háborús tapasztalatok alapján egyesek a sebesülésnek kitett embercsoportok sulfamid-porral való előzetes ellátását ajánlják a komolyabb sebfertőzés meggátlására.

Szakmánkban is sok alkalom van a sulfamidok helybeli alkalmazására és minthogy nagyobb számú válogatott beteganyag állott rendelkezésemre, a készítmények helybeli hatásának kipróbálására az elért eredményekről szeretnék a következőkben beszámolni.

Szakmánkban a *Bosse* fivéréké az elsőség, akik az antrotomia utáni sebüreget 10%-os prontosil tejcukor-porral történő kezelését elsőnek ajánlották. A tejcukor anhidrikus hatása mellett a prontosil még eredményesebb baktericid hatású. Saját észleléseim alapján is utaltam már arra, (Orvosk. 1940.), hogy kezelésre a trepanatios seb gyorsabban szárad ki és az egészséges sarjak képződése is meggyorsul.

Azóta a sulfamid-por rendszeresen használom a fülbetegek kezelésében, részben a mastoidektomia sebének utókezelésében, részben idült genyes középfülgyulladások eseteiben. Mindkét alkalommal tejcukor nélkül, tisztán juttatom be a sebüregbe, illetve a dobüregbe az ambesid-carbamid (Richter) vagy az ultraseptyl-urea (Chinoin) port igen kiváló eredménnyel. Ha strepto- vagy staphylococust találtunk a genyben, ambesid-por használunk, ha pneumococcus volt a kórokozó ultraseptyl-ureát alkalmazok. A sebüreget kitisztítva porbefúvó segélyével bőven beszórom a sebüreget sulfamid-porral és lazán jodoform-gaze-zel tamponálom. A tamponkezelés híve vagyok mastoidektomiák után, mert ezzel legbiztosabb a seb tartós gyógyulása és kitelődése. Amint tudjuk ez a gyógyulás esetenként 6—8 hetet vesz igénybe. Ezt láttam lényegesen megrövidülni a sulfamid-por kezelés hatására. A váladékképződés csökkenése folytán a nagyobb kötés már a 2. hét végén elhagyható, ami a mai kötszernehézségek közepette nem elhanyagolható körülmény. Radikális fülműtétek után, valamint idült középfülgenyedés kezelésében is rendszeresen használom a sulfamid porbefúvást, mire a középfülgenyedések hosszú sorát láttuk meggyógyulni, ahol az eddig alkalmazott kezelések, öblítések nem vezettek eredményre. Természetesen heveny középfülgenyedések alkalmával e mellett belsőleg is lökesszerűen adjuk a sulfamid-készítményeket.

Amint láttuk a középfülgyulladás genyes váladékának bakteriologiai lelete befolyásolhatja a gyulladás kezelését. Az orrmelléküregek gyulladásai között leggyakrabban az arcüregével találkozunk egyrészt bonctani helyzete, másrészt kivezető nyílásának kedvezőtlen fekvése következtében. Az arcüreg az egyetlen melléküreg, melynek gyulladása esetén a helybeli chemotherapiás kezelés eredményesen jöhet szóba. Az arcüreg kóros váladékát sterilén vesszük az alsó orrjáratban elvégzett csapo-

lással és a bakteriologiai lelet szabja meg az alkalmazandó szert. *Murányi*-val végzett vizsgálataim alapján mondhatjuk, hogy a heveny és idült arcüreggyulladások kórokozói eltérnek egymástól. A heveny esetekben mindig pneumococcus és diplococcus catarrhalist találunk, az idült esetekben ellenben streptococcus, staphylococcus és fusospirillaris fertőzés szerepel. Heveny gyulladás eseteiben ultraseptyl-por 1—2%-os gyengén alkaliás vizes oldatával mossuk az arcüreget, idült gyulladások pedig ugyanilyen töménységű ambesid-oldatot használunk és az esetek legnagyobb részében bámulatos gyors eredményt érünk el. Heveny gyulladások a bőséges váladék már 1—2 öblítés után megszűnik és sok esetben néhány kezelésre meggyógyul. Ellenőrzésképpen kétoldali gyulladás esetében egyik oldalt sulfamid-oldattal, másik oldalt más enyhe deszinficienssel kezeltük. Mindenkor szembetűnő volt a gyógyulási időtartamnak és a váladék mennyiségének nagy különbsége.

Idült fogeredetű bűzös gyulladások esetén is több alkalommal láttunk gyógyulást 6—8 ambesid-oldattal történt mosásra, ahol eddig biztosan műtetre került a sor, dacára a genyes foggóc eltávolításának. Több mint 100 arcüreggyulladás esetében végzett sulfamid-kezelés kapcsán sohasem láttunk a szervezetre káros hatást, pedig a mosás befejezésekor az üreget telítve hagyjuk mosófolyadékkal és azt légbefúvással nem távolítjuk el onnan. Ezekben az esetekben úgylátszik a sulfamidok helybelileg alkalmazva megközelítik az ideális chemotherapeuticum-fogalmát, amennyiben ártó hatást csupán a kórokozókra fejtenek ki és a gazdaszervezettel szemben ártalmatlanok. Sajnos a többi orrmelléküreg megbetegedésekor helybelileg legfeljebb a mosásra anatómiailag alkalmas homloküreg genyedésében tudjuk alkalmazni a sulfamid-készítményeket. Természetesen polypképződéssel vagy esontfolyamattal szövődött idült arcüreggenyedések esetében a sulfamidok helybeli alkalmazása nem segít és csak a műtét jogosult.

Toroksebek elsősorban tonsillektomiák sebének sulfamid-kezeléssel elért jó eredményeiről nemrégiben *Campián* számolt be az »Orvosi Hetilap« hasábjain. Idevágó észleléseink ezenközben már hosszabb ideje folytak és ezek alapján megtudjuk erősíteni *Campián* közlését. A tonsillektomiát követő napon kezdem el a seb sulfamid-por kezelését. A sebárkot a nyáltól enyhén kitörlöm és bőven sulfamid-por fúvok a sebfelületre. Ezt a kezelést a 8. napig naponta végzem. A bűzös lepedékképződés csökken és a szájbűz a betegeket nem kínozza s a fájdalom is lényegesen kisebb, mert a sebek lobosodása és duzzanata a kritikus 4—7 nap között a minimumra csökken és a beteg nyelési panaszai és fülbesugárzó fájdalmai is megszűnnek.

Ezekben foglalhattam össze tapasztalataimat a sulfamidok helybeli kezelésére vonatkozólag és örömmel állapíthatom meg, hogy gyógszerkesztésünk egy könnyen és ilyen esetekben teljesen veszély nélkül adható szerrel gazdagodott.

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

A budapesti Tudományegyetem szemklinikájának közleménye. (Igazgató: Imre József ny. r. tanár.)

A szemtekei kötőhártya elsődleges amyloidosisa.

Írta: Majoros János dr.

A kötőhártya elsődleges amyloidosisa igen ritka. Oroszországban gyakoribb; nálunk tudomásom szerint az első.

A 37 éves gyári munkásnő arról panaszodik, hogy valami bőr nő a bal szemére. Ismerősei figyelmeztették 6 éve, hogy vörös a bal szeme. Nem fáj, váladékos sem volt, néha idegentestet érzett benne. Később hasonló tüneteket vett észre a jobb szemén is, de nem tudja megmondani, mikor kezdődött. Az utóbbi időben a növekvő hártya már a bal szeme látását is zavarta.

A helybeli OTI utalta be a szabadkai Mária Valéria kórház szemosztályára. Allapota felvételkor: Egyformán tág szemrés. J. o. a szemhéji és áthajlási kötőhártya vörös, nem váladékos. A szemtekei kötőhártya belül feltűnően vérágas; íft fél lencsényi pinguecula; lejjebb, az alsó szemhéjtől fedett területen egy szintén fél lencsényi és néhány apróbb, kiemelkedő, vajsárga, igen gyéren érzett plaque. A szemfenék és a szem egyéb részei épek. Bal szemén az áthajlási és szemhéji kötőhártya szintén vörös, az utóbbi kissé bársonyos is. Váladék nincs. A szemtekei kötőhártyán belül két forradásvonal (előző próbakimetszések nyomai). Egyébként a szemtekei kötőhártya csak felül-középen és felül-kívül látszik épnek, másutt, de főleg a belső zúg területében és alul tele van szorosan egymás mellett levő, lencsényi, gombostűfejnű, a felszín fölé emelkedő, de lelapult, vajsárga, zsírfényű plaqueokkal. Alul és belül a limbusig terjednek, úgyhogy le vagy befelé tekintéskor a szaruhártyára tolódó redőt képeznek. A kötőhártya ép részei felé a göcök kisebbek s többnyire éppen tűszúrásnyiak. Üvegpálcával, de a szemhéjon át is tapintva kemények. Különböző irányból megtekintve a kötőhártya felszínét, határozottan rücskösnek mondható. A göbök az alappal nem függenek össze, az alap felett könnyen elmozdíthatók. Egy csepp 1 százalékos tonogen igen hamar, alig 10 másodperc alatt elhalványítja a szemet. Utána a vajsárga szín még jobban előtűnik. Az elváltozások réslámpával vizsgálva is igen egyenletesek, legfeljebb egy kevés finom szemcse látszik. Vörösmentes fényben szintén jól látható a vajsárga szín. A szemfenék és a szem egyéb részei épek.



1. ábra.

Az eset már az első rápillantáskor olyan különösnek látszott, hogy annak ellenére, hogy Szabadka és környéke trachomával erősen fertőzött, trachomára már kezdettől fogva sem lehetett gondolni. A budapesti szemklinikára felküldött szövetdarab vizsgálata (Radnót Magda dr.) tisztázta a diagnózist: amyloidosist talált.

Ez lehet elsődleges és másodlagos, mindkettő pedig helybeli és általános. A másodlagos helybeli amyloidosissal nagyrészt trachomával kapcsolatban fejlődik ki. A másodlagos általános amyloidosissal kapcsolatban klinikai szemelváltozást eddig még nem tapasztaltak. Schmidt és tanítványai, az uvea ereinek falában találtak amyloidot, de ez a mostani klinikai vizsgáló eljárásokkal nem mutatható ki. Az amyloid megjelenésének ilyenkor hosszantartó gennyes betegség az oka. Fő lerakódó helyek: máj, lép, belek stb. Az elsődleges általános amyloidosissal lerakódó helye a szemén kívül a légutak nyálkahártyája. Erre az éles különbségre Kreibig hívta fel a figyelmet.

Esetemben a trachomát ki lehet zárni a klinikai kép, az egyéni, valamint családi előzmény nemleges volta, de legfőképpen a szövettani vizsgálat alapján. A beteg pár napig a budapesti szemklinikán tartózkodott, hogy a részletes általános vizsgálatot elvégezhessük. Sehol másutt nem lehetett amyloidot kimutatni. Ezért jelenleg a kötőhártya elsődleges amyloidosissának kell minősíteni.

A kötőhártya amyloidosisáról nem is annyira elterjedt, mint bizonytalanok a nézetek. Ennek oka talán az, hogy kevés az eset. Híppel egy ízben szembelezés belsejében talált amyloidot. Ez az egyetlen ilyen eset idáig. Az amyloidosissal kapcsolatban sokszor hivatkoznak Raehlmann-ra. Nézete szerint csak előbb hyalinosan elfajult szövetbe rakódik le amyloid. Kreibig hívta fel a figyelmet, hogy Raehlmann ugyanabban az esetben az első kimetszett kötőhártya darabban hyalint, a következőben már amyloidot talált. Erre alapította nézetét. Azóta sok nézet hangzott el pro és contra. Ugyancsak Kreibig figyelmeztet arra, hogy az amyloid kimutatására használt összes eljárások (Van Gieson, Mallory, jódreaction, gentianibolya) változó eredményt adnak a hyalin-amyloid felismerésében. Van achromatikus amyloid is. Másrészt a hyalin és amyloid rokonságban vannak egymással. Ezért újabban hyalin-amyloid elfajulásról írnak. Esetemben pinguecula, tehát hyalin és amyloid együtt fordultak elő.

Feltétlenül orvoslást igényel, mert haladó folyamat. A beteg maga említette, hogy amióta kimetszettünk egy kis darabot, kevesebb a kellemetlensége. A sebészi eljárásnál kívül más nem is jöhet szóba. A leírt kiterjedés komoly gondot okoz. Meggondolandó Georg ajánlata, aki más okból holttestből vett kötőhártyát ajánl.

Feltűnő volt még a betegen az erős öszülés, de máskülönben is öregebb, 40–50 év közötti benyomást keltett.

A szemhéji és áthajlási kötőhártyában keletkező amyloidosissal teljesen más képet mutat a leírtnál. Gyakoribb is. A két folyamatnak talán a kórtani alapja és szövettani képe hasonló egymáshoz, a klinikai azonban egészen más. Ezeket részben a helybeli elsődleges, részben a helybeli másodlagos amyloidosissal közé lehet sorolni. Különböző néven találkoztunk vele: hyalin-amyloid elfajulás, plasmoma, plasmocytoma, conj. plasmacellul, stb. Jellemzők rá az áthajlásban kezdődő vörhenyes, bírsalmasajtszerű, kemény csomók. Ezek idővel összefolynak és daga-

natszerű képletet okoznak. Többnyire a felső áthajlásban fejlődik, ezért elég hamar nagyfokú ptosist okoz. Két ilyen esetet láttam. Az egyikben trachoma is volt, míg a másikban nem szerepelt. *Kreibig* az irodalmi esetek összesítése után a trachomával összefüggésbe hozható esetek számát 30 százalékra teszi, mások többre, legalább 50 százalékra. Ilyen elsősleges helybeli eseteket írt le *Röthh. Papolezy* túlnyomórészt trachomás eredet mellett tört lándzsát, A magyar irodalomban *Ditrói* és *Erneyi* foglalkoztak még a kérdéssel.

IRODALMI SZEMLE

BELGYOGYASZAT

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

Corticotrop anyagok felszaporodása cukorbetegségben. *Bartelheimer és Cabez.* (Klin. Wochschr. 14. 1942.) Újabban mindinkább több szó esik a cukorbeteg hypophysaer keletkezésének lehetősége mellett. Sok klinikai megfigyelés szól valóban amellett, hogy a cukorbeteg egy része valóban a hypophysa hyperfunctiójának a következménye. *Bartelheimer* és *Cabez* most újabb bizonyítékot kívánnak szolgáltatni jelen munkájukban ezen kérdéshez. Vizsgálataik szerint a hypophysa corticotrop hormonja egyes diabetesesek vérében felszaporodott, bizonyítván a hypophysa hyperfunctióját. Különösen azon diabetesesek vérében mutatható ki a szaporodás, akiknél különben is találhatók a hypophysa hyperfunctiójára utaló elváltozások, így akromegál vonások, Cushing-typusú elhízás, stb. (G. 13.)

Gömöri dr.

Tüdő echinococcus-tümlő spontan gyógyulása. *Guttensohn.* (Dtsch. Med. Wschr. 4. 1942.) Szerző nyolc éven keresztül kísérte figyelemmel egy tüdő echinococcus-cysta spontan gyógyulását ismételt röntgen ellenőrzés mellett. A betegség teljesen tünetmentesen zajlott le. A bronchusba való betörés nem járt feltűnő köhögéssel, a kiürülés lassan, fokozatosan ment végbe, folyadék-niveau nem volt látható. A visszamaradt alakatlan röntgenárnyék tokmaradványnak fogható fel. (G. 12.)

Szerdahelyi László dr.

Megbetegedett vese diathermiás kezelése kapcsán létrejött parenchymaelváltozás. *Kucsko.* (Wien. arch. f. inn. Med. 1942. 161 old.) Két anuriában szenvedő és uraemiában meghalt beteg kóronctani leletét ismerteti. A vesezár oldása céljából a klinikusok egyéb eljárásokon kívül diathermiás kezelést is alkalmaztak. A vesék boncolásakor mindkét esetben az anuriát okozó elsődleges elváltozásokon kívül a kéregállomány legfelszínesebb rétegében elhalt területeket találtak, amelyek a vesék diathermiás kezelése kapcsán jelentkező verőeres vérrekedés (rote Stase) folytán keletkeztek. (B. 26.)

vitéz Benárd Miklós dr.

Hogyan kezeljem az anaemiákat? *Klima.* (Wien. Med. Wschr. 1942. 17. sz.) A hypochrom anaemiák gyógyszere a vas, elsősorban a két vegyértékű ferrosók. Ezek könnyen bomlanak s ezért a stabilizált készítményeket használjuk, gyakran C-vitaminnal, mely utóbbi a könnyebb felszívódást segíti elő. Adagja 2–3×0.05 gr. Jól használható még a ferrum reductum 3–10 grammos adagban, továbbá az anorg. complex vasvegyületek. A vasszedés gyakran gyomorpanaszokat okoz. Hypacidoknak a sósav nélkülözhetetlen. A parenteralisan adagolt vas jótársa, de kellemetlen mellékhatásokat okoz. Váshatásra a Hgb. és a vvs. szám növekszik, a körömváltozások, nyelv és nyelési panaszok eltűnnek. A hypochrom anaemia okai: idült, legtöbbször okkult vérzés, dyspepsia súlyos chronikus betegségek, gyermekknél elégtelen táplálkozás (például kecsketej, stb.). A vas rézzel, májjal való kombinálása célszerűtlen. A májkezelés az anaemia perniciososa biztos gyógyszere, amit az achylia következtében hiányzó ferment úgynevezett Castle-féle intrinsic

factor hiánya okoz. Az antiperniciosás anyag a májban van felhalmozva. A szerző szerint leghelyesebb két hétig naponta 4–5 ccm májkivonatot i. m. adagolni, majd 2–3 napon időközönként, végül a recidiva elkerülése céljából 2–3 hetenként ugyanezt az adagot ismételni a vérkép ellenőrzése mellett. A májhatás a 2–3 napon a reticulocytá crisisben és már az első héten jelentős vvs. szám szaporodásban nyilvánul meg. A peroralis adagolás (száritott gyomornyálkahártya kivonat, májdiaeta szintén jó, de inkább csak injectio iránt érzékeny esetekben adjuk) 1.000.000 alatti vvs. esetén a májtherapiát transfúzióval vezetjük be. Funicularis myelosis jelenléte igen korai és erőyes kezelést igényel, amit B₁ vitaminnal támogatunk. A májtherapiát néha vasadagolással kell kiegészíteni. Az achylia nem befolyásolható, de a kezelés elsősorban oki. Aplasticus anaemiánál az eredmény változó, vértranszfúzió legtöbbször nélkülözhetetlen. Haemolyticus icterus esetén a lépbesugárzás, illetve exstirpatio a megoldás. (B. 25.)

Pálos László dr.

Streptococcus viridans sepsis gyógyult esete Tibatin hatására. *Loescke.* (Med. Klin. 1942. 1.) Az endocarditis gyógyításában a sulphapyridin volt az első szer, melynek már lényegesebb hatását figyelhették meg. Újabban a Bayer-gyár által előállított Tibatin mutatkozott még hatásosabbnak; így súlyos sepsisben, gyermekági lázban és meningitisekben. A szerző most egy 6 hónapos csecsemő kezeléséről számol be, aki biztosan kimutatott streptococcus viridans sepsisben szenvedett — bórallati és tüdőbeli áttétekkel, súlyosan decomponált állapotban. A szíven nem találtak elváltozást. Eubasin, Cybasol hatástalan volt. Ekkor nyultak a Tibatinhoz. A csecsemő 5 napon át 2 amp. (à 1 gr.)-től láztalan lett, általános állapota javult. Néhány nap múlva ugyan újból hőemelkedés lépett fel, de most újból 10 napon át 2 amp.-t kapott i. m. s a láza végleg megszűnt. Azóta 3 hónap telt el — többször megfigyelték — s a csecsemő egészségesnek látszik. (G. 11.)

Gyulai Ernő dr.

SEBÉSZET.

Rovatvezető: *Guszich Aurél* és *Rhorer László*.

A serumok, oltóanyagok és sulfonamidok alkalmazása a staphylococcus csontvelőgyulladás esetén. *Gross.* (Klin. Wschr. 1942. 9.) — A szerző súlyos, általános tünetekkel járó staphylococcus csontvelőgyulladásnál staphylococcus serumot vagy reconvalensserumot ajánl. Külföldön, főleg Franciaországban a staphylococcus anatoxint használják, mint activ-immunizáló oltóanyagot. Subacut és idült csontvelőgyulladásnál a staphylococcus vaccinákat részesítik előnyben, különösen az autovaccinációt. Ezen specifikus kezelési módok mellett a korszerű gyógyszeres kezelést (sulfonamidok) is fontosnak tartja, de figyelmeztet az ezt néha kísérő mellékünetekre. Ajánlja, hogy a megfelelő sebészeti beavatkozás mellett az említett specifikus kezelést is alkalmazzuk, amelytől mindig jó eredményt látott. (R. 26.)

Szolgay Béla dr.

Aranyeres csomóknak Blond és Hoff szerint történő injectiós kezeléséről. *Dr. Horst Wille-Baumkauff.* (Bruns. Beitr. 192. 2.) A szerző tapasztalatait közli a belső aranyeres csomók Blond és Hoff szerint történő elfojtó kezeléséről. A Blond-féle proctoscop oldalán ablakocska van, amelynek segítségével beállíthatók a belső nodusok. Felettük kell körkörös csepegtető feekendővel a Blond-féle oldatból pár cseppet befecskendezni a submucosába. 6–8 ülésben körkörös körülfeekendezhetők az összes csomók. A Blond-féle oldat 30 g chinin bihydrochloridot, 2 g plenocaint, 14 g urethant, 1,5 cm³ tinct. catechut tartalmaz 100 gr. vízben. Összehasonlítva más, tiztől harminc napig terjedő klinikai tartózkodást igénylő kezelési eljárásokkal, kitűnik, hogy a Blond-féle elfojtó kezelése ugyanolyan eredményeket ad, mint azok, viszont előnyei, hogy a járóbetegrendelésen elintézhető előkészítés és érzéstelenítés nélkül, továbbá a befecskendezés után a beteg folytathatja munkáját. (G. 27.)

Kadosa László dr.

»Traumás cholecystitis«-ről és annak balesetbiztosítás szempontjából való jelentőségéről. *Prof. dr. Max Biebl.* (Bruns. Beitr. 162. 2.) A szerző 70 oldalas cikkben 2 cholecystitises esetet tárgyal, amelyek közeli vonatkozásban vannak egy megelőző sérüléssel. Az egyik beteg kerékpárról esett le, tompa hasi traumát szenvedett: vékonybél-sérülés miatt bélresectiót kellett végezni. Három hét elteltével súlyos cholecystitis miatt cholecystectomy: a szövettani vizsgálat a fundus nyálkahártyáján repedést állapított meg. Ez tette lehetővé az epehólyag falának fertőződését coli bacillusokkal. A másik beteg autószerencsétlenséget szenvedett. Patella törését varrattal látták el. Öt héttel a szerencsétlenség után súlyos epehólyaggyulladás miatt cholecystectomyt végzett. A szövettani vizsgálat szerint a fundus nyálkahártyáján repedés van, amelyen keresztül a streptococcusok bejutottak az epehólyag falába és többszörös tályogokat okoztak. Mindkét esetben sérülés okozta az epehólyag nyálkahártyájának repedését, amelyen keresztül a kórokozók bejutottak az epehólyag falába és megbetegítették azt. A megbetegedés ezen formáját cholecystitis traumatica internának mondja, szemben a cholecystitis traumatica externával, amelynél a serosa és a nyálkahártya muscularis rétege sérül és ad utat a kórokozónak a behatolásra. Traumás eredetűnek minősíti a cholecystitist, ha az kifejezett súlyos sérüléssel járó trauma után 3 naptól 6 hétig terjedő időközben fejlődött ki. (G. 28.)

Kadosa László dr.

Féregnyulványlob és felső hasi panaszok. *Gusnar.* (Der Chirurg 1942. 5.) Sok esetben bizonytalan felső hasi panaszoknál a gyomor és epehólyag megbetegedéseire gondolnak és figyelmen kívül hagyják a féregnyulványt. A közismert reflektorikus idegösszeköttetés az appendix és gyomor között azonban megmagyarázza a chronicus appendicitis kapcsán fellépő gyomorfájdalmakat. S mégis sokan dyspepsiás panaszokról, spasticus gyomorgöresről, gyomor- és dnodenum erosiokról, illetve fekélyekről, hasnyálmirigy, epehólyag és utak inféctiójáról, kóképződéséről, távoli vastagbél és rekeszizomgöresről, valamint felső hasi összenövésekről beszélnek a meglévő chronicus appendicitis mellett. — Beszámol azokról az állat- és emberkísérletekről is, melyek igazolják az appendix és gyomor közti összefüggéseket, s ezáltal megmagyarázzák az appendicitises felsőhasi panaszok eredetét. — Végül a lymphadenitis mesaraicára utal mint olyan tényezőre, amely szintén erősen befolyásolhatja a körkép tisztaságát. (R. 27.)

Szentspétery Bódog dr.

TABORI EGÉSZSÉGÜGY ÉS HADISEBÉSZET

Rovatvezető: *Sereghy Emil.*

Az orosz gyalogsági robbanó lövedék. *Panning.* (D. Militärarzt 1942/1.)

Az oroszok használnak dum-dum gyalogsági lövedéket, melynél a lövedék acélköpenyének hegyét eltávolították, valamint speciális, a célnál ütődésre robbanó-gyújtó gyalogsági lövedéket, melynél a lövedék hegye és a gyutacs vörösre lakkozott. Ez lényegében egy kis robbanó-gyújtó gránát, melyet békében más államok is használnak terepen belövésre oktatás céljából. A szentspétervári és hágai egyezmény tiltja a 250 g-nál könnyebb robbanó-gyújtó lövedék háborús alkalmazását. Ezzel a lövedékkel a szerző lőkísérleteket végzett. A bőrön 0.3–0.5 cm átmérőjű bemeneti nyílást, csonton 3–6 cm, gyomron, belén 15–35 cm átmérőjű, súlyos roncsolást idézett elő. A lövedék a találatnál hallhatóan robban és a sebüregben löpormocok látható, mely a löcsatorna mélyén kezdődik. Ebben különbözik a közönséges dum-dum lövedék hatásától. A lövedék a benzintartályt lánggra lobbantja, a sebben azonban égést nem okoz. Orosz és német sebesülteken, halottakon is megfigyelték hatását, mindig óriási roncsolást idézett elő. Egyik lőkísérletnél a lövedék acélköpenyének hegye letört és a lövedék nem robbant fel, ezért — bármennyire ritkán fordulhat ez elő — a lövedékek műtéti eltávolításánál ügyelni kell, nehogy tüvel való szurkálással, vagy a lövedék vigyázatlan kezelésénél felrobbanjon. (S. 23.) *Sereghy Emil dr.*

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ottó József és Benedek Andor.*

Szülés alatti altatás gyűjtőérbe fecskendezett paraldehddel. *Gardner-Sage.* (Am. Journ. of Obst. and Gyn. 1941. 42. köt. 467.) 100 szülés alatti altatást végeztek 10%-os paraldehyd oldat gyűjtőérbe fecskendezésével, testsúlykilogrammonként 0.7–1.0 cm³-es adagolással. Csak nagy adagokkal sikerült teljes altató és fájdalomcsillapító hatást elérniük, mely a szer befecskendezése után 10–12 mp múlva kezdődik. Komoly szövődésményt sem az anyám, sem a magzaton nem észleltek. A légzés és vérnyomás lényeges eltérést nem mutatott, nagy adagok alkalmazásakor a légzés szaporább lett és mélyült, az érverés gyakran gyorsult volt. A vér legnagyobb paraldehyd-sűrűsége 22 mg%, legkisebb 14.8 mg% volt. (O. 24)

Kriszt József dr.

Összehasonlító vizsgálatok az emlőmirigyek működéséről és fejlődéséről. *Fauvet.* (Arch. Gynäk. 1941. 171. 2.) Sorozatos vizsgálatai során jelen közleményében a tüszőhormon hatását vizsgálta patkányemlékben. Ezek során megállapította, hogy a tüszőhormonnak nincsen hatása a tejelválasztásra, azonban a petefészkekben sárgatest képződik. E sárgatest hatására az emlők a kiválasztásos állapotból ismét proliferatív állapotba kerülnek. Ez a változás olyan állapotokban, melyeknél a petefészkeket eltávolították, csak tüsző és sárgatesthormon egymagában nem gátolja a tejelválasztást. (O. 23.)

Rerrich Ervin dr.

A sárgatesthormon hatásának fokozása E-vitamin a fenyegető és szokványos vetélések gyógykezelésében. *Bach és Winkler.* (Arch. Gyn. 172. I. 97. 1941.) 127 kezelt esetük eredményeit összegezve megállapítják, hogy fenyegető és szokványos vetélések ellen legjobb eredmény az E-vitamin és a sárgatesthormon egyidejű adagolásától várható. Az E-vitamin serkenti a sárgatest növekedését és hormontermelését és mintegy aktiválja a sárgatesthormont. Naponta 30 mg E-vitamin és 10 mg sárgatesthormon adásával kezdik a kezelést. Az első napokban a sárgatesthormonnak értékebb a hatása, mert közvetlenül védi a terhességet, 5–6 nap után azonban már nem adnak hormont, mert ennyi idő alatt az E-vitamin kellő mértékre kifejleszthette a sárgatestet és a termelőző hormont aktiválja. A belső nemiszervek fejletlenségéből eredő szokványos vetélések esetében jó eredményt csak akkor érhetünk el, ha a nemiszervek fejlesztését célzó hormonális kezelést még a terhesség beállta előtt kezdjük meg. (O. 25.)

Ember Károly dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

Szaruelváltozások dysostosis multiplex-ben. *Rochat.* (Ophthalmologica 1942. jún.) A Bowman-hártyában résképződés következtében áll elő szarueiváltozás. E defektusokban nagy sejteket talált, amelyek lipid-szerű anyagot tartalmaznak. (21.) *Nagy Ferenc dr.*

Objectív adaptometria. *Ricken.* (Kl. Mbl. f. A. 107. 1. 1941.) A farkasvakság szimulálását leleplező eljárást közöl. Az optokinetikus nystagmus segítségével objectív vizsgálat lehetséges. A nystagmust sötét helyiségben idézi elő, miközben a másik izolált szemem figyeli a nystagmus fellépésének időpontját. Ha a nystagmus fellép és a beteg közli, hogy még nem látja a megvilágított felületet, akkor kétségtelen, hogy valótlan állít. A módszer lehetővé teszi a beteg bemonadásainak ellenőrzését. A módszer objectív adaptációs görbe felvételét is lehetővé teszi. (20.) *Radnót Magda dr.*

Az opticus kis ereinek anomáliáiról és betegségeiről. *Igersheimer.* (Ophthalmologica 1942. ápr.) Azzal az általános véleménnyel szemben, hogy az art. centr. ret. a látóidegben nem ad ágakat, a lamina cribrosa mögött pár mm-re néhány esetben kis ágat talált és felteszi, hogy az art. centr. ezen esetekben bizonyos fokig hozzájárul a látóideg táplálásához. Rosszindulatú sklerosisban ezen apró éren is talált elváltozásokat és felteszi, hogy ez a látóidegben kezdődő sorvadáshoz vezethet. (25.) *Nagy Ferenc dr.*

Dr. Deér Endre serobakteriologiai laboratoriuma
BUDAPEST, IX., RÁDAY-UTCA 18. TELEFON 186-006

Scarlantin
Diphthantín **Védőoltóanyagok** sec.
Dr. Deér

Typhus H
Typhus O
Paratyphus A és B
Typhus exanth.
Bang **Diagnosticumok** sec.
Dr. Deér

Sanguityp **Vércsoporthatározó**

Lábadozóknak
Kimerülteknek **NERVITONICUM** Dr. Deér
ROBORANS
TONICUM

BILAGIT-CHINOIN

Rationális összetételű cholagogum, choloreticum

20 és 40 tableta

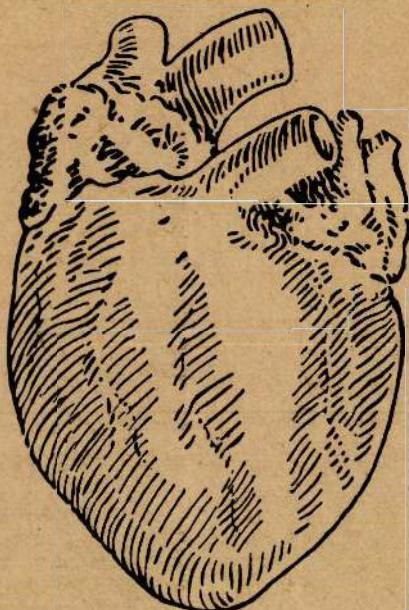
CALCORISAN

calcium lacticum-, rizsnyák-, dextrin-, di- és monosaccharidtartalmú csecsemőtápszer

calciumtej készítésére

Javalt: hasmenésre hajlamos exsudatív csecsemőknél; angolkór és spasmophilia eseteiben; influenzás, valamint dysenteriás eredetű vastagbélfolyamatoknál és parenteralis dyspepsiáknál úgy lázas, mint láztalan állapotban.
Irodalommal és mintával szívesen szolgálunk.

Krompecher tápszer- és gyógyszeripari kft. Budapest, V., Nádor-utca 15.



Intravenás

Strophanthin-kezeléshez:

Kombetin

(= Strophanthin Boehringer)

a szivizom heveny elégtelenségében,
a szívelégtelenség végső szakában

Intramuscularis

Strophanthin-kezeléshez:

Myokombin

= Strophanthin Boehringer + „Novocain“ [Bayer])

azokban az esetekben, amikor az intravenás
befecskendezés akadályokba ütközik.

Kórházak részére szabadon, betegpénztárak részére
mindkét szer főorvosi engedéllyel rendelhető.

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H.

Mannheim-Waldhof

Magyarországon forgalomba hozza:

Walter és Dummel, Budapest V., Mérleg-utca 10

EUGASTRIN MITE és FORTE

SAVKÍTÓ
BÉLMŰKODÉSSZABÁLYOZÓ

„CERTA” GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R.T., BUDAPEST

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

Röntgenátvilágítások kivitele a gyermekkorban. *Camerer.* (Kind. Pr. 1941. 9.) Csecsemőket forgatható székre téve fixálja, kezét, fejét felfelé húzva tartja egy állvány. Az állvány maga az ernyő és a lámpa között oldalt foglal helyet, mégpedig úgy, hogy a benyúló karok a sugár útjába nem esnek. Nagyobb gyermekek részére a készülékből csak a kart tartó rész marad meg. A lábak alá rögzített számoly jön, mivel tapasztalat szerint a bizonytalanság érzetét fokozza, ha a testtel együtt a számolyt is mozgatjuk. Két fénykép szemlélteti a két szerkezetet. (K. 31.)

Gefferth Károly dr.

Plasmatherapia. *Camerer.* (Mschr. Kh. 88. 1—2.) A Bessau és Uhse által kezdeményezett plasmatherapiának nagy jelentőséget tulajdonít a csecsemőgyógyászatban. Az eredeti dosirozástól eltérő, mindig az adott kornak megfelelő mennyiségben alkalmazta. Sok esetben napi 20—25 cm³ testsúlykilogrammonkénti dosisal jó eredményeket ért el. Néhány esetben 40 cm³ testsúlykilogrammonként bizonyult szükségesnek a súlyvesztés pótlására. Legjobb eredményeket acut exsiccációs állapotoknál látta, chronicus táplálkozási zavarok, különösen decompositionál a plasmatherapia hatása kétségesen bizonyult. Intoxicatió nál plasma intravenás hatására a halálozási arányszám csökkent. (K. 32.)

Timcsák Alice dr.

Pneumonia gyógykezelése eubasinummal. *Strangmann.* (D. M. W. 1941. 36.) Beszámol a Virchow-kórházban 67 croupos és 8 bronchopneumoniás betegnek eubasinummal való gyógykezeléséről és annak eredményeiről. A gyógyszer a betegség lefolyását legtöbb esetben kedvezően befolyásolta. Az eubasinum adagolása a lázas szakban napi 2—3 tablettát vagy 3×3.3 ccm volt, utána néhány napig kisebb dosisokban adagolták. Több szerző által észlelt kellemetlen mellékhatásokra való tekintettel ajánlatos a gyógyszer óvatos adagolása. (K. 35.)

Timcsák Alice dr.

Pneumoniák gyógykezelése sulfoamidopyridinnel. *Koch.* (D. M. W. 1941. 36.) Következőkről számol be: 1. Pneumoniák halálozási arányszáma 1939-ben ebinin gyógykezelésre 29% volt, míg 1940-ben sulfoamidopyridin terapia ezt a számot csak 21%-ra csökkentette. 2. Sulfoamidopyridin terapia a betegség lefolyását nem rövidítette meg, complicatiók változatlanul felléptek. Kezelőorvosnak számolnia kell a gyógyszer hatására fellépett pseudokrizissel. 3. 60%-ban a betegek gyomorpanaszaira való tekintettel a gyógyszert injectio formájában vagy rectalisan kellett alkalmazni. Habár a sulfoamidopyridin terapia haladást jelent a pneumoniák gyógykezelésében, mégis kellő kritikával kell az eredményeket elbírálni. Saját tapasztalatai alapján az új terapiát kevésbé kedvezőnek tartja, mint sok más szerző. (K. 34.)

Timcsák Alice dr.

Pneumonia gyógykezelése sulfanilamidothiazollal. *Göpfert.* (D. M. W. 1941. 36.) Beszámol a sulfanilamidothiazol terapia eredményeiről. A gyógyszert 25 pneumoniás betegnél alkalmazták, úgy lobaris, valamint aggok és gyermekek bronchopneumoniájánál. Az eredmények kielégítőek voltak: a gyógyszer a betegség lefolyását megrövidítette, mellékhatásokat egy esetben sem okozott, gyermekek és csecsemők jól tűrték. A sulfanilamidothiazol cibazol néven 0.5 gr. tabletták és 5 ccm-es ampullák (à 1 gr.) van forgalomban. Felnőtteknél a gyógyszert a betegség első napjaiban Stoss-therapia formájában alkalmazta. Csecsemők és gyermekeknél a kor és megbetegedés súlyosságától tette függővé a cibazol dosirozását. (K. 33.)

Timcsák Alice dr.

BÖRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő.*

A bőrtuberculosis határsugárkezelése. *Hrad. O.* (Dermat. Wschr. 114. 23.) A gráci klinika anyagából 26 különböző bőrtuberculosisban szenvedő beteget következőképpen kezelt: a beteg területet Ektebin kenőccsel bedörzsölte, Sollux-lámpával besugározta, majd reá Bucky-féle sugarakat adott. Ezt 5 hetenként ismételve, az eredmények jobbak voltak az egyedül Bucky-sugarakkal vagy az egyéb, diaeta égetés, Bucky stb-vel kombinált-kezelésben részesülteknél. Az eljárás előnye, hogy néhány óvatossági szabály betartása mellett igen szép heggel, olcsón, bejárva, későbbi károsodás nélkül gyógyíthatók a bőrtuberculosisos betegek. (Sz. 27.)

Kertész Tivadar dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Haematologia. Írta: *Dr. Boros József*, egyet. nyilv. r. tanár. 2. kiadás. 111., 269 lap, 64, részben színes ábra. Eggenberger, Budapest 1942. Ára kötve 48 P, előjegyzés esetén 40 P.

E kiváló munka hézagpótló voltának jele, hogy 1935-ben megjelent első kiadása néhány év alatt elfogyott. Azonban nemcsak ez, hanem — mint a szerző előszavában írja — a haematologia tudományának gyors fejlődése is szükségessé tette könyvének ezt az új kiadását megjelentetni, mert az első kiadás máris elavult és a mai igényeknek távolról sem felel meg. Könyvének lelkiismeretes átdolgozásával és bővítésével sikerült a szerzőnek a tudomány mai állásának megfelelően haematologiai ismereteinket igen jól összefoglalni. Számos fejezetnek szövegét bővítette és új fejezetekben tárgyalta a csontvelő vizsgálatát, a reticulum sejteteket, a vashiány okozta anaemiákat, a földközi tengeri anemiát, az *Osler*-betegséget, a xanthomatost, az acut erythroblastosist és az osteosclerosis haematologiaiáját. Növeli a munka értékét, hogy szerzője majdnem mindenütt saját és munkatársaival végzett vizsgálataira is támaszkodik, melyek részben az alulírott, részben saját klinikájának gazdag beteganyagán történtek. A gyakorló orvos szempontjából pedig nagyon előnyös, hogy a szerző háttérbe szorítva egyéni véleményeket jelentő feltevéseket és elméleti elgondolásokat elsősorban maradó és haladást jelentő új tények ismertetésével bővítette a szöveget. Éppen ezért nemcsak a belgyógyász-szakorvosok, hanem az általános gyakorlatot folytató kollégák, sőt más szakmák művelői is örömmel fogják fogadni ezt a 6 ívvel, sok nagyon jó mikrofotogrammal és más eredeti ábrával bővített második kiadást, melyben megbízható útbaigazítást találnak a nem ritkán nehezen megítélhető haematologiai kérdésekben. A könyvnek szép kiállítása, mind papirosa, mind nyomása és ábráinak reproductiója, valamint aránylag alacsony ára is az Eggenberger-féle könyvkereskedést dicséri.

Herzog prof.

Az elektrokardiográfia ABC-je. *Dr. Rózsa László.* (Novák R. és Tsa kiadás.) A munka 26 oldalon kívánja tárgyalni az egész elektrokardiografiát, beleértve, miként az alcím mondja, a leletet, klinikát és a terapiát. Mindezt egyetlen ábra nélkül, azzal az indoklással, hogy a »gyakorló orvos az ábrát a lelettel úgyszólván kézhez kapja«. Alig hisszük azonban, hogy az ábrák elhagyása szerencsés gondolat volt. A kezdő orvosnak, aki ebből a munkából próbálja az elektrokardiografiát megismerni, alig lesz kielégítő EKG-gyűjteménye, másrészt pedig az épen ilyen nagyon szűkre szabott munka megértését könnyítette volna meg néhány görbe vagy sémás rajz közlése. Nagyon rövid munkák esetén úgyszólván mindig fenyeget a veszély, hogy az olvasó inkább csak szavakat és nem fogalmakat jegyez meg.

Gömöri dr.

Az orvostörténetírás története Erdélyben.

Irta: *diósadi Elekes György dr.* egyet. m. tanár.

A kolozsvári egyetem hazatértével mienk lett az ott 1921-ben felállított orvostörténeti tanszék és orvostörténeti könyvtár és múzeum is.

Az orvostörténetírás erdélyországi kezdete jóval korábbi, mint a tanszék megalapítása. Az első e tárgykörbe tartozó munkácska *Chiakor Györgynek* Kolozsvárott 1587-ben megjelent és Báthory István lengyel király halálának körülményeit tisztázni kívánó irata: »Epistola de morbo et obitu Stephani Regis Poloniae.«

Ezután hosszú időn keresztül hallgatott az orvostörténelem műzsája, míg végül 1719-ben megjelent az erdélyi származású Enyedy Istvánnak »De Medicina Hippokratia Mechanica« című avatási értekezése, melyben Hippokrates felfogását ismerteti a szív szerepéről, a vér mozgásáról, a plethoráról, a pneuma felől, leírja Hippokratesnek a bőr, az izmok és a szervek rostjainak összehúzása által vélt gyógyító eljárását. Enyedy Enyeden és Debrecenben végezte a gimnáziumot és 1719 augusztus 28-án Hallében szerezte orvosi diplomáját. Az egyetem nagy hírű tanárának, *Hoffmann Frigyesnek* a hippokratikus felfogáshoz és a mechanico-dinamikus elvekhez való szellemi kapcsolatai, valamint mérsékelt Van Helmont-, tehát Paracelsus-ellenessége közismert s ha meggondoljuk, hogy a magyar származású Sinapius Senf Mihály Alajos csak nemrég, 1697-ben támada meg kissé ottromba módon a párizsi orvosi akadémiát a túlzásba vitt vérvételek miatt, aminek viszont Hoffmann hive volt bizonyos mértékben, akkor közel áll a lehetősége annak, hogy Enyedyben nemcsak Hoffmann tanítványát lássuk, hanem a kései Paracelsus-ellenesek egyik hazai képviselőjét is.

Tágabb értelemben véve szintén idetartozik az ugyancsak erdélyi származású s Bécsben és Utrechtben tanult *Zágoni Gábornak* 1764-ben Utrechtben megjelent munkája: »De Inventis Hujus Saeculi in Arte Salutari novis«, melyben kora nevezetes orvosi felfedezéseit, részben az elméletieket, részben a gyakorlatiakat sorolja elő. Utóbbiakban mint a Wespriemi István által javasolt pestis-elleni oltás ellenfele mutatkozik, másrészt a magyar orvosi irodalomban ő teszi bírálat tárgyává először Auenbruggernek percussió eljárását (1761).

A luxenburgai származású és Van Swieten által az 1755. évi erdélyi pestis elfojtására leküldött *Chenot Adámnak* két munkáját is az orvostörténeti művek közé sorolja *Györy Tibor* (e munkák 1765. és 1799-ben jelentek meg), azonban a címükben viselt »Historia« szótól eltekintve, sokkal inkább járványtani, mint történeti munkák. Ugyanez az eset áll fenn nagybaconi *Intze Mihálynak* az 1822. évi brassói pestissel foglalkozó medico-historica dissertációjánál is. Farkas Ignác az erdélyi bábáztat chronológiájához írt németnyelvű megjegyzéseiben (1803), a jelen tennivalóinak gyakorlati megoldását keresi. Az erdélyi születésű *Papp László Vazul* bölcséleti és orvosdoktorának »De funeribus plebeji Daco-Romanorum sive hodiernorum Valachorum et quibusdam circa ea abusibus, perpetuo respectu habito ad veterum Romanorum funera«. Vienna 1817. c. művét eredetiben nem láttam, sem az irodalom vonatkozó ismertetését nem ismerem. Alkalom szülte orvostörténeti írásnak tekinthetjük *szotyori Szotyory Józsefnek* a marosvásárhelyi polgári kórházról 1833-ban megjelent munkáját.

Müller Frigyesnek a nagyszebeni szász gimnázium

értékesítőjében megjelent műve, mely önálló formában Bécsben is megjelent: »Geschichte der Siebenbürgischen Hospitäl bis 1825« (megjelent 1856) máig egyik legfontosabb forrásmunkánk az erdélyi kórházi viszonyokra, amellet szorgalmas adatgyűjtő munkások: *Trauschenfels Jenő* (»Zur Geschichte der Errichtung des Bürgerkrankenhauses in Kronstadt« és néhány az 1709–10-i pestisre vonatkozó irata, Korrespond. Bl. d. Verein. f. Siebenb. Landeskunde) és *Herbert Henrik* (»Die Gesundheitspflege in Hermannstadt« Arch. d. Verein. f. siebenbürg. Landeskunde, N. F. XX. és XXX.).

Rendszeres orvostörténeti tanulmányozást és készütséget Erdélyben elsőként *kissolymosi Gyergyai Árpádnál* találunk, akinek nevét Bologna nem említi az erdélyi orvostörténeti írók felsorolásakor (Sudhoff Arch. f. Gesch. d. Med. 1926: 107. l.), ahol csak szászokat sorolt fel. Gyergyai Nagyszebenben született 1845-ben, orvosi oklevelet Bécsben szerzett, majd Kolozsvárott és Pesten tanársegéd az élettanon. 1875-ben Lipcsébe, Párisba, Londonba, Edinburghba látogat el és 1877-től Kolozsvárott az unitárius gimnázium természettanára. Egyrészt külföldi útja, melynek naplói Gyergyai Árpád professzor birtokában vannak, másrészt barátainak unszólása terelték figyelmét az orvostörténelem felé. Első czirányú munkáját Claude Bernát életéről és tudományos működéséről Kolozsvárott 1878-ban olvasta fel, további munkái a sebészet, ill. ókori sebészet történetéből merítvék. Az anyag racionalis kezelési módja, idézetei, sőt könyvtárának főleg francia és német, részben olasz és angol nyelvű forrásmunkái a francia Dahremberg és a német Haeser hatására mutatnak. 1880-ban a sérvek tanának történetéről tartott előadását már orvostörténeti magántanári előadásnak szánta, amikor 1881 január végén váratlanul meghalt. (Högyes, O. H. 1881: 130. o.)

Hasonlíthatatlanul szerencsésebb viszonyok között dolgozott Brassóban *Gusbeth Ede*, aki városának egészségügyi krónikása volt, aprólékos részletekig menve, ügyes és áttekinthető csoportosítással élve, akár 1884-ben megjelent »Zur Geschichte der Sanitätsverhältnisse in Kronstadt« c. munkáját, vagy »Das Gesundheitswesen in Kronstadt« sorozatos kiadványát (1884-től 1900-ig), avagy életrajzi és irodalmi adatokat tartalmazó »Das Sanitätspersonal in und aus dem Kronstadt« c. munkáját stb. nézzük. Munkáit részletesen felsorolja Valériu Bologna (Sudhoff—Archiv f. Gesch. d. Med. 1926: 108. o.).

Végül a multszázadi kutatók között meg kell említenem *Maizner Jánost*, az élettan tanárát a kolozsvári egyetemen, aki megírta a kolozsvári orvossebészi intézet történetét eredeti források alapján (1890) és összegyűjtötte »A magyar orvostudományi irodalmat 1770-ig« (Kolozsvár 1885.), de már előbb (O. Hetilap 1859: 32–33–34. sz.) részletesen foglalkozott a sebészet történetével és sok új magyar adatot hozott. Azonkívül az orvostudomány történetéből néhány feléven át praelegált is. Vácott, 1828-ban született, orvosi oklevelet Budapesten 1852-ben szerzett, majd Balassa és Semmelweis assistense, 1858-ban kolozsvári szülészprofessor. Meghalt 1902-ben.

Még két kutatót kell említenem, akiknek működése ugyan még a mult század utolsó éveiben kezdődött, de munkájuk dandárját a megszállás évei alatt, szinte a román orvostörténészek ellensúlyozására végezték.

Az egyik sárospataki *Pataki Jenő*, 1857-ben született Kolozsvárott s az egyetemet ugyanott és Buda-

pesten végezte, majd Bókay János juniorral együtt gyermekgyógyásznak készült. E téren eltért kiváló évtársa mellől, de az orvostörténeti érdeklődést mindkettőjükben ugyanazon tanár, id. Purjesz Zsigmond, a budapesti egyetemen az orvostörténet magántanára oltotta beléjük. De amíg Bókay a gyermekgyógyászat történetével foglalkozott legszívesebben, addig Pataky az erdélyi orvostudomány és gyakorlat elfelejtett nagyságait elevenítette fel: *Dimien Pált, Péchy Lukácsot, Mátyust, a Barra-, a Pápai Páriz- és a Pataky-családok 3–4–5 nemzedékre kiterjedő orvosi generációját* mutatta be abban az időben, amikor a kolozsvári orvostörténeti tanszék igazgatója, a Lyonból hívott Guiart az erdélyi orvosokról írott lexikonában csak szász, belga, román, francia és nagynémet származású orvosokról emlékezett meg. Patakinak magyar orvosok 1800 előtti munkáit tartalmazó kb. 400 kötetes könyvtárát a szegedi egyetem vette meg felállítandó orvostörténeti intézete részére, ez az anyag azonban Kolozsvár hazatérésekor a kolozsvári egyetem tulajdonába ment át.

A másik *Orient Gyula*, a máramarosvármegyei Nagybocksón 1869-ben született. A gyógyszerész oklevél elnyerése után a kolozsvári egyetemen helyezkedett el s megszerezte az orvosi diplomát is. Első cikke a csetneki régi gyógyszerterről szól s 1895-ben jelent meg. Eleinte a gyógyszerészet történetével, az alkémiával, az erdélyi gyógyszertárak történetével foglalkozik és már ekkor kezdi gyűjtögetni Erdély és Magyarország minden részéből gyógyszerészeti múzeumának anyagát, amely oly értékes, hogy amidőn a nemzetközi orvostörténeti társaság 1932-ben Bukarestben tartotta ülését, a román kormány Kolozsvárról odavittette s mint román nemzeti kincset mutatta be. E gyűjtemény, a család birtokában levő kis töredéktől eltekintve, jelenleg a kolozsvári Erdélyi Múzeum Egyesület birtokában van, így köztük számos Rákóczi korabeli gyógyszerári fajansz- és üvegedény, eszközök, Velits Sámuel 1760-ból való kézi festésű gyógyszerészeti oklevele stb. összesen mintegy 1500 darab. Az utóbbi években szívesen foglalkozott a régi rómaiak sebészi eszközeinek Erdély területén talált darabjaival és 1928-ban adta ki az erdélyi gyógyszertárak és kórházak történetére vonatkozó munkáját: »Az erdélyi és bánáti gyógyszerészet története« címen.

Magyarországon 1900-tól kezdve a vezetést orvostörténeti téren Budapest ragadta magához, de csak tervezetek hirdetik ennek emlékét. Ugyanekkor Európa majdnem minden állama nyilvános rendes tanszéket állított fel s erre az időre esik a lipcsei, bécsi, kopenhágai és hágai múzeumok alapítása. 1910-ben alakult a londoni *Welcome múzeum* saját hatalmas palotájával. A világháború után az utódállamok egymásután állítottak orvostörténeti tanszéket. Lengyelországnak mind az öt egyeteme kapott katedrát, Zágrábban is szerveztek tanszéket s a románok 1921-ben Kolozsvárról állítottak fel tanszéket és arra a lyoni egyetemről a parasitologia tanárát, *Guiart*-ot hívták meg vendégelőadónak és a múzeum megszervezőjének. *Guiart* minden második félévét Kolozsvárott töltötte és az intézet és múzeum megszervezése az ő érdeme. Egy múzeumőr, egy tb. asszisztens és egy tb. gyakornok volt mellé beosztva. 1930-ban tanársegéde, *Bologa Valér* (szül. Brassóban) vette át az intézet vezetését, rövidesen nyilvános rendes tanár lett s mint ilyen, keresztülvitte, hogy az orvostan és gyógyszerészet történetének hallgatása kötelező lett. Az 1938. évi román racionalizálási eljárások idején a tanszék java-

dalmazása megszűnt és *Bologa* mint fizetéstelen igazgató és mint a közben megüresedett bőrgyógyászati tanszék helyettes igazgatója (ugyanis *Tatar Coriolan*, a bőrgyógyász közben Északerdély helytartója lett) működött tovább. Az intézeti munkásságot nagyban előmozdította az a rendszer, hogy az orvostörténetre avatandók avatási értekezéseket voltak kötelesek írni és kiadni. Az orvostörténeti tételeket különösen magyar fiúk választották szívesen, ezeknek *Bologa* megállapíthatólag magyar vonatkozású témákat adott ki, túlnyomóan az erdélyi járványok történetéből. Ugyancsak *Bologa* gyűjtötte egybe a régi magyar orvosi folyóiratokat és orvosi könyveket s ezeket elkülönítve, külön szekrényben kezelte. Az intézetében 1936-ig készült orvostörténeti avatási értekezések száma 90, ebből 36 magyar, ill. erdélyi orvostörténeti és népiesgyógyászati tétel. A 36 dolgozat szerzői közül 35 magyar nevű.

Volt az intézetnek negyedévenként megjelenő folyóirata is, azonkívül az intézet szerkesztésében a *Biblioteca medico-istorica* az 1926–36-ig terjedő időben 8 könyvet adott ki, közöttük egyetlen magyar szerző sincs. A nyolc kiadvány közül Erdélyre vonatkoznak: *Bologa*: »Contribuione la istoria medicinii in Ardeal« és *Lenghel*: *Istoricul Ciunei in Cluj la 1738–39.* 1931-ben az intézet évi átalánya 30.000 Lei volt.

Az intézet munkásságával kapcsolatban rá kell mutatnom arra, a *Bálint Nagy István* által a Magyar Szemlében erősen támadott eljárására a román orvostörténészeknek, hogy propagálták a *Köleséry Sámuel* és a *Rác Sámuel* román származásával, ill. elrománosodásával kapcsolatos téves és tendenciósus nézeteket és erdélyi orvosokról írva, sajnálatos módon a szász, német, belga, holland és román orvosokat emelik ki Erdély történeti földjén, *Guiart* biographikus lexikonja pedig egyenesen hallgat a magyar orvosokról. Az intézetnek az átvétel óta lefolyt történetével és anyagával nem kívánok foglalkozni.

Annak a reményemnek adok kifejezést, amiről »Teendők a magyar orvostörténeti tudomány érdekében« című cikkemben 1938-ban (*Orvosi Hetilap*) bővebben írtam, hogy eljön az az idő, amikor a debreceni egyetem is megkapja a kultusz kormánytól a lehetőséget egy orvostörténeti múzeum és intézet vagy seminarium felállítására, de remélhetőleg nem úgy, mint *Apáthy István*: A kolozsvári tudományegyetem állattani és összehasonlító anatómiai intézete stb. (Budapest, 1903.) c. munkájában nem egészen indokolatlanul írta: »Egyetemet alapítottak Kolozsvárt, intézetenként egy darab spongyával és két darab krétával.« Kívánatos az volna, ha mind az öt magyar egyetemen öt intézetben kötelező tárgyként tanítanák az orvostörténetet. Ezek az intézetek lennének hivatva arra a nemzeti feladatra, hogy a magyar orvosi kultúra kiemelkedő tetteit és alakjait igazi és tárgyilagos megvilágításban hatékonyan vessék a tudományos világ tudatába és az e téren elterjedt téves és tendenciósus beállításokat megcáfolják.

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

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift 29 sz. Westhues H. és Rüd H.: Javalatok a gennyes térdisületgyulladások esetén háborúban és az amputatio javalatai. Richter W.: Természeti gyógymódok irányelvei a lues gyógyításában. Ellenbeck H. D. és Carlblom J.: A konservált placentevérben beálló változások. Ahringsmann H.: Van-e szívizom myalgia? Schulte G. és Schütz H.: Insulin a rákgyógyításban. Luft L.: Májbjaj és rheumatismus. Fervers C.: »Nitretten« pálcikák. Hamburger F.: Férgek okozta lichen urticatus.

Wiener Klinische Wochenschrift 29 sz. Stähle: A mai bábák. Duancic Vl.: A tüdővérkeringés megszűnésének különös problémája. E. Kux: A tüdőtuberculosis sebészeti gyógykezelésének milyen lehetőségei vannak manapság? Holzer W.: Az izom ingerlékenységéről. Chiari H.: Ludwig Aschoff.

Schweizerische -Medizinische Wochenschrift 29 sz. Brunner A.: A mellkasebészet mai állása. Stachelin R.: Tüdőbeszűrődésekről. Abelin I.: A hormon egyensúlyról. F. Isander: Prostigmin a fülzúgás kezelésére. Fellenberg R.: Intracután varrat. Joël C. A.: Hypophysis elváltozása a hólyag Rtg-besugárzása után.

VEGYES HIREK

Röntgen tanszék betöltése. A Kormányzó Úr Öfőméltósága Ratkóczy Nándor egyet. rk. tanárt, a budapesti Tudományegyetem orvostudományi karán üresedésben lévő Röntgen tanszékre egyetemi nyilvános rendes tanárrá kinevezte. Ratkóczy professzor szakmájának kiváló képviselője, ki úgy tudományos munkálatai, valamint az orvosi továbbképzés és szakorvos képzés terén szerzett érdemeiért kinevezésével méltó elismerésben részesült. Öszinte szívből üdvözljük új professzorunkat tanszékén.

Személyi hírek. A Kormányzó Úr Öfőméltósága Csipke Zoltán dr. egyetemi magántanár egyetemi fővegyésznek az egyetemi rendkívüli tanári címet adományozta. — A vallás- és közoktatásügyi miniszter a debreceni Tisza István tudományegyetem orvostudományi karán Jaeger Gyula dr. kórházigazgató főorvosnak az »Intézményes betegvédelem és betegellátás« című tárgykörből, Végh Pál dr. egyetemi tanársegédnek »A máj- és epebetegségek kór- és gyógytana« című tárgykörből, Cserey-Pechány Albin dr. kórházigazgató főorvosnak »Az alkattan sebészeti vonatkozásai« című tárgykörből és végül Arvay Sándor dr. kórház-főorvosnak »Az Endokrinológia szülészeti és nőgyógyászati vonatkozásai« című tárgykörből; a budapesti Tudományegyetem orvostudományi karán Kovács János főorvosnak »A mentésügy«, Guszich Aurél adjunktusnak »A sebészeti diagnosztika«, Halmai János adjunktusnak »A gyógyszerismereti vizsgálatok«, ifj. Issekutz Béla egyetemi tanársegédnek »Az anyagcsere élet- és gyógyszerterana, Luzsa Endre egyetemi tanársegédnek »A szemészeti röntgendiagnosztika és

FAGIFOR „CITO“

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lacto-kreosot-syrup

Ideális enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

lag. orig. P 3-21, pénzt. csom. P 1-61

Szabadon rendelhető: MAB, MÁV. B. B. I. Szklév. kórháza Szklév. Aik. Segítő Alapja. Kersek. Segélyegyl.

CITO gyógyszervegyészeti gyár

Budapest, XIV., Lengyel-utca 33.

therápia«, Láng János egyetemi tanársegédnek »Az orvoslaboratóriumi vizsgálatok«, vitéz Dániel Gábor főorvosnak »A tüdőgümőkór klinikája«, Leszler Antal egyetemi tanársegédnek »A belgyógyászati röntgendiagnosztika«, Szentágothay Imre egyetemi adjunktusnak »Az idegrendszer anatómiája és szöveti szerkezete«, Pallós Károly egyetemi tanársegédnek »A szülészeti és nőgyógyászati kórtani vonatkozásai«, Végh Lajos egyetemi tanársegédnek »A szülészeti műtétan«, Némegy Imre egyetemi adjunktusnak »A galenikus gyógyszerkészítmények előállításai« és Vitéz István egyetemi adjunktusnak »Az élelmiszerek hygienés vizsgálata« című tárgykörből egyetemi magántanárrá történt képesítését jóváhagyólag tudomásul vette és őket e minőségükben megerősítette.

Halálozás. Guhrauer Maximilián dr. e. ü. főtanácsos tragikus körülmények között 54 éves korában; Korondy Oszvald József orvosőrnagy hosszas szenvedés után 41 éves korában elhunyt.

Szabadságon van: Rejtő Sándor dr. július 16-tól augusztus 16-ig.

Kiadóhivatalunk július és augusztus hó folyamán hétfőn és szombaton zárva van.

Calciumtej gyorsan, egyszerűen készíthető a Krompecher-féle Calcorisanból. A Calcorisan előnye, hogy calcium lacticum mellett szárított rizsnnyágot, dextrans, di- és monosaccharidokat tartalmaz olyan megfelelő mennyiségben, amely a csecsemő szénhidrátszükségletének fedezésére elegendő; szénhidrátok hozzáadása tehát a Calcorisanból készült táplálékhoz nem szükséges. A készítmény dugító hatású, mert a benne lévő monosaccharid már a vékonybél felső részében felszívódik, tehát erjedésre nem kerül, a disaccharidok hatását pedig a calcium és a polysaccharidok többszörösen ellensúlyozzák. A Calcorisannal készült táplálék mindazon esetben adható, midőn a calciumtej javalatai fennállanak.

FELELŐS KIADÓ: VAMOSSY ZOLTAN.

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

ÚJ FEGYVER

A HALADÓ SZELLEMŰ ORVOS KEZÉBEN A

DIACHEMIA
STRAUB SÁNDOR
GYÓGYSZERÉSZETI ÉS VEYÉSZETI LABO-
RATORIUM, BUDAPEST, VI., TERÉZ-KRT. 27

TROMBOGEN

inj. varix és haemorrhoidalis csomók okozta bántalmak műtétmentes megszüntetésére

3 amp. ára P 2.20

Fájdalmaknál

Quadronal

megbízható — hatásos — jól tűrhető

Naponta háromszor 1–2 tablettá

phiolák 10 és 20 tablettá tartalommal

Adatokkal készséggel szolgál:

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE I. W.
KÁLMÁN LEHEL GYÓGYSZERVEGYÉSZETI VÁLLALAT BUDAPEST 62

DORMOVIT*

alvási zavaroknál

20—30 percen belül elaltat,
6—8 órás alvást biztosít,
friss ébredés mellett.

*) Furfurylisopropylbarbitursav

DTWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A.G., BERLIN-WAIDMANNSLUST

Magyarországi képviselő: Múzeum Gyógyszertár, Budapest, IV. Kossuth Lajos-u. 20

St. Blasien

Szanatórium



Díjmentes képes ismertető

800 m tengerszint felett, legkedvezőbb éghajlati adottságok,
kímódottan gyógyklíma

Németország legmagasabban fekvő magángyógyintézete

tüdőbetegek

számára, a Feketeerdő déli részének legkedvezőbb fekvésében

Időszzerű átalányárak:

kétágyas szobában RM 9.-től
egyágyas szobában RM 11.-től

Igazgató: Dr. BACMEISTER A. egyet. tanár
Főorvos: Dr. EMLER A. sebész szakorvos

ST. BLASIEN SZANATÓRIUM

dél-badeni Hochschwarzwald. — Vasútállomás: Seebriigg
(Németország).

SEDYLETTA

tabletta 30×0.015 gr

Általános hatású pszichikus megnyugtató, kitűnő spasmolitikum

Szabadon rendelhető: OTI, MABI, MÁV, Székesfehérv. S. A., DOBBI

Podmaniczky-gyógyszertár Budapest, VI

IDULT NŐGYÓGYÁSZATI BETEGSÉGEK MEGGYÓGYULNAK AZ

ERZSÉBET-GYÓGYFÜRDŐBEN

KESERŰSÓS FÜRDŐK
ISZAPBOROGATÁSOK
FORRÓ ÜBLÍTÉSEK

TROPARIN COMBINATUM-CHINOIN

Novotropin 0.002 g + papaverin 0.04 g + Sevenal 0.02 g

20 tabletta

Fokozott hatású görcsoldó- és megnyugtatószer

MINDENNEMŰ SIMAIZOMGÖRCSES MEGELŐZÉSÉRE ÉS KEZELÉSÉRE

Engedélyezve a Közgyógyyszerellátás, illetve Államkincstár terhére.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26., IV. em.
Telefon: 345-113.

Ingyenes lifthasználat.
(Kérje a portástól.)

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy
22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámunk javára.

Romániában: *Borsos Béla dr.* Arad, Str. G. Gringorescu 5.

Szlovákiában: *Eleőd Solt.* Handels- u. Kredit-B. Bratislava.

Előfizetési díj: az »Orvosi Hetilap«-ra az »Orvos-
tudományi közlemények«-kel együttesen egész évre 26 P,
220 slk., 1000 lei, egyéb külföldre a belföldi díjak + portó-
költség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyed-
évre negyede, egy óra 2·50 P.

A »Magyar Orvosi Archivum« egész évre 10 P., 70 slk., 400 lei.

Tinctura Ferri Athenstaedt

CUM ET SINE ARSENO

0·2% Fe.

TONICUM :: STOMACHICUM :: APERITIVUM :: ROBORANS

250 gr. ára P. 3.—

Orvosi mintával és irodalommal készséggel szolgál:

VAJNA JÓZSEF GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUMA
BUDAPEST, IV., VÁCI-UTCA 34.

Egyéb kezelésekkel dacoló seroresistens lues gyógyítására, tabetikusok lancináló fájdalmának hatásos csillapítására sokszorosan bevált a

JOD-„ICHTHYOL“ INJECTIO

INTRAMUSCULARIS ALKALMAZÁSBAN

Adagolás: hetenként háromszor egy, vagy ötödnaponként egy amp.

||| 1 dob. (12 amp.)
1 » (50 amp. kórh. csomag.)
1 » (100 amp. kórh. csomag.)

REX GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR ÉS GYÓGYÁRUKERESKEDELMI RT. BUDAPEST — DEBRECEN.

CORTENIL

Szintetikus mellékvese-kéreg-hormonkészítmény

Fertőzőbetegségek, exogen és endogen eredetű mérgezések, izomgyengeség, adynamiák, asthenia, kóros soványság, Addison-kór, — keringési zavarok, — hyperemesis gravidarum kezelésére, valamint műtétek előkészítésére

1 ampulla tartalma 5 mg desoxycorticosteron-acetat hatásértékének felel meg

Forgalomban :
3 és 15 ampulla à 1 cm



Magyarországi vezérképviselő: **MAGYAR PHARMA GYÓGYÁRU R.-T.**
BUDAPEST, V., Arany János utca 10. — KOLOZSVÁR, Mussolini út 18

»Bayer«
LEVERKUSEN

SULFAPYRIDIN

Para-amino-benzol-sulfo-alfa-pyridinamid

**A coccusok okozta megbetegedések
biztos hatású chemotherapiás szere**

Tabletta Injectio Suppositorium

SULFAPYRIDIN

HINTÓPOR



Fertőzött sebek, renyhén gyógyuló fekélyek kezelésére

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

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, VIDAKOVITS KAMILLÓ.

FELELŐS SZERK.: VÁMOSSY ZOLTÁN. Fogad kedden és pénteken 12—1.

SZERK.: FRITZ ERNŐ.

TARTALOM:

vitéz Haynal Imre: Az aorta tövének az aortitis luica röntgenképére emlékeztető körülírt tágulata vegetatív stigmatisációval bíró betegeknél. (379—380. oldal.)
Rehák Pál: Az ornyálkahártya lymphogranulomatosisa. (380—381. oldal.)
Ferecezi Sándor: Banti kór operált esete. (381—382. oldal.)

Szabó Miklós: Az árpanyák jelentősége egészséges és beteg csecsemők táplálásában. (383—384. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (61—64. oldal.)
Irodalmi szemle. (385—386. oldal.)
Könyvismertetés. (386. oldal.)
Lapszemle. (388. oldal.)
Vegyes hírek. (388. oldal.)

A székesfővárosi Szent Rókus központi kórház II. belbeteg osztályának (főorvos: vitéz Haynal Imre egy. rk. tanár) közleménye.

Az aorta tövének az aortitis luica röntgenképére emlékeztető körülírt tágulata vegetatív stigmatisációval bíró betegeknél.

Irta: *vitéz Haynal Imre dr.*

Régóta ismeretes, hogy Basedow-kórban az aorta az első ferde átmérőben tágabb lehet. Ezt a megfigyelést nagy anyagon szerzett tapasztalataink megerősítik. Feltűnő, hogy néha csak az aorta töve tágult s így az aortitis luica közismert röntgenképe jön létre. Ilyenkor természetesen sem anamnestikusan, sem klinikailag, sem serologialag syphilit kimutatni nem lehet. A betegek panaszai és objektív tünetei viszont pajzsmirigy-túlműködésre utalnak s a sympathikus-izgalom közismert tüneteit (a szemrés tágabb volta, protrusio bulbi, Graefe-féle tünet, izzadásra való hajlamosság, szapora szív-működés stb.) észlelhetjük.

Például szolgáljon a következő eset:

H. B.-né 37 é. földbírtokos neje. Szerencsétlen házasságban él, emiatt sok izgalma van. Két éve szív-táji nyomások, időnként migraine-ek. Öt hónapja havi-baja a rendesnél korábban jelentkezik és tovább tart. Kisfokú hevülés. Két egészséges gyermeke van, abortusa sohasem volt.

Jelen állapot: (1938. V. 13.) 164 cm magas, 55 kg súlyú, astheniás nő. Szemrései tágabbak, szemei ki-dülledtek, pajzsmirigye nem nagyobb, szíve normalis nagyságú. A röntgenlelet (Ratkóczy) a következő: a szív nem nagyobb, nem configurált, az aorta kezdeti szaka mérsékelten tágult (aortitis luica?). Az orthodia-gramm méretei H: 11, Bh: 4, Jh: 6 cm. Az elektro-kardiogramm normalis. A pulsus frequentiaja percenként 80 és igen labilis, a vérnyomás Riva-Rocci szerint 120/80 Hg. mm. Inflexei fokozottak. Pupillák rendben, Wassermann-reactio negatív. Alapanyag-csere +26%.

Diagnosis: climacterialis hyperthyreosis.

Epikrisis: chronikus dityrin-kezelésre (heti 6 szem dityrin-Chinoin), sevenaletta és progynon-tabletták adagolására 4 hónap múlva lényeges javulás állapít-

ható meg, amennyiben testsúlya 62 kg-ra emelkedett. Ezután a gyógyszer szedését önkényesen abbahagyta s egy évvel az első vizsgálat után jelentkezett ismét. Ekkor exophthalmusa is volt, pajzsmirigye kissé meg-duzzadt, alapanyagcsereje +39-re emelkedett. A pajzsmirigy röntgenbesugárzására állapota lényegesen javult.

Voltak olyan eseteink is, mikor az aorta tövének ezen specifikus aortitisre emlékeztető röntgenképe pajzsmirigy-túlműködés tünetei nélkül (normális alapanyagcsere mellett) állott fenn. Ezen betegekben azonban a sympathikus-izgalom tünetei szintén megvoltak. A következő esetet hozom fel például:

A. F. dr. 37 é. ügyvéd. Rövid idő óta álmatlan, amit a kisebbségi ételsok izgalmanak tulajdonít. Izgalom és testi megerőltetés szívdobogást vált ki. Anyja és két testvére Basedow-kórban szenved. Syphilitis infectiőról nem tud.

Jelen állapot: (1936. III. 9.) közép magas, astheniás habitusu férfi. Szemrései tágabbak, szemei nem düllledtek. A Graefe-féle tünet bizonytalan. A szíve nem nagyobb, az aorta második hangja gyengén ékelt. A röntgenlelet (Ratkóczy) a következő: nem nagyobb, nem configurált, kissé petyhüdt szív. Az aorta ascenden-s mérsékelten tágult (aortitis luica?). Az orthodia-gramm méretei: H: 12, 5, Bh: 7, Jh: 4, 8 cm. Az elektrokardiogramm normalis. A pulsus szaporasága percenként 80, igen labilis, vizsgálat alatt 100-ra emelkedik. A vérnyomás Riva-Rocci szerint 140/90 Hg. mm. A hasi szervekben semmi kóros eltérés. Fokozott inreflexek. Pupillák rendben. A Wassermann- és Kiss-reactio negatív. Az alapanyagcsere +12%.

Epikrisis: félévig tartó chronikus dityrin-kezeléssel (heti 6 dityrin-Chinoin-tabletta) s naponta 3×0.03 g. acidum phenylaeethylbarbituricum szedésére panaszmentessé válik. Pulsusa percenként 72-re gyérül, labilitása lényegesen csökken, vérnyomása 125/90-né válik.

Ugyancsak ezen aortitis luicára emlékeztető röntgenképet nyertük oly vegetative stigmatisált betegeink egy részénél is, kiknek alapanyagcserejük normalis, vagy talán kissé csökkent volt. Például szolgálhat:

H. L. 29 é. követségi attaché. Négy év óta izgal-makkal, nagyobb mennyiségű alkoholos ital vagy kávé fogyasztásával kapcsolatban szívdobogás. Könnyen izzad. Gyorsan kimerül. Syphilitis infectiőról nem tud.

Jelen állapot: (1939. XI. 30.) közép magas, karesú, 74 kg súlyú fiatal ember, szemrései mérsékelten tágul-

tak, mérsékelt szemkidülledés. A Graefe-féle tünet nem mutatható ki. Szíve nem nagyobb. A röntgenlelet (Ratkóczy) a következő: nem nagyobb, nem konfigurált szív, az aorta ascendens mérsékeltén tágult (aortitis luica?). A tüdőmezők tiszták, a mediastinum szabad, rekeszállás normalis. Az orthodiagramm méretei: H: 13, Bh: 7, 6, Jh: 3, 6 cm. A pulsus peremkénti szaporasága 88, igen labilis. A vérnyomás Riva-Rocci szerint 115/80 Hg. mm. Hasi szervekben semmi kóros. Inreflexek és pupillareflexek normalisak. Wassermann-reactio: negatív. Alapanyagcsere -8%.

Epikrisis: prominaletta-szedésére és életmódjának megváltoztatására panaszai megszűntek.

Eseteinkben tehát úgy normalis, mint emelkedett és csökkent pajzsmirigy-túlműködésre utaló alapanyagcsere-érték mellett észleltük az aorta tövének körülírt tágulatát. Valamennyi észlelt esetünkben a vegetatív stigmatisáció megvolt. Középkorú s inkább fiatalabb betegeinknél arteriosclerosis biztos jelei nem voltak kimutathatók. Syphilitis fertőzés, mint már erre utaltunk, sem az anamnesisben nem szerepelt, sem klinikailag, illetőleg serologialag nem volt megállapítható.

Valószínű, hogy az aortató ezen tágulatát az aortafalnak a vegetatív idegrendszer érzékenysége és labilitása folytán a rendesen kiadósabb feszülési ingadozásai hozzák létre, ami a sympathikus idegimpulsusoknak az aorta sima izomzatára való hatása révén, jön létre. Hasonló eredménnyel járhat a sympathikus ideg (n. accelerans) fokozott tónusának a szívre való hatása is, ami időszakonként a szűkésnél nagyobb verőtér fogatot hoz létre s így az aorta tövének fokozottabb szétfeszítettését s igénybevételeit jelenti. Mindez az idők folyamán az érfal szöveti elváltozását vonhatja maga után.

Ezek szerint az aorta tövének körülírt, az aortitis luica képre emlékeztető röntgentágulatát vegetatív stigmatisált egyéneken lueses anamnesis, syphilitisre utaló klinikai és serologiai tünet nélkül a sympathikus idegrendszer túlérzékenysége is létrehozhatja.

A budapesti Tudományegyetem Orr-, Gége- és Fülklinikájának (igazgató: Lénárt Zoltán ny. r. tanár) közleménye.

Az orrnyálkahártya lymphogranulomatosisa.

Irta: *Rehák Pál dr.* egyet. tanársegéd

A lymphogranulomatosis (Hodgkin kór) tudvaleg leggyakrabban a nyirokmirigyekben okoz jellegzetes elváltozásokat, de ezeket más szervekben is előidézheti (extraglandularis lg.), ahol nyirokelemek, vagy ezeknek legalább embrionális csirjai megtalálhatók. Ez okozza részben a lg. változatos kórképét és bár vannak klinikailag is nagy valószínűséggel diagnosztizálható formái, teljes bizonyossággal csak a szövettani készítményben megállapítható jellegzetes Sternberg-féle szöveti kép biztosítja a kórismét.

Bár a mirigyeken kívül is számos szervben észlelték, de az orrnyálkahártyán, tudunkkal még eddig nem fordult elő. Az esetet az alábbiakban ismertetjük:

K. J. 44 éves férfit, akit évek óta kezelnek az I. sz. belklinikán, orrmelléküreggyulladás tüneteivel klinikánkra utasították. 1936 elején a nyakán mirigyduzzanatok keletkeztek és ugyanekkor légzési nehézségei támadtak. Először a szekszárdi kórházban kezelték, hol

szövettanilag is megállapították a lymphogranulomatosis és Rtg. kezelésben részesítették. Az I. belklinikára nov. 23-án vették fel és itt próbakimetszésen megerősítették betegségét kórisméjét és 1940 júliusáig részben fekvő, részben járóbetegként Rtg. besugárzásokkal és arsen-készítményekkel kezelték. Először a nyakán és a kulcsosont feletti tájékán voltak megnagyobbodott mirigyei. Ezek a sugarzásra megkisebbedtek, később a fülmögötti tájon, a hónaljárkokban és végül egyéktájton támadtak mirigymegnagyobbodások és egyideig alsó végtagjai is vizenyősek voltak. A mirigyduzzanatok a rendszeres Rtg. besugárzásokra annyira lelohadtak, hogy amikor orrmelléküreggyulladás miatt klinikánkra utasították, kóros mirigy nem volt tapintható a betegen és lépe sem volt megnagyobbodva.

Felvételekor (1941 jan. 28.) jobb homlokában heves fájdalmakat érez. Jobb arcefele kissé duzzadt, nyomásra nem érzékeny. A jobb homloküregtájára kopogtatásra igen fájdalmas. A jobb orrfélben sűrű gennyes váladék van, az alsó kagyló és az orrsövény nyálkahártyája feltűnően halvány, párnaszerűen duzzadt, helyenként dudoros. Orrsövénye fent jobbra domborodik és a középső kagyló mellső végét csaknem teljesen eltakarja. Jobboldalt spina húzódik végig az orrsövény mellső részén, amelynek nyálkahártyája ugyancsak dudoros. A bal orrfélben csak kevés nyákos váladék, a nyálkahártya itt is ugyanolyan halvány és dudoros, mint a jobboldalon. A száj- és garatnyálkahártya halvány, a mandulák középnagyok. Az epipharynxban besűrűsödött gennyes váladék látható.

Dobhártyái mindkét oldalon erősen behúzódtak, megvastagodottak, sárgás-szürkék. A sügött hangot csak közvetlenül a fülkagyló mellett, a hangos beszédet 1 méterről hallja. Weber ∞, Rinné negatív, csontvezetés kissé meghosszabbodott. Politzer befúvásra a hallás nem javul. A Rtg. felvétel a jobb homloküreget és még erősebben a jobb állcsontüregét fedettnek mutatja. A testen sehol sem tapintható megnagyobbodott mirigy, a lép sem tapintható. Hőmérs. 37.1°. A bal állcsontöblől-esapolással sok sűrű gennyes váladék ürül ki.

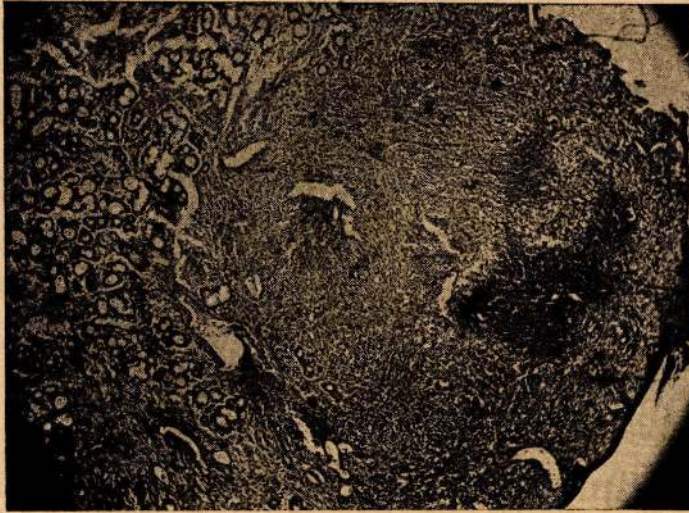
Az erős homloküregi érzékenység szükségessé tette a jobb ostium frontale felszabadítását. A septumresecciókor feltűnik, hogy a halvány nyálkahártya igen vastag, szinte bőrszerű és csak mérsékeltén vézlik. A nyálkahártya némely helyen, így a jobboldali deviatio tájékán, sarjszerűen morzsolékony. A középső kagyló mellső vége szemcsés, egzenetlen. Az operculumot reseccáljuk, ez szintén egészében sarjszerűen morzsolékony. A mellső rostasejtek nyálkahártyáján hasonló elváltozásokat találunk. A ductus frontalisba nem sikerült sondát bevezetni. Ezután a jobb állcsontöblöt Lothrop-Claoué módszere szerint szélesen feltárjuk: az üreg nyálkahártyája is jellegzetesen morzsolékony volt. A bal állcsontöblől egy kevés nyákos gennyes váladékot öblítünk ki.

Az eltávolított nyálkahártya szövettani vizsgálata meglepetésünkre lymphogranulomatosisra jellegzetes. A szövettanilag egy részén rendezett orrnyálkahártyaszövet és alatta barlangos kagylószövet. Egyhelyütt a szabályos szerkezet megszűnik és itt a felületen terjedelmes elhalás látható. Az elhalás szigetekben a mélybe is beleterjedt. Az elhalt felület alatt sejtes, kötőszövetképző sarjadzás, benne feltűnik az igen sok eosinophilsejt, azonkívül szintén nagy számban látható óriássejt. Ez utóbbiak leginkább a Sternberg által leírt típusnak felelnek meg. Az elváltozás a legnagyobb valószínűséggel lymphogranulomatosisnak felel meg. (Lásd 1. és 2. ábrát.)

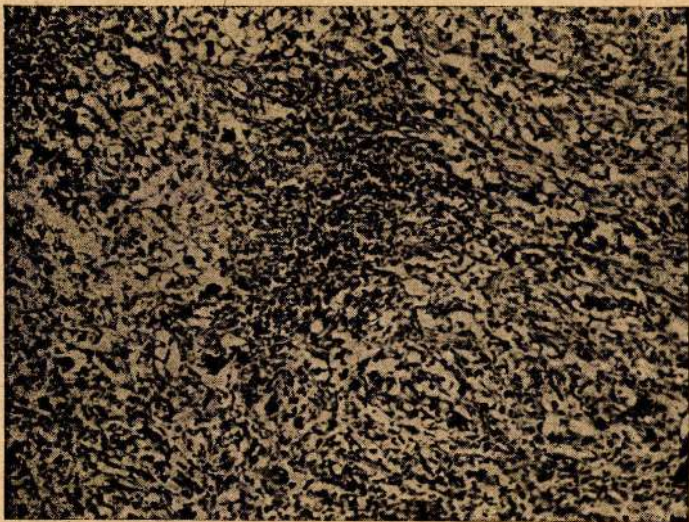
A beteg állapota a rendszeres kezelés folyamán fokozatosan javult. A jobb arcfél duzzadt volta azonban változatlan maradt, ami valószínűvé tette, hogy ezt nem a melléküreggyulladás, hanem az arc lágyrészeinek beszűrődése okozza. Az első beavatkozás után néhány nappal sikerült kiöblíteni a jobb homloküregét, nem ürült belőle kóros váladék. Elvégeztük továbbá a bal állcsontöblől széles feltárását is és ennek nyálkahártyáját, valamint a tonsillából és az epipharynx nyálkahártyájából kimetszett szövetet gócsóval megvizsgáltuk. A tonsillából kimetszett részekben nem volt kóros elváltozás. Az arcüregből eltávolított szövettanilag legnagyobb

részt elhalt, de ennek ellenére felismerhetők benne a jellegzetes elváltozások. Az orrgaratüreg nyálkahártyája a granulomatosisnak sarjadzások alakját mutatta, elhalások nélkül, jellemző sejtalakokkal.

A melléküreggyulladás rendszeres kezelésével egyidejűleg az orr- és melléküregek beteg részét Rtg. besugárzásoknak vetettük alá, mire a beteg



1. ábra. Körülírt lymphogranulomatosisos góc az orrnyálkahártyában.



2. ábra. Lymphogranulomatosisos gócrészlet jellemző sejtalakokkal.

március 12.-én jó állapotban hagyta el a klinikát.

Az orrnyálkahártya lymphogranulomáját sehol leírva nem találtuk. Érdekessége az esetnek, hogy a beteg az utóbbi időben tünetmentes volt, kóros nyirokmirigy sehol sem volt tapintható és csak az orrmelléküreg gyulladását következében szükségessé vált vizsgálat derítette ki a betegséget. Megállapítottuk továbbá, hogy az állcsontöböl, valamint az epipharynx nyálkahártyáján is lymphogranulomatosisos elváltozások voltak. Valószínű, hogy az epipharynx-folyamat a tubaszájadékra is ráterjedt, azt elzárta és ez okozta — legalább részben — nagyothallását.

A melléküregek granulomatosisáról is gyérek az irodalmi adatok. Gräff közleményén kívül csak Romke ír le egy ilyen primaer homloküreg bántalmat, mely a homlokon sipolyt okozott. A garat granulomatosisával többen foglalkoztak az utóbbi évek

ben. Azelőtt a legtöbb szerző jellegzetesnek tartotta, hogy a garat mentes marad a kóros elváltozásoktól; ezt a felfogást az újabb észlelések megcáfolták.

A legnagyobb érdekességük Gräff nagy sectiós anyagra vonatkozó vizsgálatait. 4389 sectiós esetből 12 esetet talált, melyben az elhunyt lymphogranulomatosisban szenvedett. Ezekben a felső légutakat különleges boncolási technikával vizsgálta meg: 3 esetben az epipharynxban, 4 ízben pedig az iköbölben talált jellemző elváltozásokat. Egy esetben a folyamat az epipharynxból a fossa pterygopalatinán át ráterjedt az agyalapra és az állcsontöböl hátsó falára is. Két esetben az epipharynx elváltozás elsődleges volt és másodlagosan az iköbölre terjedt át, két további esetben az iköböl bántalma volt az elsődleges. Egy ízben a folyamat a garatról a fülkütre is ráterjedt. Gräff a gondos vizsgálatok ellenére egy esetben sem talált az orr nyálkahártyáján lymphogranulomatosis!

Gräff is híve annak a felfogásnak, hogy a bántalmat ismeretlen vírus okozza, amely valamely elsődleges gócból kiindulva később általánosul. Szerinte a behatolás kapuja igen sok esetben a felső légutakban keresendő, a vírus az orrüregen át a légárammal, vagy a váladékkal kerül be az epipharynxba, esetleg az iküregbe. Mindemellett magában az orrban még sem észlelt ilyen folyamatot.

Goerke szerint korai időpontban kórismézett elsődleges góc sebészi kiirtása után tartósan meggyógyulhat a beteg. Esetében a beteg mandula eltávolítása után gyógyulás következett be. Hasonló esetet közöl H. Wullstein is, amelyben a tonsilla és nyakmirigy kiirtása után tünetmentessé vált beteg 7 év múlva, 71 é. korában arteriosclerosisban halt meg.

Bár a lymphogranulomatosis kóroktana nincs még tisztázva, mégis a felsorolt észlelések fokozottan ráterelik a figyelmet a felső légutak jelentőségére, amit nemcsak a kórbonenokok, hanem a klinikusok, elsősorban a rhino-laryngologusok figyelmébe ajánlunk.

A komáromi városi kórház belosztályának közleménye. (Főorvos: Ferenczi Sándor.)

Banti kór operált esete.

Írta: Ferenczi Sándor dr.

Banti 1894.-ben írta le a róla elnevezett betegséget. Főleg fiatalok, 13—35 év közöttiek kapják meg, nők valamivel gyakrabban, mint férfiak. Hepatolienalis rendszerbetegség, melyhez a csontvelő vérbővíző működésének bántalma is járul. A betegség oka nem ismeretes, aetiológiája sem egyszerű. Néha lues, malária, tuberculosis, vagy más fertőző betegség van a kórelőzményben, anélkül, hogy ezekkel biztosan kapcsolatba lehetne hozni, máskor pedig teljesen ismeretlen az aetiológia. Az mindenesetre biztos, hogy iszákosság nem szokott a kórelőzményben szerepelni.

A betegség lefolyása évekre szokott kiterjedni. A beteg lassan gyengül és sápadt lesz, lépe megnagyobbodik. Néha szabálytalan lázmenet és gyomor-bélpanaszok is kísérhetik ezt az első, anaemiás szakot, mely hosszú évekre is terjedhet. A második a májmegnagyobbodásos szak, subicterus is keletkezik, a vizeletben az urobilinogén reakció pozitív lesz, de bilirubin még nincs benne és a széklet is rendes-

színű. A beteg mindinkább gyengül, lassan a bőre is sárgás lesz, mája megnagyobbodik, a sárgaság mind erősebb lesz. Ez a májmegnagyobbodásos szak is több évre terjedhet. Végül jön a harmadik, befeljező szak, mikor a májsugorodás tünetei jutnak előtérbe, a máj kicsi, szemeses tapintatú, a collateralis értágulatokból gyomor-bélvérzések lehetnek, a sárgaság fokozódik, hasvízkór támad. A cirrhotikus szakban már bilirubin is van a vizeletben. A beteg a collateralis vizsértágulásokból származó vérzésekben, vagy pedig májzavarban, hepatargiában hal meg. Az egész betegség alatt vérszegénység van, a haemoglobin tartalom csökkent, leukopenia van, relativ lymphocytosissal és monocytosissal. Szövettanilag a lép kötőszövetének egyenletes megszaporodása jellemző (fibroadenia), főleg a tüszőkben és a pulpában, aminek a lépelemek sorvadása a következménye. A fibrosis ráterjedhet a lép ereire is és lépénathrombosit okozhat, szintén collateralis vizsértágulásokkal és vérzésekkel.

Mint már említettük, a betegség okát sem Banti, sem pedig utána mások sem tudták megtalálni. Valami ismeretlen fertőzéses méregre gondoltak, ami talán elsősorban a lépben telepszik meg, azt betegíti meg, innen terjed tovább a esontvelőre (anaemia, stb.) és a májra.

A kórhatározásban óvatosságnak kell lenni, főleg az aleukaemiát és a lymphogranulomatosiszt kell kizárni. Ha a kórisme biztos és a betegség még az első vagy a második szakban van, akkor a lépkiirtás teljes gyógyulást eredményezhet, erre már Banti felhívta a figyelmet. Az eltávolított lép szöveti vizsgálata teheti egész biztossá a kórismét. Nemrég volt alkalmunk az osztályon egy Banti-kóros beteget átvizsgálni, lépét kiirtani és szövettanilag is megvizsgáltatni. Az eset a következő volt:

T. J.-né, 27 éves, először 1941 július 28-án jelentkezett felvételre. Elmondja, hogy kb. egy éve veszi észre, hogy bőre viszket és baloldalt a bordaív alatt fájdalmi vannak. Gyengének érzi magát.

Jelen állapot: Mérsékeltlen fejlett, láztalan beteg. Bőrszíne kissé sárgás, a sklerák is kissé subicterusosak, a bőrön vakarások nyomai. A nyakán a kulescsont felett nyirokesomók tapinthatók, melyek nem összekapaszkodottak, kb. szilvamagnyiak, elég kemény tapintatúak. Tüdő és szív felett eltérés nem észlelhető. Hasban a lép két újjal ér a bordaív alá, előre a közpónalig ér, kemény tapintatú. Mája nem tapintható. Idegrendszer rendben.

Vizelet: 1018, savi, urobilinogén reactio positiv, többi negativ, bilirubin sem mutatható ki. A vérnyomása 115 mmHg, a Wassermann-reactio negativ. Véréképe: vörösvérsejtek: 3.600.000, Hb. 66%, Index 0,92, **Fehérvérsejtszám: 2300.** Qualitativ vérkép: Se 55, St 8, Mo 3, Eo 4 Ly 30%. A fehérvérsejtszám többszöri számozással is **állandóan 2000—3000 között** volt. Vérsejtsülyvedése egy óra alatt 50 mm, állandóan láztalan.

A serumbilirubin 1,3 mgr% volt, indirekt reactiót adott. Széklete színe rendes volt. A vörösvérsejtresistentia vizsgálatánál a haemolysis a 0,50-es hígításnál kezdődött (rendesen 0,48—0,42 között) és a 0,30-as hígításnál sem volt még teljes (rendesen 0,32—0,24-nél teljes). Tehát a vörösvérsejtresistentia vizsgálat nagyjából rendes viszonyokat mutatott.

Tekintve a nyirokesomó- és főleg a lépmeagnagyobbodást, a fehérvérsejtek nagyfokú csökkenését és anaemiát, aleukaemiás lymphadenosissnak fogtuk fel a betegséget, bár nem felelt meg a kórismének az, hogy a lymphocytái nem voltak megszaporodva. Rtg. therapia a máris meglévő nagyfokú leukopenia miatt nem jöhetett szóba, így roborálás előírásával hazajuttattuk a beteget.

Ismét jelentkezett felvételre nov. 25-én, panaszai, állapota változatlan, subicterusa talán fokozódott. Fizikális vizsgálattal az előző vizsgálathoz képest nincs változás, mája most sem tapintható. A vér vizsgálata: vörösvérsejtszám 3.500.000 Hb 58%, index 0,83.

Fehérvérsejtszám 2500, minőségi vérkép St 8, Se 49, Mo 6, Eo 5, Ly 32%. A serumbilirubin értéke 1,7 mgr. % volt, közvetett reactiót adott, a Takata- és a galaktosepróba is negativok voltak. Vörösvérsejtresistentia meghatározás is teljesen az előző eredményt adta, vérsejtsülyvedés egy óra alatt 45 mm volt. Vizeletében az urobilinogén reactio positiv, bilirubin épen kimutatható, hasvíz nincs.

Mint hogy a betegség négy hónap alatt jóformán semmit sem változott, a beteg erőbeli állapota is ugyanolyan volt, arra gondoltunk, hátha a kórisme téves és nem aleukaemiája van a betegnek. Két betegség jöhetett szóba: az icterus haemolyticus, meg a Banti-kór. Icterus haemolyticus mellett szólt volna az indirekt reactiót adó megnőtt serumbilirubin, ellene az, hogy a vörösvérsejtresistentia alig csökkent, hogy a vizeletben a bilirubin kimutatható volt és hogy görcsös fájdalma nem volt a betegnek. De mivel mindkét betegség gyógyítása a lépkiirtásban áll, így elhatároztuk, hogy a betegnek kivételjük a lépét és a szövettani leletből döntjük el, a diagnosit.

A műtét 1941 dec. 5-én ment végbe, aetheres altatásban, bal pararectalis metszéstől, mely a bordaív alá ívalakban meg lett hosszabbítva (dr. Király sebész-főorvos). A lép szálagosan össze volt növe a környező szervekkel, melyeket könnyen le lehetett választani. Sokkal nagyobb nehézséget okoztak az ujjnyi vastag vénák, melyek a lép felületén voltak. Mindezeket sikerült sérülés nélkül lekötöni. A lépvéna nem volt thrombotizálva. A beteg a műtétet jól tűrte, műtét után állandóan láztalan volt, a műtét seb p. p. gyógyult.

A kivetett lép kemény, szívós tapintatú, nagyság 25-ször 14 cm (rendesen 12-szer 8), vastagsága 7 cm (rendesen 3 cm). Súlyja 1,5 kg volt (rendesen 140 gr). A szövettani vizsgálatot a budapesti kórbonctani intézetben Romhányi dr. magántanár végezte, lelete a következő:

»A kórszöveti metszetekben a lép pulpájának igen kifejezett fibrosisa észlelhető. A sinus falak merevek és megvastagodottak. A sinusok lumene megszórt tágasságú, a sinusendothel duzzadtnak látszik. A lép pulpájában az icterus haemolyticusra jellemző reticulum-verbőség és a sinusok összennyomottsága nem észlelhető úgy, hogy a kórszöveti lép alapján icterus haemolyticus felvétele nem indokolt.

Az említett pulpa fibrosisokon kívül egyes folliculusok, illetve praefollicularis artériák fibroticus körültekeredése észlelhető. E fibrosus gyűrűkben mindenütt vérvessék láthatók, melyek részben régebbi, részben frissebb jellegűek és vaslerakódás révén az ún. siderofibrosus gócek kialakulására vezettek.

A leírt kórszöveti elváltozások jellemző képét alkotják a klinikailag általában Banti jelzéssel exstirpált léptumoroknak (anélkül, hogy a Banti lép kórszöveti specificitását elismernék).«

Tehát a kórszöveti vizsgálat alapján a betegség Banti-kór volt. Műtét után a beteg állandóan láztalan, vörösvérsejtszáma, vörösvérsejtresistentiája nem igen változott, ellenben a **fehérvérsejtszáma 11.000—14.000 között** változott, minőségi vérképe a következő volt: Se 70, Eo 4, Mo 2, Ly 24%. A serumbilirubin a műtét után 1,3 mgr.% lett és **direct** reactiót adott, egy hét múlva 1,7 mgr.% volt és ismét közvetett volt a reactio. **Botzian** figyelte meg, hogy icterus haemolyticus esetén splenektomia után átmenetileg közvetlenné válhat a közvetett serumbilirubin-reactio, úgy látszik, itt is a splenektomia okozta ezt a mulékony változást.

A beteg 1941. dec. 20-án távozott, otthonra roborálást ajánlottunk, ellenőrzésekre berendeltük.

Összefoglalás: A Banti-féle betegség második szakaszában levő nóbeteget észleltünk, lépét kiirtattuk és abból a betegséget szövettanilag is kórisméztük. Mivel a betegnek kilátása van a teljes gyógyulásra, tovább is figyeljük.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkesztli: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tansz. közkórházi főorvos

Az orsócsontfejecs önálló töréséről.

Az orsócsont alsó végének törései gyakrabban fordulnak elő, mint a fejecs sérülései. Az I. sz. sebészeti klinika anyagában 50 alsótörésre egy fejecstörés esik. *Härtel* szerint pedig az orsócsontfejecstörés az összes törések 1%-át teszi ki. Részint ezért is érthető, hogy aránylag ritkán ismerik fel idejében, amit az is bizonyít, hogy e fajta sérüléssel kezelt betegeink 80%-a egy vagy több héttel sérülése után jelentkezett. A gyógyulás szempontjából pedig igen fontos a törést idejében felismerni és azonnal szakszerűen kezelni, mert ellenkező esetben a könyökizület működésében javithatatlan korlátozások keletkezhetnek.

Eltekintve ritkaságától, felismerése azért is nehéz lehet, mert a fejecs vagy letört darabja eltűnik a duzzadt lágyrészek között és így a törés könnyen összetéveszthető könyöktáji zúródással, rándulással.

Az ilyen sérült alkarját enyhén behajlítva, kisfokú pronatióban tartja és rendszerint ép karjával rögzíti a sérültet, emellett külső felkarbütykének tájéka duzzadtabb a könyök többi részénél, könyökizületét hajlítani, különösen pedig nyújtani nehezen tudja s az alkar supinatioja nagymértékben akadályozott. A legerősebb fájdalmak is supinatiókor jelentkeznek, ami azt jelenti, hogy az orsócsont fejecsenek önálló törésére legjellegzetesebb tünet az erősen akadályozott és igen fájdalmas supinatio. Recsegést és letört darabokat a lágyrészek duzzanata miatt ritkán lehet tapintani, ellenben a fejecsen rendszerint körülírt nyomásérzékenységet és az orsócsont tengelyirányú nyomására fájdalmat észlelünk. A könyökizület többi sérülésével szemben a supinatio fájdalmas korlátozottsága elkülönítő jelentőségű lehet, mert más sérüléskor aránylag ritka. A törést létrehozó erő vagy egyenesen a fejecset éri vagy áttételek útján hat rá, eszerint direkt és indirekt fejecstörést különböztetünk meg.

Az I. sz. sebészeti klinika anyagában a törések 66%-a egyenes úton keletkezett, mégpedig ráeséskor. Ugylátszik, ha mozgó tárgy ütődik a könyökhöz, inkább zúródás keletkezik, mert ilyenkor a n. brachioradialis vastag nyálábja és a feszítőizmok eléggé védik a fejecset, erősebb ütésre pedig a többi csont is eltörik.

A könyökizületben három ízület egyesül különböző szerkezettel és feladattal. Az első a felkarcsont és a singcsont közötti ízület, melyben csak hajlítás és nyújtás lehetséges. A második a felkarcsontfejecs és az orsócsont fejecsenek mélyedése közötti, szalagokkal rögzített ízület, melyben a hajlítás, nyújtás és forgatás történhetik, a harmadik a singcsont és az orsócsont közötti, nagyrészt szalagos összeköttetés, melyben csak forgás lehetséges. Ezért érthető, hogy hátrahajlított és pronált kézre eséskor a sing- és az orsócsont hossz tengelye irányában ható erő az orsócsont fejecsére hat, melyet erősen nekilök a felkarcsontnak s ennek éles széle a fejecset vésőként lerepesztheti, különösen akkor,

ha a könyök kissé be van hajlítva. Hasonló módon keletkezhetik jellegzetes orsócsonttörés, alkartörés, könyökficam magában vagy töréssel, felkartörés, vállficam vagy kulcsesonttörés is. Hogy bizonyos helyzetben miért éppen különálló orsócsontfejecstörés keletkezik, ez nem tisztázott kérdés, de azt hiszem, hogyha az esés inkább a hüvelykalapra történik enyhén hajlított könyök mellett, akkor keletkezik az önálló orsócsontfejecstörés, mert az erő ilyenkor főként az orsócsont tengelye irányába hat, a singcsont pedig az erőbehatás miatt subluxálódva bizonyos fokig kitér s így a lökést elsősorban a fejecs fogja fel.

A könyök hajlítási fokától függően szétnyomás, lerepesztés vagy teljes letörés jöhet létre ilyenkor a ligamentum annulare radii felett. Ha a gyűrűszalag elszakad, az eltávolodás nagy lehet. A gyógyítás szempontjából leghelyesebb megkülönböztetni teljes és részleges fejecs, illetve nyaktörést és epiphysiolysist. Gyermekek törésekor ajánlatos mindig az ép oldalról is röntgenfelvételt készíttetni, nehogy az epiphysisvonalat tévesen törésnek vagy fordítva a törést epiphysisvonalnak nézzük.

A törések kezelése nagy figyelmet igényel, mert a tengelyeltéréssel vagy sok callustermeléssel járó gyógyulás a könyökizület mozgásában súlyos zavarokat okoz. A nem teljes törések és az epiphysiolysis kezelése konservatív is lehet. 2–3 hétre enyhe pronatióban háti gipszsinre helyezük a kart. A teljes törések kezelésére vonatkozólag megoszlik a sebészek véleménye. Egyrésztük minden esetben a letört fejecs vagy darabjainak eltávolítását végzi, mások előbb megkísérik a véres helyretételt és ha az nem sikerült, csak akkor távolítják el a fejecset, a harmadik csoport pedig ellenez minden műtéti beavatkozást és a fejecs eltávolítását az ízület későbbi működésének szempontjából igen károsnak tartja. Ezért csak akkor operál, ha nem sikerül vértelenül helyretenni a letört darabot. *König* hangoztatta először, hogy az orsócsont fejecsenek eltávolítása nem okoz lényeges működési zavart a könyökizületben, viszont konservatív kezelés után a széttört fejecsből alaktalan tömeg lehet, hideallus képződhetik és a kísérő melléksérülések miatt gyakran torzító ízületi gyulladás keletkezik. *Magnus* konservatív kezeléseket után rossz eredményeket látott, ezért helytelennek tartja a vértelen próbálkozásokat, a vérömleny felszívódásának megvárását s rendszerint azonnal műtétet végez.

Klinikánk álláspontja mindig az volt, hogy a letört darabokat igen gondosan el kell távolítani, sőt ha a véres helyretétel nem sikerül, akkor az egész fejecset is. A legújabb irodalomban (*Böhler*) általában ez az álláspont jutott érvényre. *Oppolzer*-nek gyermekek epiphysiolysist és nyaktörését több esetben sikerült vértelenül helyretenni és eljárása után kitűnő működési eredményeket látott. Ezzel szemben meggondolandó, hogy a gyermekcsontrendszer hatalmas regeneráló képessége túlzott csonttermelés útján felesleges callustömegeket termelhet úgy, hogy inkább epiphysiolysiskor vagy kis eltávolodással járó töréseknél lehet *Oppolzer* el-

járásával kísérletet tenni. Módszere a következő: a helyretévő felső combja felett varus állásba hozza a nyújtott és supinatioiban lévő alkart, közben a segéd az alkarra húzást gyakorolva, tágítja a felkarcsont és az orsócsont közötti ízületi rést. A helyretévő hüvelykjével oldalról nyomást gyakorol az eltolódott fejecse, közben a segéd az alkart lassan pronatioba hozza és behajlítja. A hüvelyknyomásnak oldalról kell történnie, hogy a nervus radialis ne sérülhessen.

Az I. sz. sebészeti klinikán az utolsó 10 évben 21 orsócsontfejecstörést kezeltünk. Közülük 14 közvetlenül a könyökön sérült, 7 pedig a kéztőre esett. 8 betegünknek nem volt lényeges eltolódása, ezért konservative kezeltük, 13 beteg törését operáltuk, mégpedig fejecselátvóítást végeztünk 9-szer, helyretételt és rögzítést kétszer, 2 esetben pedig a letört darabot távolítottuk el. A műtétet mindig helyi érzéstelenítésben, enyhén behajlított könyök mellett, külső ívalakú metszéből végeztük (*Verebély*), utána a könyökizületet két hétre rögzítettük. Egy kivétellel az összes beteget sikerült utánvizsgálni, több mind egy évvel a műtét után. A műtét nélkül gyógyított betegek közül mozgáskorlátozás nélkül négy teljesen gyógyult, igaz, hogy ezeknek a betegeknek csak részleges fejecstörése volt, csekély eltolódással. Két beteg supinatioja korlátozott maradt. A 7. és 8. betegnek pedig munkaképessége is csökkent, mert a sérült könyököt hajlítani és feszíteni sem tudták rendesen, ízületük passiv mozgásra fájdalmas volt és a készített röntgenfelvételen torzító ízületi gyulladást találtunk. Az egyik beteg három héttel, a másik 5 héttel sérülése után jelentkezett klinikánkon, ennek tulajdonítható, hogy kezelésük ilyen rossz eredménnyel járt. Azok a betegek, akiknek fejecselátvóítottuk, mind munkaképesek maradtak, azonban négynek korlátozott maradt a supinatioja. A helyretett és rögzített fejecstörések működési eredménye nem volt teljesen tökéletes, amennyiben az egyiknek a fejecse alaktalan lett s emiatt a singesont és orsócsont közti ízületben majdnem teljesen megszűnt a forgó mozgás, a másíknak pedig fejecse a műtét után is lötyögött és előre, középfelé enyhén ficamodott úgy, hogy a beteg erősebb mozdulatok után sajátmaga nyomta mindig vissza helyére. Azon két beteg, akiknek letört fejecsdarabjait eltávolítottuk, teljesen panaszmentes.

Eredményeink azt bizonyítják, hogy abban az esetben, ha nem friss törést kap a sebész kezeihez, úgy conservatív, mint a műtéti kezeléssel ritkán sikerül teljesen meggyógyítani és panaszmentessé tenni a beteget. Egyébként, ha az eltolódás nem nagy, megkísérrelhető a helyretétel és a conservatív kezelés, ha az eltolódás nagy, úgy leghelyesebb a letört darabot vagy fejecset eltávolítani. A véres helyretételt és rögzítést selyemfonállal, illetve bonyecsikkal végeztük, azonban, ha a ligamentum annulare radii elszakadt vagy az orsócsontfejecse több darabra tört, a torzító ízületi gyulladás veszélye miatt nem ajánljuk ezt a műtétet. Epiphyseolysis esetében megkísérrelhetjük a vértelen helyretételt, azonban gyermekek törésekor az előbbi feltételek mellett szintén a műtétet részesítjük előnyben.

Marik Miklós dr.,

az I. seb. klin. tanársegéde.

Csecsemőkori mesterséges táplálás.

II. Közlemény.

A gyógyító táplálékok száma igen nagy, ezek között ma leggyakrabban használatosak a savanyított tejhigítások. A vízzel vagy nyákkal készült tejhigítások savanyítására használhatunk citromlét, citromsavoldatot vagy tejsavoldatot. A citromlétből közvetlenül az etetés előtt a tápszer minden 1 deciliteréhez lassan, keverés közben 1—1 kávéskanálnyit teszünk. A tejhigítás ne legyen forró és a citromlé hozzátétele után újból ne forraljuk. Az előre elkészített tejkeverékhez öntjük a citromlétet és együtt langyosítjuk a szükséges hőmérsékre. Hasonló célt szolgál a *Moll* f. calcia tej, ezen esetben a tej pelyhesítése calcium lacticum hozzátételével történik és azután forraljuk. $\frac{1}{4}$ liter színtejre 1 gm ca. lacticumot téve, az így nyert calcia tejből nyák és cukor hozzátételével készítünk tejhigításokat. A kész Calcia-tabletta (*Chemosan*) rizsnnyákokat is tartalmaz, megkönnyíti a calciás rizsnnyákos tejhigítás elkészítését.

A savanyítás történhet citromsavval vagy tejsavval, mindkét esetben 5%-os oldatot használunk. Fél liter hígítatlan tejet felforralunk, majd teljesen lehűtjük, állandó habverővel gyors keverés mellett óvatosan apránként 5 kávéskanál 5%-os citromsav- vagy tejsavoldatot öntünk bele addig, amíg a tej finom pelyhekben összefut. Ezen tápszerbe beletesszük a szükséges cukrot és a külön megfőzött lisztet. Dyspepsiaellenes tulajdonságai miatt igen értékes táplálék a nyári hasmenés megelőzése és gyógyítása céljából. 100 gm citromsavos felestej kalóriaértéke 5%-os rizsnnyákkal hígítva és 5% cukor vagy tápcukor hozzáadásával kb. 60—65 kalória.

Szénhidrát-dús savanyú soványtej. (Berend—Hainiss).

Háromszor annyi nyerstejet, mint amennyi tápszer készíteni akarunk, nyáron másfél óráig, télen 3 óráig állni hagyunk, majd $\frac{2}{3}$ -ad részét lefölozzük. A megmaradt $\frac{1}{3}$ -ad rész soványtejhez 1.5% lisztet és 4% cukrot teszünk és így felforraljuk. Kalóriaértéke 65, deciliterenként. Porított alakban is forgalomba kerül *Maltiron* (Hainiss) és *Adapta* (Pikler) név alatt.

Vajleves. (Czerny—Kleinschmidt).

Összetétel: $\frac{1}{3}$ vagy $\frac{2}{3}$ rész tej és $\frac{2}{3}$ vagy $\frac{3}{4}$ rész víz, a vízmennyiségre számított 7% vaj, 7% liszt és 5% cukor. A vajat lapos edényben kis lángon megolvasztjuk, amikor már nem serceg, állandó keverés közben beleszórva a lisztet aranysárga rántást készítünk, ezt a vízzel felengedjük, felforraljuk, hozzáöntjük a frissen forralt tejet és beletesszük a cukrot az egészet elkeverve, finom szitán átszűrjük, az esetleges csomókat átpasszírozzuk. 100 gm kalóriaértéke 90. Nagy zsírtartalmánál fogva óvatossággal, koncentrált voltánál fogva csak folyadékkiegészítéssel adható, exudatív diathesis dyspepsia hasmenések esetén ellenjavalt. Használata ma már jelentősen csökkent, rövid ideig adható, olyan dystrophiás csecsemőknek, akik előzetesen zsírszegény táplálásban részesültek.

Vajliszt-leves. (Moro—Heim).

Összetétel: Színtejben 5% vaj és 3% liszt, így pl. 0.5 l. tejből 25 gm vaj és 15 gm liszt van. Elkészítése a következőképpen történik: A vajat lassú tűzön megolvasztjuk, amikor már nem serceg, hozzászórjuk a lisztet és világossárga rántást készítünk.

A színtejet állandó kavargatás közben hozzáöntjük, az egészet 3—5 percig forraljuk, majd finom szűrőszitán átszűrjük és az esetleg fennmaradó csomókat átprésizzuk. A tápszert hideg helyen tartjuk, használat előtt jól felmelegítjük és alaposan felrázjuk, mert állás közben a vaj felmegy a színére. 100 gm kalóriaértéke, 120, testsúlykilogramra 100 gm-t számítunk.

Fehérjés tej. (Finkelstein—Meyer).

Elkészítéséhez annyi színtej szükséges, mint amennyi fehérjés tejet akarunk készíteni, továbbá feleannyi soványtej vagy savanyú iró, félannyi víz és csekély mennyiségű tejoltó. Pl. 1 liter fehérjés tejhez kell 1 liter színtej, fél liter soványtej, fél liter víz és 1 kávéskanál tejoltó. Az elkészítés igen körülményes, otthon nem készíthető el, csak erre berendezett tejkonyhákban, helyette a száraz, porított készítményeket használjuk, a tejfehérjekészítményeket, ezekkel készítjük el a hasonló összetételű tápszereket. Ilyen készítmények a Caphosein, Larosan, állandó arányban caseint, lactalbumint, lactoglobulint tartalmaznak, magas calcium- és phosphortartalommal. Az újabb készítmények, Colostrin és Gota-min a casein mellett colostralis fehérjéket is tartalmaznak. Ha 2 deciliter színtejbe belefőzünk 1 kávéskanál (5 gm) Caphoseint, olyan tápszert kapunk, amelynek fehérje- és zsírtartalma hasonló a fehérjés tejhez, a szénhydrattartalma valamivel nagyobb, ugyanígy használhatjuk a Colostrint, Gotamint, ezeket forralni nem szabad, hanem 5% meleg teában vagy tejben elkeverjük, mert a colostralis fehérjék forraláskor elbomlanak. 100 gm színtej kalóriaértéke 2.5% Caphoseinnel kb. 70.

Malátaleves. (Keller).

Összetétel: $\frac{1}{3}$ rész tej és $\frac{2}{3}$ rész víz, az összmennyiségre 15% Hordomalt vagy Maltosít. A Hordomalt $\frac{2}{3}$ rész malátát és $\frac{1}{3}$ rész lisztet tartalmaz. Pl. 6 deciliter elkészítéséhez szükséges 2 deciliter tej, 4 deciliter víz és 90 gm Hordomalt. Elkészítés: A keverékben a Hordomaltot hidegen feloldjuk és állandó kavargatás közben, lassú tűzön 3 percig forraljuk, azután az egészet finom szűrőszitán átszűrjük. Az így elkészített táplálékból testsúlykilogramra számítva 100—120 gm-t adunk. 100 gm kalóriaértéke 80. Általában 3 hónapos kor előtt ne adjuk.

Mandulatej.

75 gm mandulát félnapig áztatunk, héját eltávolítjuk, megőröljük, mozsárban továbbtörjük, lassan hozzáöntött 0.5 liter vízzel kb. $\frac{1}{2}$ óra hosszat eldörzsöljük. Vászonzkendőn átszűrve 0.5 l. calciasavót öntünk hozzá, 15—20 gm rizslisztet vagy orizát teszünk bele, felforraljuk, majd 30—50 gr cukrot vagy tápcukrot teszünk bele. Kalóriaértéke 100 gr-nak kb. 60.

Calciasavó.

1 l. lefőlőzött vagy színtejhez 1 kávéskanál calcium lacticumot adunk és kavarva felforraljuk. A kicsapódó túróról a savót leöntjük, illetve leszűrjük. 100 gr kalóriaértéke kb. 15—20.

Mindezeket kiegészítik az 5—6 hónapos kortól kezdve adott tejbandara, árpamalátakávé, levesek és főzelékek.

Tejbandara.

Összetétel: $\frac{1}{2}$ vagy $\frac{2}{3}$ rész tej, illetőleg $\frac{1}{3}$ rész víz, az összmennyiségre számítva 5—8% dara vagy harmatkása és 5% cukor.

Pl. 1 l. feles tejbandara elkészítéséhez kell 5 deci-

liter tej, 5 deciliter víz, 5—8 deka dara és 5 deka cukor.

Elkészítés: A darát a vízben addig főzzük, míg áttetsző nem lesz, azután hozzáadjuk a forralt tejet, amelyben a cukrot már feloldottuk és azt együtt átforraljuk. Az idősebb csecsemőknek színtejjel készült darát adhatunk. 100 gr feles dara kalóriaértéke kb. 70—80, 100 gr kétharmados daráé kb. 90—100.

Malátakávé.

$\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$ -os kávéfőzethez 5% cukrot teszünk. Pl. 6 deciliter $\frac{1}{2}$ -es maláta elkészítéséhez veszünk 3 deciliter tejet, 3 deciliter vizet, 15 gr malátakávé és 3 deka cukrot. Elkészítés: a meghatározott vízmennyiségbe belefőzzük a finomra megdarált malátakávé és addig forraljuk, amíg a rajta képződő hab eltűnik, hideg helyen állni hagyjuk, majd finom szűrőszitán átszűrjük, ezután a szükséges mennyiségű forralt tejjel összekeverjük és a megjelölt mennyiségű cukorral édesítjük. 100 gr feles malátakávé kalóriaértéke 55—60, a kétharmadosé 65—70.

Levesek.

Húsleves, zöldségleves és rántottleves használatos, a bennük levő ásványi sóknak van csak jelentőségük, tápláléértékük a beléjük főzött anyagoktól függ.

A főzelékek szerepe az 5—6-ik hónaptól kezdődik. A sorrend, amelyben nyújtani szoktuk: burgonya, sárgarépa, paraj, saláta, zöldborsó, majd a szárazhüvelyesek, Az elkészítéshez zsír vagy tej szükséges.

Gyümölcsök:

Fiatal csecsemőknek narancslevet, alma-, sárgarépalevet nyersen adhatunk, idősebbeknek paradicsomlé, őszibarackot, ribizkét, cseresznyét, epret. A gyümölcsöket forró vízben megmossuk, esetleg meghámozzuk és megtörjük. Többféle gyümölcspépet együtt is adhatunk, székrekedés esetén megcukrozzuk, hasmenéses csecsemőknek almapépet nyersen adunk.

Ezen vázlatos összeállítás csak útmutató lehet, a részletek megtalálhatók a különböző gyermekorvostani és diéta könyvekben. A nyári hasmenések megelőzésében és gyógyításában ezen táplálékoknak igen nagy jelentőségük van.

Fritz Sándor dr. gyermekorvos.

Drainezés nélkül operált nyársalási sérülés esete.

A nyársalási sérüléseknek, éppen nem mindennapi voltuknál fogva, bő casuistikus irodalma van. Ennek ellenére közlésre érdemesnek tartom az alábbi esetünket, mert azt hiszem, hogy a sérülés szokatlan alakulása és a gyógyulás szerencsés lefolyása miatt érdeklődésre tarthat számot.

Sz. F. 42 éves férfibeteget 1940 május hó 8-án szálították a mentők osztályunkra. A sérült előadta, hogy beszállítása előtt hat órával egy pestkörnyéki falu határában gyümölcsfát akart a hernyóktól megtisztítani és közben a faágról, mintegy három méter magasból, ülepével egy alul álló szőlőkaróba zuhant, mely felnyársalta. Hirtelen óriási fájdalmat érzett végbelében és hasában, utána ösztönösen kiugrott az alacsony karóból és ekkor látta, hogy a karó vége körülbelül másfél arasznyi hosszúságban bélsárral szennyezett és véres. Végbeléből vér csurgott. Mivel balesete helyén egyedül volt, a negyedóránnyira eső faluba még gyalog tette meg az utat, beérkezésekor azonban fájdalmi annyira fokozódtak, hogy összeesett. Balesete

óta nem vizelt, azóta hasában állandó göresös fájdalmakat érez.

Felvételkor állapota: Közepesen fejlett és táplált férfibeteg, bőre és látható nyálkahártyái halványak. Nyelve nedves. Diffuse nyomásérzékenység az egész hasra kiterjedően, mely az alhasban fokozottabb mértékben jelentkezik és ugyanitt defense is észlelhető. Májtoppulát megtartott, szabad folyadék a hasban nem kopogtatható ki. A gáton, közvetlenül az anus jobb oldalán, körülbelül kétpengősnyi, mélybe hatoló, roncsolt szélű, tátongó seb látható. Az anus jobb fele beszakadt. Feltáráskor a sebben a szétszakadt, tátongó sphincter izomzat látszik. A szakadás a rectum falán magasra terjed, egyszerű feltárással a vége nem is látható. A sebből kevés bélsárral szennyezett vér szivárog. Hőmérséklet: 37.4° C, verés: 96 percenkint, ütemes, a közepesnél könnyebben elnyomható, fvs.: 11800. Felvételkor spontán vizelt, vizelete tiszta, laboratóriumi vizsgálata negatív.

Végbéltükörrel levegőbefúvás nélkül felfelé haladva, a rectum falát körülbelül 6—7 cm magasra beszakadva találtam, efelett a sebesatorna a rectumon kívül haladt tovább felfelé és a sebüregbe betüremkedő vékonybélkaec látszott.

A penetráló sérülés miatt először hasmetszést végeztem (alsó med. lap.) és a hasüregben talált körülbelül 200 cm³-nyi vörösvérkórlemlés után Trendelenburg helyzetben megkerestem a Douglas peritoneumának sebéit, mely körülbelül két P.-nyi, cafatos anyaghiány formájában pontosan a hólyag és a végbél közti áthajlásnál volt. Ugyanitt a hólyag peritoneuma kissé felgyűrődött. Hasonló alakú és nagyságú, áthatoló seb volt a mesosigmán is. Efelőtt a sigmán egy harántirányú serosa repedést és végül egy ileumkaec mesenteriumán 5 cm-nyi, át nem hatoló repedést találtam. Műtétkor már a fenti sebek egyike sem vérzett.

A Douglas-üreg peritoneum sérülésén kezdve, az összes sérülést elvarrtam, majd tekintettel a peritoneum jó állapotára, a hasfal sebéit drainézis nélkül zártam.

Ezután kómeteszó helyzetbe hozva a beteget, sebtölettel után a gát sebére magasan jodoform csíkot vezettem fel és emellett a rectum, illetve a sphincter sebéit is elvarrtam, az anus félkör alakú sebéit pedig a csík körül varratokkal beszűkítettem, a rectumba 24 órára gumicsövet helyeztem és végül 2500 I. E. tetanus a. t.-t adtam.

Kórlefolyás: Másnap, V. 9-én subfebrilis, peritoneális tünetek nincsenek, pulsus kielégítő. 3x20 csepp Tinct. Opii adunk naponta. A gumicsövet eltávolítjuk.

V. 12-én hashajtóra bőséges szék ürül, az anus sebére rendben. A has sebéből az átöltöket eltávolítjuk (sebe reactionmentes), a gátsebből a jodoformcsíkot kihúzzuk és bórvaselines kötést alkalmazunk.

V. 15-én teljes varratszedés a hassebből, p. p. sebgyógyulás.

V. 18-án fennjár, fürdetjük. Az anus sebére kissé szétnyílt, de tisztán sarjadzik, a csík helyéről kevés váladék, székét tartani tudja. Ülőfürdőztetjük és kötözzük.

V. 30-án az anus sebére kisarjad, hámosodni kezd.

VI. 6-án sebére behámosodott, székletét jól tartja, gyógyultan hazabocsátjuk.

Amint látható, a különben súlyos baleset hasüregben belül úgyszólván jelentéktelen sérüléseket okozott. Az utóbbi évek irodalmában a rectumon át behatoló nyársalási sérülések között egy olasz szerzőtől, Pellegrinitől találtam ennél is szerencsésebb kimenetelű balesetről említést. Az ő esetében egy fiatal férfit a törött síbotja a rectumán keresztül úgy nyársalt fel, hogy köldökéig felhatolva, semmiféle hasüregi sérülést nem okozott. Ebben az esetben azonban a hatodik napon egy rectovesicalis sipoly keletkezett, mely későn, állandó katheter- és szélesókezelésre gyógyult csak meg. Ez a szerző szerint is csak egy rejtve maradt, incomplet hólyagfalsérüléssel magyarázható meg.

Ehalt a bécsi baleseti kórház anyagából vett közleményében behatóan foglalkozik a nyársalási sérülések kezelésével és az alábbi irányelveket hangsúlyozza: 1. pontos revisiót végezzünk a be-

avatkozás előtt, 2. lehetőleg conservative járjunk el. (A hasüregtet mindig drainezzük és a gát sebéit nyitva kezeljük. Oly sérülések esetén, melyek pararectalis sebüregtet létesítenek, kerüljük a rectum sebének elvarrását, mert ezáltal a fertőzött sebüregtet zárjuk.) 3. utókezeléskor a) ne használjunk ópiumot, mert hashajtáskor a kemény bélsárrögök felszakíthatják a gyógyulóban lévő sebet, b) ne fürdessük a beteget, mert korai fürdetéssel phlegmonet okozhatunk. Végül 4. minden esetben adjunk tetanus a. t.-t a ruhán át történő sérülés miatt.

Ami az utókezelést illeti, saját esetünkben a három napon át adagolt tinct. Opii semmiféle káros következményét nem láttuk és kétségtelen, hogy a belek nyugalomba helyezése a sebgyógyulást kedvezően befolyásolta.

A hasüreg drainézisét illetően Ehaltnak feltétlenül igaza van, mert minden rectumon át a hasüregbe hatoló sérülés a súlyos peritonitis veszélyével jár. Esetünkben is csak azért zártam elsődlegesen a has sebéit, mert az eszköz hasüri bélrészt nem nyitott meg, látható szennyeződést nem találtam és főleg, mert a hashártya a körülményekhez képest igen jó állapotban volt.

Esetünk azt mutatja, hogy alkalmas esetekben érdemes lehetőség szerint pontos rekonstrukciót végezni a gát sebére is. Ebben az esetben a seb helyzeténél fogva sikerült a fertőzött ischio-rectalis tér sebüregét lefelé nyitva tartani és emellett a rectum, illetve a sphincter izomzat szakadását is annyira elvarrni, hogy a beteg balesete után nem is egészen egy hónapra behámosodott sebbel távozott, azóta is teljesen munkaképes és székét, sőt a bélgázokat is kifogástalanul tartja.

Szilágyi Pál dr.,
közkórházi orvos.

Kérdés — felelet!

Kérdés. Egy hónapos gravida. Initialaffectiot kap. Spirochetavizsgálat pozitív. WAR neg. Pár nap múlva a WAR is ++ + a válik. Az anya a grav. alatt 2 comb. antisymph. kurát kap. Tünetmentes gyermeket szül 8. hónap végén. Szoptathatja-e az anya a gyermeket? Ez a kérdés függ-e az anya és a gyermek vérvizsgálatának eredményétől?
Dr. L. M.

Felelet. Tekintve, hogy a föltehetően erélyes két kombinált kúra már a terhesség legelején indult meg, amikor az anyai lues még nem megy át a magzatra, föltehető, hogy a gyermek ebben az esetben nagy valószínűséggel elkerülte anyjának luesét. Eppen ezért föltehető fontos, hogy utólagosan ne fertőződjék a gyermek. A fertőzés ez esetben elképzelhető egyrészt az emlőn levő esetleges apró rhagadok útján, másrészt magával az anyatejjel. Erélyes két kombinált kúra után azonban az előbbi eshetőség csak igen kivételes. A tej fertőzőképességére vonatkozóan azt kell mondani, hogy az anyatejben spirochaetákat közvetlenül még senki sem mutatott ki s átoltás útján is csak 3 esetben; de klinikai tapasztalásból néhány szerző föltelezi a tej fertőzőképességét. Az anyának vérvizsgálata ebben a kérdésben nem döntő jelentőségű. Ha a gyermek serológiai lelete negatív, az persze erősítő luesmentességének lehetőségét. Ha pozitív, az egész táplálási kérdés tárgyátalan, hiszen akkor az anya folytatólagos kezelésén kívül a gyermeket is nyomban kezelésbe kell venni. Mindezek után, bár igen valószínű, hogy ebben az esetben az egészséges gyermek az anyjától táplálás útján fertőződnék, az abszolút biztonság érdekében mégis jobb, — amennyire kivihető — ha a gyermeket lefejt idegen női tejjel táplálják. Dajka semmiképp sem szoptathatja, mert a gyermek luesmentessége nem állapítható meg teljes bizonyossággal.
Guszmán prof.

A kolozsvári Tudományegyetem Gyermekklinikájának közleménye. (Igazgató: Möriz Dences ny. rk. tanár.)

Az árpanyák jelentősége egészséges és beteg csecsemők táplálásában.

Irta: Szabó Miklós dr. tanársegéd

A csecsemő fejlődését az első félévben a női tej ilyeténleg biztosítja legjobban. Mesterségesen táplált csecsemők táplálékának összeállításánál az egyik szempont, hogy abban a fehérjék, zsírok és szénhidrátok aránya lehetőleg megközelítse azoknak a női tejben levő arányát. A gyakorlatban, főleg egészséges csecsemőknél az egyszerű tejhígítások váltak be legjobban. Ezek készítésének lényege a tehéntej fehérje mennyiségének csökkentése hígítással és a szénhidrát tartalom növelése.

A csecsemő szénhidrátszükséglete aránylag nagy: optimálisan a táplálék 5–10%-a. Természetesen táplált csecsemő e nagy szénhidrátszükségletét az anyatej lactoseja fedezi. Mesterségesen táplált csecsemő táplálékát kezdetben lactoseval próbálták készíteni, hogy az élettani viszonyokat megközelítsék, de kiderült, hogy a lactoset sem tűrik jobban a csecsemők, mint a dextroset (*Aschheim*). Tisztán cristalloid szénhidrátokkal nem mindig lehet fedezni a mesterségesen táplált csecsemő szénhidrátszükségletét, ezért is nagy jelentősége van a csecsemődietaetikában a nyákfőzeteknek. *Bessau* ajánlata óta a rizsnnyákfőzetek a leghasználatosabbak. A nyákok szokásos hosszú főzése a keményítőfélék gyorsabb fermentatív elbontását könnyíti meg, hogy mint monosaccharidák felszívódhassanak. A különböző nyákoknak más és más az oldhatósága, általában annál jobb egy nyákfőzet, minél könnyebben oldódó keményítőket tartalmaz (*Csapó*). A nyákok hatására megváltozik a tej fehérjéinek dispersitása is. A megfelelő nyákfőzet kiválasztása és a helyes arány a cristalloid és colloid szénhidrátok között fontos az egészséges és főleg a dyspepsiás csecsemő táplálásában.

Amint *Waymouth, Reid* és mások kimutatták, dyspepsia esetében a bélben a szénhidrátok bontásával nem tud lépést tartani a keletkezett monosaccharidák felszívódása, azért dyspepsiás csecsemő szénhidrátszükségletét lassan bomló nyákfőzetekkel célszerű fedezni. Szorulásra hajlamos csecsemőknél viszont nagyrészt cristalloid szénhidrátokat használunk, vagy gyorsabban bomló nyákfőzeteket.

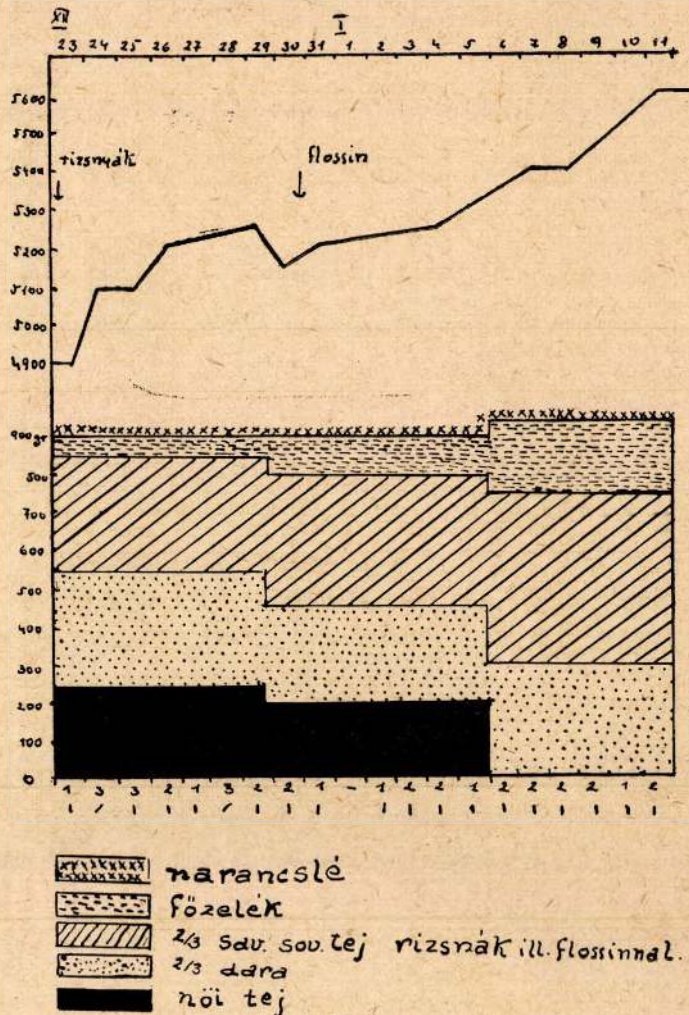
A nyákkészítmények száma a *Wander-féle* »flossin« árpanyák készítménnyel szaporodott. Ennek a készítménynek fontosságát ma elsősorban az adja meg, hogy a nehezen beszerezhető rizsnnyák készítményeket kívánja pótolni. A flossin 76.96% keményítőt, 0.79% zsírt, 8.30% fehérjét tartalmaz, nedvességtartalma 7.91%.

Azt vizsgáltuk, hogy az árpanyákat hogyan lehet felhasználni a csecsemődietaetikában. Az árpanyákat 1/2-es, illetve 2/3-os 10% flossin nyákkal készült savanyú szénhidrátdús sovány tej alakjában alkalmaztuk. Az árpanyákat épp úgy főzte tejkonyhánk, mint a rizsnnyákokat. A savanyú szénhidrátdús sovány tejet *Hainiss* prof. előírása szerint készítettük. 30 esetet vizsgáltunk, ezek közül 12-t egy hónapnál hosszabb ideig észleltünk.

Egészséges, illetve gyógyult csecsemőknek 20

esetben adtunk fent említett táplálékot. Példának alábbi esetünket említem.

E. S. 5 hónapos csecsemőt IX. 16-án vettük fel. Dg.: enterocolitis infectiosa. Dec.-ben teljesen gyógyult, akkori lázlapjából való alábbi részlet:



1. ábra. E. S. 8 hónapos gyógyult.

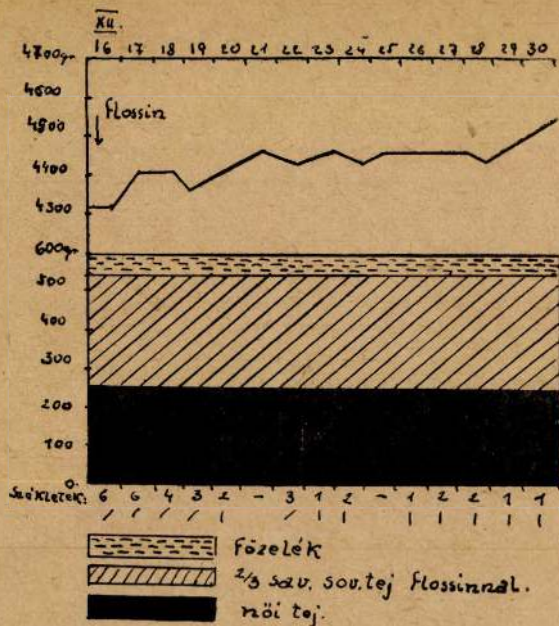
Dyspepsiás csecsemőknek 10 esetben adtunk 10% árpanyákkal készített 1/2-es, illetve 2/3-os savanyú szénhidrátdús sovány tejet. Példa alábbi esetünk.

Sz. F. 4 hónapos csecsemőt IX. 29-én vettük fel. 4300 gr. súlyú. Kévert táplálás. Dg.: pneumonia c. utr; pyoderma, decompositio. Decompositioja miatt hosszú klinikai ápolás. 7 hónapos korában, dec.-ben már gyógyult. Dec. 16-án széklete hig, nyálkás lett, s hatszor volt egy nap alatt. Lázlapjából való alábbi részlet. (2. ábra.)

A rizsnnyák, illetve flossinnal készített táplálékok hatását összehasonlítva lényeges különbséget nem láttunk sem a súlygörbén, sem a csecsemők székletének számában vagy azok minőségében. Mint az előző példából is látszik, dyspepsiás székletek is javultak árpanyákkal készített savanyú sovány tej mellett.

Klinikai észleléseinken kívül emésztési kísérletekben is összehasonlítottam, hogyan emésztí ugyanazon csecsemő duodenumnedve a flossint, orizát, illetve amyllum solubilem.

20 beteg és egészséges csecsemő duodenumnedvét vizsgáltam. A duodenumnedv pH-ját, ha nem volt enyhén lúgos, natriumhydrocarbonattal enyhén lúgossá tettem, az így létrejövő hígítást természetesen figyelembe vettem. Ugyanazon duodenumnedvvel 3 hígítássorozatot állítottam be phys. konyhasóoldat-



2. ábra. S. F. 7 hónapos Dyspepsia.

tal, mindháromban 1:2, 1:4, 1:8 stb. 1:1024 hígítást készítettem. Az első sorozatban 5 cm³ 1%-os amyllum solubilet, a másodikban 5 cm³ 1%-os orizát, a harmadikban 5 cm³ 1%-os flossint tettem 1 cm³ hígított duodenumnedvhez. A leolvasás 38° C mellett 1 és 2 óra múlva, majd szobahőmérsékleten 24 óra múlva történt. Leolvasáskor az ismert jódkeményítő reakcióval azt a hígítást jegyeztem fel, amely már nem adott tiszta kék színt. A vizsgálat eredménye alábbi táblázatból látható. Helyszűke miatt a táblázatokban 1:2, 1:4, 1:8 stb. hígítási fok helyett csak 2, 4, 8 stb.-t írhattam.

Az első táblázatban 7 egészséges csecsemő duodenumnedvének azon hígítási fokait tüntettem fel, amelyek az 1%-os keményítőt 1%-os orizát, illetve 1%-os flossint 1, 2 és 24 óra alatt elbontották.

I. TÁBLÁZAT.

	1% keményítő			1% oriza			1% flossin		
	1 ó.	2 ó.	24 ó.	1 ó.	2 ó.	24 ó.	1 ó.	2 ó.	24 ó.
5 hó	16	32	128	16	32	128	16	64	256
6 " $\text{O}^{\text{H}} + \text{O}^{\text{H}} + \text{O}^{\text{H}}$	64	128	256	64	256	514	128	512	1024
5 "	64	128	512	32	128	256	128	512	1024
5 " $\text{O}^{\text{H}} + \text{O}^{\text{H}} + \text{O}^{\text{H}} + \text{O}^{\text{H}}$	64	64	256	16	128	1024	32	1024	1024
2 "	64	64	256	16	128	1024	32	1024	1024
2 " $\text{O}^{\text{H}} + \text{O}^{\text{H}} + \text{O}^{\text{H}}$	64	64	512	32	32	256	32	64	1024
6 "	64	128	256	64	256	1024	128	1024	1024
Középt.	57	86	319	34	137	604	71	689	914

II. TÁBLÁZAT.

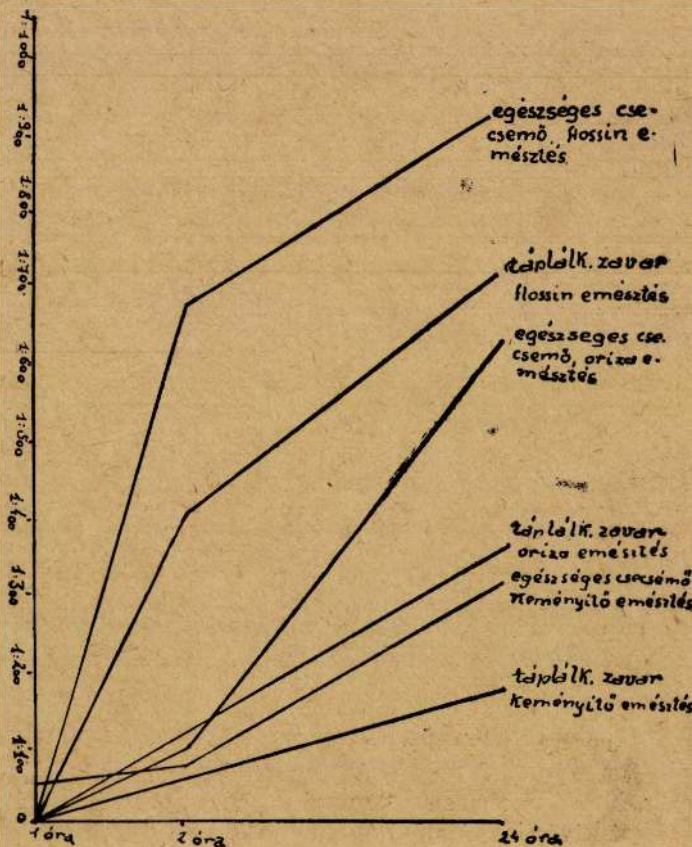
Kor és nem	Diagn.	1% keményítő			1% oriza :			1% flossin :		
		1 ó.	2 ó.	24 ó.	1 ó.	2 ó.	24 ó.	1 ó.	2 ó.	24 ó.
4 hó	decomp.	16	32	32	16	32	64	32	64	256
8 "	enter.	32	64	128	16	64	128	32	256	512
2 "	dysp.	16	32	64	32	64	128	64	256	256
5 "	decomp.	16	16	32	32	32	64	16	64	128
3 "	intox.	16	32	64	16	32	128	32	128	256
7 "	decomp.	16	64	64	16	32	128	32	128	256
4 "	"	8	16	64	16	16	64	16	32	64
6 "	intox.	4	8	32	8	16	64	8	32	64
4 "	dysp.	32	64	64	64	256	1024	64	1024	1024
8 "	decomp.	32	64	128	32	64	128	64	128	256
6 "	dysp.	16	16	32	32	64	64	64	128	256
7 "	"	64	128	1024	64	128	1024	256	1024	1024
6 "	"	32	128	512	32	256	1024	128	1024	1024
Középt.		23	51	172	29	82	310	62	413	721

A második táblázat az előzőhöz hasonlóan készült és 13 különféle táplálkozási zavarban szenvedő csecsemő duodenumnedv vizsgálatának eredményét tartalmazza:

Természetesen nagyon különböző volt az egyes duodenumnedvek diastase tartalma, aszerint, hogy egészséges vagy beteg csecsemőt vizsgáltam. Változik a duodenumnedv diastasetartalma a korról, függ a táplálástól is. Ugyanazon duodenumnedv ellenben mindig gyorsabban bontotta a flossint, mint az orizát, illetve amyllum solubilet.

A táblázatokból nyert középértékek csak az összehasonlítást célozzák, nem matematikailag vett középértékek. Ugyanúgy alábbi rajz is csak szemlélteti a vizsgált három keményítőfajta elbontását patkóbél nedv hatására.

A koordinata rendszer függőleges szárán a duodenumnedv hígítási fokát tüntettem fel, a vízszintes száron az időt, amelyben a leolvasás történt. Megjelöltem, hogy adott időpontban melyik duodenumnedv hígításon történt meg a keményítő, oriza, illetve flossin elbontása. Az egyes görbék a fenti értelemben vett középértékek alapján készültek és egészséges, illetve táplálkozási zavarban szenvedő csecsemők patkóbél nedvének keményítő, rizsnyák, illetve flossin emésztését szemléltetik.



3. ábra.

Összefoglalás: Klinikai észleléseink azt mutatják, hogy a rizsnyák mellett az árpanyák is jó hatású egészséges, illetve dyspepsiás csecsemők táplálásában. Az árpanyákkal készült 1/2-es, illetve 2/3-os savanyú szénhidrátdús sovány tejet sikerrel alkalmaztuk klinikánkon a ma nehezebben beszerezhető rizsnyák helyett. Emésztési kísérleteink azt mutatják, hogy az árpanyákat a csecsemők duodenumnedve gyorsabban bontja a rizsnyáknál.

BÉHEXOS: CUKORINJECTIO B₁-VITAMINNAL

„CERTA” GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R.T. BUDAPEST

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Gömöri Pál és Binder László.*

Vizsgálatok a hypertonia pathogenesisét illetően. *L. Stropeni és M. Battezzani.* (Klin. Wo. 1942. 16., 357—360.) Szerzők ama ismert észlelésből indultak ki, hogy a szervezetben az acetylcholin a cholinesterase útján cholinra és ecetsavra hidrolisálódik, prostigmin hatására viszont a cholinesteraseképződés csökken. Ez gátolja a szerzők essentialis hypertoniában (5 essentialis és 1 senilis hypertonia) a prostigmin. $3 \times \frac{1}{2}$ tabletát naponta.) A kezelés előtt, majd a kezelés után vércholinesterase meghatározást végeztek és azt találták, hogy kezelés előtt a cholinesterase érték nagy, kezelés után pedig kisebb; ami a prostigmin adás következménye. Már az első napokban úgy subjective, mint objective javul a betegek állapota, a fejfájás és szédülés megszűnik, a vérnyomás csökken. (G. 14.)

Marsovszky dr.

Hogy kezelem a chronikus gastritist? *Roller.* (Wien. Klin. Wschr. 1942. 15. sz.) Az idült gyomorhurutok terapiájában elsősorban is a gyógyulási folyamat útjában álló ártalmakat kell kikapcsolni. A hosszú időn át bántalmazott nyálkahártya erre sem reagál prompt, hanem rendszeren megfelelő »lökésre« is szükség van a gyógyulás megindításához. Roller ilyen szempontból elismeri a népies ivókúrák létjogosultságát és a maga részéről ilyen formában nagy conc.-oldatok gyulladáscsökkentő hatását igyekszik érvényesíteni a »gyomornyálkahártya osmotherapiájában«. Elektrolytek helyett Dextrose 15%-os oldatát használja 3—500 ccm mennyiségben az éhgyomori nedv kiemelése után $\frac{1}{2}$ órai időtartamban. Ebben az eljárásban szerinte az öblítés, duzzadás-gátlás és sótalánítás egyesül. Nagy érzékenység, hányinger esetén rövid ideig tartó 3%-os taninos öblítést ajánl, ami pangásos és uraemiás gastritiseknél is használ. Ulcus és gastritis közti összefüggésről mondottakban hangsúlyozza, hogy a fájdalmat mindig az utóbbi okozza, enélkül az ulcus észrevétlen maradhat. Az ulcus gyógyítása a fennálló gastritis terapiájával kezdődjék. Hyperaciditások panaszok esetén legjobban ajánlhatók a régi alcaliak, de megfelelő nagy adagban. Figyelmeztet, hogy a Belladonna és Papaverin használatos adagjai alacsonyra vannak szabva. A terhesek gastritisében a már említett keze-

lés mellett nagy B₁ vitamin-adagok és a gyakori hypochloremiára való tekintettel konyhasó-adagolás segíthetnek. A gyomorhurutok terapiájában továbbá mindig tekintettel kell lennünk éppen a salakszegény étrend következtében fellépő székrekedésekre s ezáltal keletkező intoxicatiókra. Ne feledkezzünk meg arról, hogy mint minden beteg testrészünk vagy szervünk nyugalmahelyezése, úgy a gyomor idült gyulladással betegségénél is a koplaltatás legalább 12 órán keresztül akár ismételten is előnyére fog szolgálni a gyógyulási folyamatnak. (B. 24.)

Csik Ferenc dr.

SZULESZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ottó József és Benedek Andor.*

Kanyaró és scarlatina szülés alatt. *A Fleischer.* (Zbl. Gynäk. 1942. 609 o. I.) A szerző a kanyarónak a szülőanyáról a magzatra történő átvitelét tárgyalja és ennek kapcsán ismertet egy esetet, amikor közvetlen a szülés után az egész magzati testen, különösen azonban a mellen és a hason élénkpiros, egymásba olvadó apró foltokat észlelt. A kiütés 3 nap múlva eltűnt és néhány nap múlva finom korpázás indult meg. Az anyánál már a szülés utáni első napon elmúltak a kiütések. A lepényi szakban semmiféle szövödmény nem volt, jóllehet egyesek ilyenkor vérzéseket figyeltek meg. *Esch* szerint a kanyarónál fájástkeltő tozinok keletkeznek. Az anyánál a betegség leküzdésére secale kizsárményeket és sulfonamidot ajánl. Kanyaró ellen csak akkor védett a csecsemő, ha az anya már régebben áttesett rajta. Vannak szerzők, kik a betegség leküzdésére kanyarós szülőnők lepénykivontakizsárményét ajánlották, melynek hatása azonban még nem teljesen tisztázott. (O. 15.)

Boleratzky Valér dr.

Sympathektomia a göresös havibaj kezelésében. *Johanson.* (Zbl. Gynäk. 1941. 2068.) A sympathektomia olyan esetben ajánlatos, amikor más eljárás, mint egészségesebb életmód, lelki ráhatás, sugárkezelés, fájdalomcsillapítók, méhkaparás, méhnyaktágítás eredménytelen. A nervus praesacralis kimetszése csak a méh felől jövő fájdalmat szünteti meg, míg a petefészkek-jellegű fájdalmat nem csillapítja, mivel a petefészket a plexus intermesentericus és renalis látja el. Az idegkimetszés nem okoz zavart sem a megtermékenyítésben vagy terhességben és szülésben, sem a hólyag- és béltevékenységben. Nem okoz sorvadást a nemzőszervekben. A havivérzés jellege megváltozhat, ami magábanvéve lényegtelen. A műtét keresztülvitelében fontos az összes idegrostok átmetszése, mert csak így várható a fájdalom csillapítása, mely az esetek 90%-ában bekövetkezik. (O. 13.)

Farkas József dr.

CAPHOSEIN

a tej fehérjéit, (caseint, lactalbumint és lactoglobulint) tartalmazó, dús calcium- és fosphortartalmú tejfehérje-készítmény,

az erjedésszerű dyspepsiák kiváló gyógyszere

Adagolás: 1 kávéskanál (5 gr.) Caphoseint $\frac{1}{2}$ deci teában felfőzünk, saccharinnal édesítjük és ebből minden szopás vagy etetés előtt 2—3 kávéskanálnyit, illetve szükség esetén többet fogyasztatunk.

Szabadon rendelhető az összes betegségbiztosító intézetek terhére.

Krompecher tápszert- és gyógyszeripari Kft. Budapest, V., Nádor-utca 15. szám.

FAGIFOR „CITO“

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lacto-kreosot-syrup

Ideális enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere
lag. orig. P 3-21, pénzt. csom. P 1-61

Szabadon rendelhető: MABI, MÁV. B. B. I. Szióv. kórház
Szióv. Alk. Segítő Alapja. Keresk. Segélyegyl.

CITO gyógyszervegyészeti gyár
Budapest, XIV., Lengyel-utca 33.

UROLÓGIA

Rovatvezető: *Babits Antal.*

Urographia mint vizsgálati módszer prostatectomia előtt. *Liedberg.* (Z. f. u. Ch. u. Gyn. 1942. 3.) Szerző 113 prostatahypertrophiánál végzett urographiás vizsgálata alapján (30 eset volt ezek közül abnormis urogrammal) a következőket állapítja meg: Normalis urogramm csak korlátolt értékű feleletet ad arra a kérdésre, hogy abban az illető esetben tanácsos-e a prostatectomia, vagy nem. Viszont az erősen abnormis urogrammal rendelkező esetekben (meglassult kiválasztás, dilatatio, vagy mindkettő) a radikális beavatkozástól tartózkodnunk kell akkor is, ha az általános állapot és a maradék Nitrogen értéke kielégítő. Ilyenkor konzervatív, tehermentesítő és infectioellenes kezelést kell alkalmazni, míg a kontroll-urogramm normalis eredményeket nem mutat. A M. N. gyorsabban esik a normalisra, amint az anatómiai viszonyok helyreállanak. (B. 13.)

Szendrői Zoltán dr.

Idült vesemedencékörüli gyulladás áldagatanatos alakja. *Lebbin.* (Z. f. u. Ch. u. Gyn. 1942. 3.) A sebészek nem sok figyelmet szentelnek a vesetokban és hiluszövetben lejátszó chronicus productiv gyulladásos folyamatoknak, amelyek nem ritkák és néha az operatort diagnostikus nehézségek elé állítják. 77 éves férfibeteget ismerttet a szerző, akinél mindkét vesehilusban stricturát okozó daganatszerű képlet volt. A mérsékeltén tágult vesemedencék nyálkahártyája idült gyulladás képét mutatta. A daganatszerű szövet hystologiai vizsgálata hyperplasticus zsírszövet sclerosist (lipofibrosis) mutat elhalásokkal. A tumort utánzó folyamat kiinduló pontja az idült vesemedencelob volt. Más szerző szerint is a húgyszervek reakciója a gyulladásos ingerekre rendszerint kötőszövet szaporodási hajlamban nyilvánul meg. Fenti alak mindenestre szokatlan, mert rendszeren a zsírszövet és peripelvinalis kötőszövet mérsékelt megnagyobbodása lép csak fel. Szerző szerint a primár gyulladás és a secundár progrediáló folyamat között bizonyos függetlenséget kell feltételezni és ilyenkor helyes desmoplasticus dispositióra gondolni. (B. 12.)

Szendrői Zoltán dr.

Logal

1 tableta tartalmaz : Kipróbált szer, ártalmatlan a gyomorra és a szívre
0-28 g. Acid. acet. sal.,
0-013 g. Chin. citr.
0-04 g. Li. citr.

**Antineuralgicum
Antipyreticum
Antirheumaticum
Analgeticum**

Mintával és magyar szakirodalommal szolgál :

Dr. FILO JÁNOS

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

Nyári csecsemő dyspepsiáknál évtizedek óta alkalmazza az orvosi kar a Krompecher-gyár kiválóan bevált és a csecsemőgyógyászatban ma már nélkülözhetetlen *Caphosein* elnevezésű, dús calcium. és phosphortartalmú tejfehérje készítményét. A *Caphosein* mindazon követelményeknek megfelel, amelyet az orvostudomány a tejfehérje-készítményekkel szemben támaszt. Nagy előnye, hogy szagtalan, koloidálisan jól oldódik, kellemes zsemlyeízű és a tej összes fehérjéit (caseint, lactalbumint és lactoglobulint), tehát mindazon fehérjéket tartalmazza, amelyek a szervezetnek nélkülözhetetlen építőanyagokat szolgáltatnak. Javallt mindazon esetekben, ahol a bélben fokozott erjedést kell meggátolni.

IDULT NŐGYÓGYÁSZATI BETEGSÉGEK MEGGYÓGYULNAK AZ

ERZSÉBET-GYÓGYFÜRDŐBEN

KESERŰSŐS FÜRDŐK
ISZAPBOROGATÁSOK
FORRÓ ÜBLITÉSEK

VALOVOSAN-CHINOIN

PÉTEFÉSZEKELEGTLENSÉG IDEGES TÜNETEI ELLEN

40 és 100 tableta

SYMPATOL

A SZIV ÉS VÉRKERINGÉS GYÓGYSZERE

Indikációk:

Az erek hypotóniával párosult tónuscsökkenése:

Rekonvalescentia – Hypotónia – Terhesség – Öregkori panaszok

Altalános keringési gyengeség:

Grippe – Diphtheria – Tuberculosis – Typhus – Pneumonia

Súlyos kollapsus:

Műtétek – Szülések – Vérvesztés – Shok

Forgalomban:
Ampullák à 0,06 gr.
és Liquidum 10%



Tudományos iroda:
Budapest II,
Hattyú u. 1/II.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift 30. sz.: *Dormanus E.:* Bóremphysemákról. *Landen C.:* Tüdő-szív és keringési vizsgálatok pirographal. *Hofer O. és Trauner R.:* A trigeminusneuralgia kezelése peripheriás beavatkozással és a Gasser duc alkohol injenetiójával. *Külenkampff D.:* A trigeminusneuralgia kezelése.

Wiener Klinische Wochenschrift. 30. sz.: *Hackenbroch M.:* »Gyermekláb« (viszeres tünetegyüttes). *Kotek A.:* Az abortus kérdésről. *Pelácz, Redondo I.:* A Kala-Azar haemotológiája. A sternalpunctio diagnosztikus jelentősége. *Piper H. F.:* Spastikus obstipatio és coliuria.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift. 30. sz.: *Lohardt A.:* Hogyan kezeljük a dysmenorrhoeát és okát? *Meyenburg H.:* Eosinophil tüdőbeszűrődés. *Luchsinger R.:* A kretének hangja és beszéde. *Laszt L. és Dalla Torre L.:* A cukor-felszívódás és foszfat-anyagszere közti összefüggés. *Lauener P. és Malder E.:* A szamárköhögés befolyásolása magasrepüléssel. *Dudan A.:* Az asthma histamin kezelése.

Műszerszokrény, gyógyszereszköz, vidéki praxis-hoz szükséges univerzális műszerek, magyar-német szakirodalom Pest megyében, Maglódon eladók.

ÖZV. DR. CZIRÁNYI LEONÉ,
Maglód, Községház-u. 60. szám

VEGYES HIREK

A Budapesti Orvosok Kamarazeneegyesülete ezidei XX. évi évszázó közgyűlésén dr. Milkó Vilmos professzor elnöki megnyitójában rámutatott arra, hogy az egyesület 20 éves működése alatt a maga elé kitűzött művészi és karitatív célokat teljes mértékben megvalósította. A tagdíjakból és a hangversenyek jövedelméből gyűjtött tőke lehetővé tette, hogy immár több ezer pengőt kitevő összeget juttathatott a segélyre szoruló kartársak gyógyítására. Felhívja az orvostársadalom vezető egyéniségeit, hogy az egyesület iránt, melynek jótékony működését a legtöbben nem is ismerik, a jövőben több érdeklődést tanúsítsanak, lépjenek be a pártoló tagok sorába, mert ezáltal nemcsak maguknak szerezhetnek tiszta műélvezetet, de orvosi közérdeket is szolgálnak.

A közgyűlés a tisztikar és a választmány lelépő tagjait újra megválasztotta. Az újra megválasztott tisztikar: Tiszteletbeli elnök: Manninger Vilmos prof., elnök: Milkó Vilmos prof., társelnökök: Doctor Károly dr., Peregi István dr., Vámosy Zoltán prof., ügyvezető-alelnök: Belohorszky Gábor dr., főtitkár: Lévai György dr., pénztáros: László Tibor dr., titkár: dr. Lévai Györgyné, jegyzők: Kovács Lóránt dr., Remete Tibor dr., háznagy: Zsögön Béla dr., kottatáros: lovag Ahsbals Tassilo dr., ellenőr: Péteri Ignác dr., számvizsgáló bizottság elnöke: Mansfeld Ottó dr., művészeti bizottság elnöke: Manninger Vilmos prof.

A közgyűlés a Keresetképtelen Orvosokat, Özvegyeket és Árvákat Segélyező Egyesület részére 200 P, a Budapesti Orvosok Szövetsége és a Budapesti Orvosi Kamara segélyalapja részére 100–100 P adományozását határozta el.

Szabadságon vannak: *Rejtő Sándor dr.* július 16-tól augusztus 16-ig, *Ranschburg Pál dr.* augusztus 18-ig.

1255/1942. Kig. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A nógrádmegyei »Mária Valéria« közpórháznál megüresedett kórháznok és laboratóriumvezető főorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma az állami tisztviselők részére megállapított IX. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő illetmény.

Az állást elnyerni óhajtok szabályszerűen felblyegzett kérvényeiket ezen pályázati hirdeteménynek a Budapesti Közlöny című hivatalos lapban történt harmadszori közzétételétől számított 16 napon belül, közhivatalban levők hivatali főnökük útján méltóságos dr. bellusi Baross József főispán úrhoz címezve, hozám nyujtsák be.

A pályázati kérvényhez a »Népegészségügy« Szám-magyarozatában 1–12. szám alatt megjelölt okmányok csatolandók.

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

Balassagyarmat, 1942. évi augusztus hó 1-én.

Dr. Kenessey Albert s. k.

m. kir. egészségügyi-főtanácsos,
kórházigazgató-főorvos.

ELADÓ jókarban lévő párnázott, mahagoni, nőgyógy. vizsgáló-asztal vaszámollyal 80 pengőért, műszerszokrény 5 vastag üvegpoleccal, alsószokrénnyel 60 pengőért. József-körút 40, III. 12.

A frontátvonulások áttekintése 1942 április második feléről. Az április 16–30. közötti időszakban a betörési frontok nagyjában normalis számban és normalis fejlettségi fokban léptek fel. A felsiklási frontok száma és fejlettsége azonban a normalist lényegesen felülmúlta. Az időszak 32 frontátvonulása közül 20 esik a betörési és 12 a felsiklási frontokra, holott normalisan a betörési frontok számbeli túltengése éppen a későtavaszi évszakban ennél sokkal jelentékenyebb szokott lenni. A 20 betörési frontból 5 volt gyenge, 14 mérsékelt és 1 volt erős fejlettségű. A 12 felsiklási frontból 2 gyengének, 9 mérsékeltnek és 1 erős fejlettségűnek minősül.

A budapesti frontátvonulások részletes történetéből megemlítenők a felsiklási frontok halmazódásai (ápr. 18–19 éjszakáján és ápr. 19 délelőttjén; továbbá ápr. 23-án nappal és a 23–24-ikei éjszakán; végül ápr. 28-án délután). Frontmentes nap csak ápr. 29-e volt, a többi napokat túlnyomórésben a gyenge és mérsékelt betörési frontok átvonulásai töltötték ki. Kiemelendő végül ápr. 30-ának az erős felsiklási frontja reggel 9 órakor és ugyanennek a napnak az erős betörési frontja kevéssel éjfél előtt (hatásaik feltételezésekkel reggel 9 óra előtt és éjféltől kezdve; az utóbbi hatások tehát már május hónap első óráira esnek).

Aujeszký dr.

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

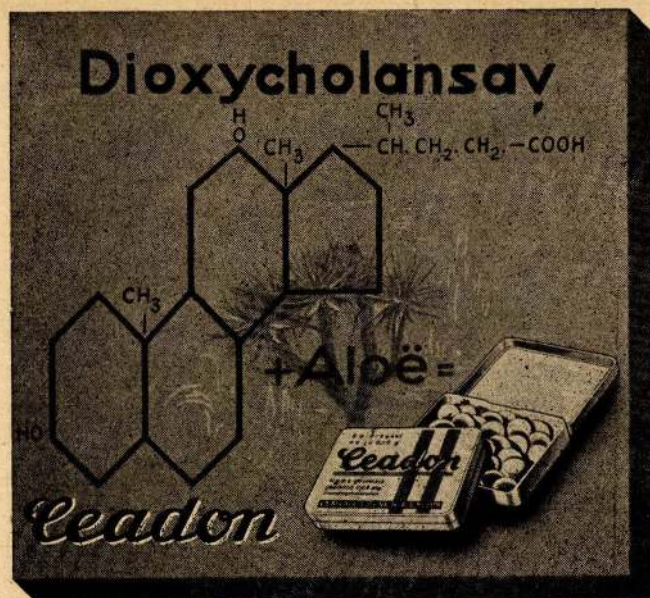
ÚJ FEGYVER

A HALADÓ SZELLEMŰ ORVOS KEZÉBEN A

DIACHEMIA
STRAUB SÁNDOR
GYÓGYSZERÉSZETI ÉS VEGYÉSZETI LABO-
RATORIUM, BUDAPEST, VI., TERÉZ-KRT. 27

ROMBOGEN

inj. varix és haemorrhoidalis csomók okozta
bántalmak műtétmentes megszüntetésére
3 amp. ára P 2.20



Csomagolás: Dobozban 30 vagy 60 dragée.

Ceadon

physiologiai hatású
növényi alapanyagot tartalmazó
székletszabályozó-szer.



J. D. RIEDEL - E. DE HAËN A.-G. BERLIN — Magyarországi képviselő: Dr. Lányi Lajos, Budapest, VIII., Rigó-utca 10

Quadronox

megbízható altatószer
mely már kis adagnál (fél tableta)
is üdítő álmot és üde ébredést
biztosít.

**10 és 20 tablettás
csomagolások**

Adatokkal készséggel szolgál;

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE I. W.
KÁLMÁN LEHEL GYÓGYSZERVEGYÉSZETI VÁLLALAT BUDAPEST 62

DORMOVIT*

alvási zavaroknál

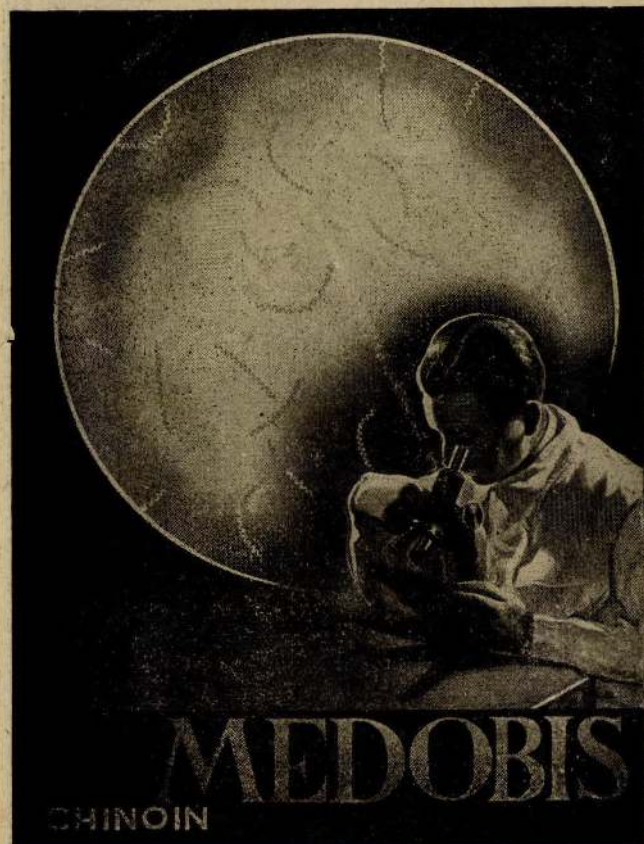
20 – 30 percen belül elaltat,
6 – 8 órás alvást biztosít,
friss ébredés mellett.

*1) Furfurylisopropylbarbitursav

DTWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A.G., BERLIN-WAIDMANNSLUST

Magyarországi képviselő: Múzeum Gyógyszertár, Budapest, IV. Kossuth Lajos - u. 20



MEDOBIS-Chinoïn

*heptadiencarbonsavas bismut
stabil olajos oldata*

KIVÁLÓ ANTILUETICUM

JÓL TÜRHEŐ



Egyes adagja felnőtteknek
0,5 kcm (=0,045 g fémbismut)



10 ampulla dobozban

12 és 25 kcm-es üvegek



ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26., IV. em.
Telefon: 345-113.

Ingyenes lífthasználat.
(Kérje a portástól.)

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy
22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámunk javára.

Romániában: Borsos Béla dr. Arad, Str. G. Gringorescu 5.

Szlovákiában: Eleőd Solt. Handels- u. Kredit-B. Bratislava.

Előfizetési díj: az »Orvosi Hetilap«-ra az »Orvos-
tudományi közlemények«-kel együttesen egész évre 26 P,
220 slk., 1000 lei, egyéb külföldre a belföldi díjak + portó-
költség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyed-
évre negyede, egy óra 2-50 P.

A »Magyar Orvosi Archivum« egész évre 10 P., 70 slk., 400 lei.

Eredményes chemotherápiához

Richter-féle

SULFAPYRIDIN

Para-amino-benzol-sulfo-alfa-pyridinamid

INJECTIO

a leggyorsabban hozza létre a hatás eléréséhez
szükséges sulfamid töménységet

TABLETTA

kellemtlen melléktüneteket, gyomorpanaszokat
nem okoz

SUPPOSITORIUM

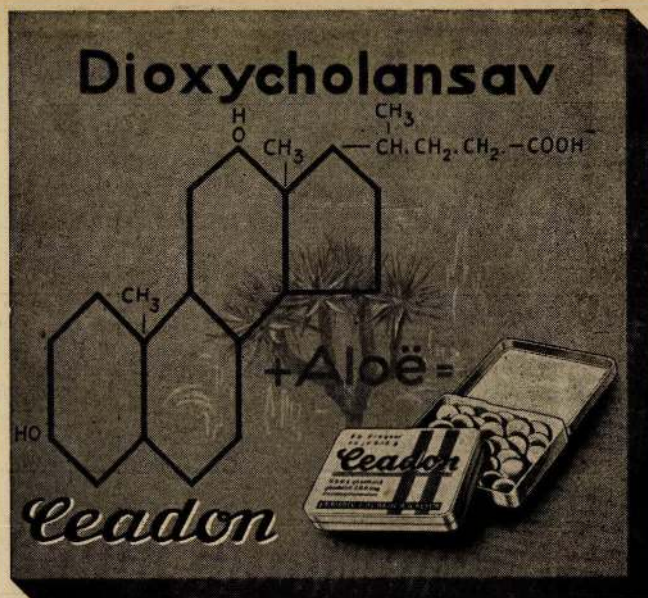
ha inj., vagy tabl. bármilyen oknál fogva nem alkalmazható

SULFAPYRIDIN HINTÓPOR

Fertőzött sebek, renyhén gyógyuló fekélyek kezelésére



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



Csomagolás: Dobozban 30 vagy 60 dragée.

Ceadon

physiologiai hatású
növényi alapanyagot tartalmazó
székletszabályozó-szer.



J. D. RIEDEL - E. DE HAËN A.-G. BERLIN — Magyarországi képviselő: Dr. Lányi Lajos, Budapest, VIII., Rigó-utca 10

Diarrhoea, meteorismus, paratyphus,
hús- és halmérgezések stb. esetében



Adsorgan Heyden

a bél méregtelenítésére

Chemische Fabrik von Heyden A.G. Radebeul-Dresden

Magyarországon forgalomba hozza:

Walter & Dummel, Budapest, V., MÉRLEG-UTCA 10.

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, VIDAKOVITS KAMILLÓ.
FELELŐS SZERK.: VÁMOSSY ZOLTÁN. Fogad kedden és pénteken 12—1. SZERK.: FRITZ ERNŐ.

TARTALOM:

Juba Adolf: A localisálható lelki tünetekről. (389—392. oldal.)

Kadvány Sándor: A röntgensugár hatása a tejelválasztásra emlőgyulladások kezelésekor. (392—394. oldal.)

Gaál István: Az erythrodermia desquamativa (Leiner) és az exsudatív diathesis. (394—395. oldal.)

Czédly Teréz: Ozaena kezelése adrianol emulsióval. (395—396. oldal.)

Sajgó Győző: Idült sipolyok kezelése fém-pálcikákkal. (396. oldal.)

Irodalmi szemle. (396—399. oldal.)

Könyvismertetés. (400. oldal.)

Cserey-Pechány Albin: Hozzászólás Bugyi dr.: »Csövescsontok gennyes gyulladásának tartózkodó kezelése« című cikkéhez. (400—401. oldal.)

Lapszemle. (402. oldal.)

Vegyes hírek. (402. oldal.)

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

A localisálható lelki tünetekről.

Irta: Juba Adolf dr. egyetemi magántanár

A központi idegrendszer a törzsfajlás folyamán az alacsonyabbrendű élőlények szelvényesen tagolt reflexszervéből rendkívül szövevényesen felépített egységgé alakult ki, melyben a pályák és a szürke állomány hosszú sorozata szolgálja a létfenntartással kapcsolatos élettevékenységeket. A pályák és a ducok e szövevénye egyszerű morfológiai betekintéssel működéséről keveset árul el, úgyhogy a központi idegrendszer megismerése akkor válik teljessé, midőn az egyes anatómiai értelemben vett rendszerek működésének irányát, célját és terjedelmét is megismerhetjük. E magasabb megismerési irányt szolgálják a localisatiós törekvések. Ez igen nagy haladást tett az idegrendszeri működésekkel kapcsolatban, ahová legnagyobb általánosságban az összes mozgató, érző és érzékelő tevékenységeket számíthatjuk. A localisatiós tan mindezeket a tevékenységeket a központi idegrendszer szervi betegségei, vagyis nagy általánosságban a gyulladásos, vascularis és daganatos folyamatok okozta kiesések nyomán sikeresen, élesen körülhatárolható agykéregterületekhez, törzsduci szakaszokhoz és a pályák egész sorozatához köthette.

Míg az idegrendszeri tevékenységek zavarai az észlelő számára a látható és tapasztalható kórtünetek észlelése révén tárulnak fel, addig a körlelektani jelenségek csupán a beteg egyén tudatában vannak adva, tehát empiricus kutatásoknak alig hozzáférhetők. A kóros lelki jelenségek rögzítése így a szorosan vett idegrendszeri elváltozásokkal szemben rendkívül nehéz és megközelítésükre első sorban az introspectiv phaenomenológiai betekintési mód áll rendelkezésre, midőn a kutató a vizsgált egyén közlései nyomán az illető lelki működéseinek rendszerébe kíván betekinteni. Ha tehát a localisa-

toros törekvések az idegműködések területén már kétségtelen nehézségekbe ütköznek, sokkal fokozottabbak lesznek az akadályok azon irányműveletekben, amely céljával a kóros és ezáltal normális lelki jelenségek helyhez kötöttségének elemzését tűzte ki.

A lelki jelenségeknek bizonyos agyi körülírt területekkel való kapcsolatbahozását azok tisztán tudati adottságán kívül megnehezítik azok a tapasztalatok, amelyek szerint körlelektani módosulások nem csak góctünetként, hanem az agyvelő szervi folyamatait követő általános zavar tüneteiként is jelentkezhetnek. Így — mint erre idevágó tanulmányaiban Benedek utal — a daganatokat és gyulladásokat kísérő hydrocephalus, vizenyő és agyduzzadás, a vérellátás különböző általánosan kedvezőtlen módosulásai számos olyan körlelektani tünetegyüttest válthat ki, amely adott esetben körülírt agyvelői sérülésekhez is csatlakozhat. Vonatkozik ez elsősorban a figyelem megnehezített igénybevehetőségére, elsősorban azonban az aluszékonyág és a különböző tudatzavarok változatos formáira.

Az újabb kutatási törekvések különben nagy szerepet biztosítottak egyes gyógyító eljárásokat kísérő lelki jelenségek tanulmányozásának is. Vonatkozik ez elsősorban azon szemléleti zavarokra, átmeneti személyiség eltolódásokra, gondolkozási zavarokra, melyek az inzulinval kapcsolatban figyelhetők meg; idevonatkozólag utalunk Benedek megállapításaira, melyek számos új adat birtokába jutottak. Szintén Benedek hívta fel a figyelmet azokra a körlelektani jelenségekre, melyek agydaganat esetekben végzett röntgenbesugárzás nyomán keletkeztek a daganatot környező agyszövet colloid-chemiai megváltozása révén. Az itt észlelt személyiségmódosulások, gondolkozási zavarok és szemléleti kórságok a lelki körjelenségek helyhez kötöttségének kérdését szintén nagymértékben előre vitték.

Újabb kutatások hívták fel a figyelmet arra, hogy egy aránylag körülírt körlelektani syndroma, a Korsakow-tünetegyüttes mint agyi góctünet jelenhet meg és szemben egyes szerzők, így Fünfgeld

megállapításaival nem az agykéreghez kötődik, hanem a diencephalon körülírt sérülésének következménye. A Korsakow-tünetegyüttes a múlt század nyolcvanas éveiben ideggyulladásokkal kapcsolatban került először megfigyelés alá és felépítésében a megjegyzőképesség csökkenése viszi a főszerepet; következményként jelentkezik a térre és az időre vonatkozó tájékozatlanság és a meseszövéssre való hajlam, amely lehetővé teszi, hogy a megjegyzőképesség zavara miatt előálló hiányok pótlása és elfedése megkísérlődjék. Mindenekelőtt *Gampernek* az alkoholos polyneuritist kísérő *Wernicke-féle pseudoencephalitisre* vonatkozó megfigyelései igazolták be azt, hogy a Korsakow-tünetegyüttesnél a hypothalamus corpus mamillareja szenved. Hasonló adatokkal mások is szolgáltak, klinikánkról szintén megjelentek idevágó közlések, melyek agyvelőgyulladás, vérzés, daganat és aggkori agyszövetelfajulás eseteire támaszkodnak. A corpus mamillare anatómiailag a hypothalamus területére esik, ettől azonban sok tekintetben elkülönül. Kiténik ez elsősorban a fejlődéstani viszonyokból: a duc mint a III. agykamra kitüremkedése jelenik meg, tehát fejlődése hasonló a szemserleg és a szaglómezők egyes szakaszainak kialakulásával. Szemben a hypothalamus magrendszerével, a corpus mamillare igen sok velőshüvelyű idegrostot tartalmaz. Szerkezetiileg kissejtű nucl. medialisból és még kisebb sejtű nucl. lateralisból áll. A törzsfajlásban alacsonyabb állatfajokban a corp. mamillareval kapcsolatban még további két mag is szerepel, ezek a nucl. praemamillaris és a nucl. supramamillaris, ezeknek az emberi corp. mamillare felépítésében szerepük nincs. A corp. mamillarenak a szoroson vett hypothalamus magcsoportjaival pályaszerű kapcsolata nincs, viszont rendkívül szoros az összefüggés a thalamus külső magján keresztül a frontalis kéreggel, közvetlenül a Brodmann-féle 6. mezővel. A corp. mamillareből kiinduló tractus mamillothalamicus a nucl. anterior thalamiban végződik. Ezen magban *Le Gros Clark* három részt, még pedig anterodorsalis, anteroventralis és anteromedialis magszakaszt különböztetett meg; az emberben csupán az anteroventralis magrészt találhatók meg szembeötlő kifejelettségben, míg az anterodorsalis szakasz erősen csökevényes és az anteromedialis rész teljesen hiányzik. A nucl. anterior thalami közvetíti az összeköttetést a frontalis agranularis kéreggel, mint ezt *Miskowskinak* majmokon és *Fukudának* emberen végzett vizsgálatai beigazolták.

A corp. mamillarenak a hypothalamustól való elkülönülése azonban a sérülését követő zavarban mutatkozik a leghatározottabban: míg a hypothalamus mai tudásunk szerint a testszerte lejátszódó legkülönbözőbb vegetatív folyamatok főközpontjának tekintendő és így többek közt a cukorforgalom, a vízforgalom, az ásványi anyagcsere, számos sima izom-működés irányításában szerepel, addig a corp. mamillare olyan felki működésekben visz vezetőszerepet, melyek kimaradása a Korsakow-tünetegyüttest adja. A Korsakow-tünetegyüttes psychopathologiai elemzése ma már meghaladta a tisztán megjegyzőképesség-zavar értelmében való felfogást. *Gamper* szerint a folyamat lényege a külvilág iránt való bizonyos érdektelenség, tehát érzékleti benyomásokkal szemben való közömbösség: bár a legkülönbözőbb szemléleti adottságokat a figyelem megragadja, elmarad bizonyos tér-időbeli háttér ki-

alakulása, mely rendszeren az élményeknek az éppen lezajló szemléletek hiánytalan sorozatába való beillesztését lehetővé teszik.

Kleist a fentieket úgy formulázza, hogy elmarad az actualis benyomásoknak »időbélyegzése«, ami azzal jár, hogy az élményeknek az emlékezeti anyagba való beleillesztése nem a tér- és elsősorban az időbeli irányelvek szerint történik. *Kleist* általában a gondolkodás intuitív ősfarmait, az effectivitas számos mozzanatát és a gondolkodásnak az élmények hiányos időbélyegzésén alapuló zavarait a tudat világosságának ingadozásával együtt az agytörzsi strukturák bántalmához köti szemben a gondolkodásnak alogiás és paralogiás módosulásaival, melyek kérgi jellegű működési hiányok.

Grünthal a Korsakow-tünetcsoport lényegét egy bizonyos spontán feszültségi állapot hiányában látja, amely rendes körülmények között az élmények teljes megragadását teszi lehetővé. Így az élmények elkülönültek maradnak, lehetetlenné válik a más fogalmi körökre való átkapcsolás is. Mindezek a korsakowos egyének személyiségében mutatkozó passiv összetartást is megmagyarázzák. *Grünthal* szerint a corp. mamillare az a szerv, amely az agranularis és ennek közvetítésével az előtte fekvő granularis frontalis kérget impulzusaival ellátva az élményekhez való activ hozzáfordulást biztosítja.

Kleist felfogásában jelentkezik az a nézet, amely szerint az időmérték kialakításában hypothalamikus strukturáknak jut szerep. *Volke* értelmében időszemléletünk két nagy kategóriában tagozódik, amelyek körében az »én-idő«, szemben áll a »világ-idő«. Hely a kettő egymástól lényegében különbözik, ahhoz kétség nem fér: az »én-idő« az események múlásának saját megélésünk szerinti gyorsaságára vonatkozik, míg a »világ-idő« külső, élménysorozatinktól független értékmérőkhöz igazodik. Az időbecslésnek a hypothalamicus szerkezetekkel való igen szoros kapcsolatát először *Jackson* hangsúlyozta: a hypothalamusban helyeződik el számos működésében szabályos rythmust felmutató szervnek, így a szív pulsatiojának központi irányítása is, amely periodicitásánál fogva az időbecsléshez bizonyos objectív kiindulási alapot adhat. A Korsakow-tünetegyüttesre vonatkozólag *Benedek* és *Porsche* emelték ki különböző emlékezési és megjegyzési vizsgálatok során, hogy az illető a nyújtott tartalmakból a lényeg megragadása mellett a részleteket azonnal elvesztette. Hasonló véleményt képvisel esete elemzése kapcsán *Ranschburg* is. Így az előbbi nézeteket a fentiekkel feltétlenül ki kell bővítenünk.

A hypothalamus környezetéhez kötött további lelki működésekre rátérve a tudat azon időszakos változására utalunk, amely minden egyén életében mint az álomnak és az ébrenlétnek ütemes változása mutatkozik meg: a III. agykamra falzatában, a mesencephalon határán halyet a *Mauthner-féle* vidék, amelynek az álom- és ébrenlét irányításában döntő szerepe van. Ennek a vidéknek a daganatai, melyek között nem utolsó sorban a III. agykamrát kitöltő kraniopharingeoma, továbbá az idehelyezett gyulladások és az itt elhelyezkedő vérszek egyaránt kiténik azzal, hogy göctünetként súlyos alvászavar jelentkezik. *Beattie*, *Brow* és *Long* által a corp. mamillare és a corp. quadrigeminum superius közt ejtett roncsolások az általában kifejezett aluszékonyságot váltották ki. *Ingram*, *Barris* és *Ranson* állatkísérletei szerint az aluszékonyságot

előidézõ roncsolások hatásukat elsõsorban a hypothalamus úgynevezett efferens kötegeinek pusztulása révén érik el. *Kleist* olyan alvászavarral, mint göctûnettel jellemzett eseteket ismertet, melyekben a daganatos, illetve vascularis pusztulás jóval a Mauthner helytõl oralisan, a commisura media táján helyezkedett el; hasonló észleleteket klinikánkon magunk is tettünk.

A fentiek tekintetbevételével annyit mondhatunk, hogy a III. agykamra falzata a corp. mammillariák és az aqueductus kezdetének síkjai közt kétségtelenül irányító szerepet játszik az álom- és ébrenlét szabályozásában; a *Mauthner* hely és a *Kleist* által hangsúlyozott commisura vidék egyaránt ebbe a területbe esik. A kórlélektani tapasztalatok az anatómiai leletektõl függetlenül is bizonyos mértékig valószínűsítik, hogy az alvás központját a vegetatív tevékenységek irányításában és az idõmérték kialakításában nagy szerepet vivõ hypothalamus közelében kell keresnünk. Utalunk ezzel kapcsolatban a posthypotikus rapport-jelenségekre, midõn a hypnosis alatt kapott és a hypnosis megszûntetése után bizonyos időre szóló parancsokat a suggestív befolyás alatt állott egyének a kellõ időben tudattalan idõmérés közbenjöttével valósítják meg. Ugyancsak az álomszabályozó központnak a vegetatív irányító szerkezetek közelségében való elhelyezõdését jelentik azok a megfigyelések is (*Benedek*), amikõn hypnosis alatt a vegetatív körre is lehetett hatni, pl. könnyezést, sírást megindítani.

A hypothalamikus szerkezeteknek a lelki életben való szerepe abból is kiviláglik, hogy az egyének olyan alapvetõ lelki felépítõi, melyek mint a személyiség összetevõi ismeretesek, ezzel a vidékkel szintén bizonyos kapcsolatban állanak. Mint részben már említettük, a Korsakow betegeknek a személyisége szintén megváltozott. Vonatkozik ez a külsõ és a belsõ tetterõre, midõn a tevékenységi kedv, a kitartás, a megismerésre való törekvés és a receptív spontaneitás csökken, olyan módosulásokról van szó, amelyeket *Kleist* az affektivitás megnyilvánulásaival együtt az autopsyche (»Selbst-Ich«) területéhez sorol. Innen érthetõ az a régi megjelölés, amely a Korsakow-tünetegyüttest »apathikus zavartság«-nak nevezi. *Benedek* jobb féltekei daganat röntgen-besugárzása után szintén mélyreható személyiségváltozást észlelt, midõn az eddig csendes, akarátában kevésbé hangsúlyozott, reális ítéletû egyén fokozott érvényesülési vágy, csapongó fantázia, dicsekvési hajlam, öntetszelgõ túlzások és fantasztikus kitalálások előadása jellemezte személyiséget árult el. *Benedek* felteszi, hogy ebben az esetben az agyvelõ hypnothalamikus szerkezeteinek tevékenysége révén a röntgen-besugárzás után idõleges hormonális és neuroglandularis hatások játszottak szerepet.

Az eddigiekben olyan kórlélektani elváltozásokkal foglalkoztunk, melyek agytörzsi és diencephalis szeryi idegrendszeri elváltozások esetén indulnak meg; kétségtelen, hogy a lelki összkép kialakításában az agykérgi mûködéseken kívül a kéreg alatti szerkezeteknek is el nem hanyagolható jelentõségük van. Az agykéreg területek szerepe lelki mûködések létrehozásában elismertnek mondható és már a régebbi neurologiai és psychiatriai irodalom számos idevágó megfigyelésrõl számol be. Így *Jastrovitz* és *Oppenheim* óta a fokozott »elcélõdési

kedv« (moria) a homloklebeny sérülésének tüneteként szerepel. Jellemzi ezt bizonyos féktelen, torz jókedv, amely környezetének érzékenységre sem néz; az igénybevehetőség fokozott, a képzettársítás eszmetolongása kifejezett, ezáltal a gondolkozási folyamatok fellazulnak és mindent a kifejezõmozgások gazdag sorozata kíséri. A tünetegyüttes tehát a mániára emlékeztet, bár hiányzik a mániások könnyed vidámsága, adequat mimikai kifejezõmódja, *gracia*, egyszóval a synton együtthangzás (*Benedek*).

Agydaganat-esetek, agysérülések, a röntgenbesugárzással kapcsolatos tapasztalatok egységesen amellet szólnak, hogy a kórlélektani együttes létrehozásában a homloki agyvelõ szemgödri szakaszának (*Brodmann 11*) sérülése játsza a fõszerepet. — Szintén a homloki agy sérüléséhez kötött az »apache type« néven ismert személyiségváltozás, amely többek közt az encephalitis epidemica idült stádiumában bontakozhat ki és elsõsorban az egyén antisocialis beállítottsága által van jellemezve; amellet az ingerekhez való fokozott hozzáfõrdulás és éjszakai nyugtalanságok is jelentkezhetnek. Vagyis itt a személyiség felépítõ elemeinek megváltozása a fékezetlenül érvényesülõ ösztön- és akarati tendenciák, az etikai és közösséget felépítõ szabályok félredobása áll elõtérben.

A homloki agykéreg kiterjedtebb pusztulása kérgi sorvadások, térszûkítõ folyamatok nyomán jelentkezhet az a kórlélektani tünetegyüttes, amely elsõsorban a gondolkozás, az actus összekötõfészek közbenjöttével megindult ítéletalkotás és irányított gondolkodás hiánya által van jellemezve. Bár a feladatok »éntávolsága« szerint a hibás mûködések súlyossága akár szigetszerûen is módosulhat, formailag az activ ítéletalkotás tökéletlensége, az ok és az okozat közti viszony megragadásának felszínessége jellemzõnek mondható. *Kleist* ezen alogiásnak nevezett gondolkozási zavart fõleg a bal homloki lebeny (*Brodmann 46.*) mezejének sérüléséhez köti, szemben állítva azt a parietalis típusú úgynevezett paralogiás és az occipitalis, *Pick*-féle opticus comprehensiv elbutulási formákkal.

Végzetül a kórlélektani jelenségek azon körére emlékeztetünk, melyek szemben a »gnostikus« tevékenységekkel »pathikus« jellegûek és elsõsorban mint a megismerési folyamatok adta szemléletek körének kórságai értelmezhetõk. Idetartoznak a különbözõ kérgi jellegû hallucinációk, vagyis érzékszervi inger nélkül a tudatban felmerülõ kóros szemléletek. A kérgi jellegû és körülírtabb agysérülés kapcsán keletkezõ érzékesalódásokat nagy általánosságban jellemzi, hogy azok tiszta öntudatban merülnek fel és a testiség (*Jaspers*), az érzékletesség (*Kleist*) jellegével bírnak. Az elmebetegségek körében mutatkozó hallucinációktól nem egyszer elkülönülnek abban, hogy nem »autentikusak«, vagyis — mint erre *Benedek* jellemzõen utal — a beteg egyén ezeket a kóros szemléleteket benyomásainak folyamatos sorozatával nem olvasztja egybe és bizonyos objectiv elutasító kritikával kíséri azokat. Ilyen látási érzékesalódások mutatkozhatnak elemi formában az occipitalis lebeny, elsõsorban a látókéreg és környezetének sérülése során, míg máskor összetett, kép- és jelenetszerû élmények jelennek meg. Különleges fajtája az úgynevezett metamorphosia, midõn az alakok torzok, a dimenziókat nem respectálják; ilyen metamorphosias érzékesalódások

előszeregettel indulnak meg a temporalis lebenynek a látósugárzást érő sérüléseivel kapcsolatban; a tünetegyüttes nem egyszer kibővül a *Jackson* és újabbban *Stewart* által ismertetett »uncinatus-rohamokkal«, midőn esetleg tudatborulat kíséretében szaglási hallucinációk és a »déja-vu« különleges benyomása merül fel.

A budapesti Tudományegyetem II. sz. női klinikájának közleménye. (Igazgató: Burger Károly ny. r. tanár)

A röntgensugár hatása a tejelválasztásra emlőgyulladások kezelésekor.

Írta: *Kadvány Sándor dr.*

Az emlőgyulladások gyógyítására mind kiterjedtebben és eredményesebben használják a röntgenbesugárzást, mint ahogy arról többen, klinikánkról *Korompai* beszámoltak. A röntgensugárnak gyulladáscsökkentő hatását azonban a tejelő emlő esetén némileg ellensúlyozza az, hogy a tejelválasztást is befolyásolja. Így például *Klahn* (Zbl. Gynäk. 1937. 2059. o.) azt tapasztalta, hogy a röntgensugár már gyógyító adagban is gátolja a tejelválasztást. Ezért ő ezt a gyógymódot elveti.

Minthogy nem találtunk pontos adatokat, hogy az emlőgyulladások röntgenkezelésével kapcsolatban a tejelválasztás miképp ingadozik, szükségesnek tartottuk ennek pontos megvizsgálását, azért, hogy lássuk, van-e valóban olyan káros hatása a röntgensugárnak a tejelválasztásra, mint ahogy némelyek állítják.

A röntgensugár a belső elválasztásos mirigyek szervekre kis adagban ingerlően, nagyobb adagban viszont gátlóan hat. Feltételeztük, hogy a tejmirigyek hasonlóképpen viselkednek.

A gyulladt emlő besugárzását az alábbi módon végezzük. Az esetek legnagyobb részében 100–120 r körüli adaggal ingerhatást igyekeztünk elérni, mely adag a gyulladt részekre, mind a parenchymára, mind az interstitiumra jó hatásának bizonyult.

Úgynevezett bénító nagy adagot (250 r) elég ritkán, a beolvadás, az eltokolódás elősegítésére, az ezt követő incisio sebének gyorsabb gyógyulása érdekében adunk. Az e célból végzett egyszeri besugárzás már tetemesen csökkenti, sőt tapasztalatunk szerint csaknem teljesen, *Wintz* szerint pedig végleg meg is szüntetheti a tejelválasztást. Ez az eljárás így egyrészt a gyulladt emlő nyugalomba helyezését szolgálja, másrészt megelőzné a tejfistulák és chronikus gyulladások keletkezését is.

A kezelést igyekszünk már kezdeti tünetek jelentkezésekor — láz, nyomásérzékenység, bőrpír, pangás — azonnal elvégezni. A besugárzást gondos tejleszívás után a ma általánosan szokásos mélytherapiának megfelelő követelmények mellett végezzük (50 cm fb. táv. 180 KV6 mA 0.5 mm. Cu. filter). Így 100–120 r-t adunk bőrön mérve a gyulladt területre. A kezelést 48 órán belül, ha általános hatás nincs és a folyamat javulást nem mutat, az eredeti adagnak mintegy 50–60%-ával megismételjük. E gyógymóddal klinikánkon elért eredményeinkről *Korompai* számolt be. (Orv. képz. 1938.)

Amidőn a röntgensugár tejelválasztást csökkentő hatását vizsgáljuk, mindenekelőtt tekintetbe

kell vennünk azt a körülményt, hogy a mell elválasztó képessége már nagymértékben csökkenhet a gyulladás következtében is. Részben jókora mirigyrésznek a működésből való kikapcsolása, részben a láz, fájdalom és az esetleg már alkalmazott egyéb kezelés, mint borogatás, jégtömlő alkalmazása, ki-melés és az ezáltal okozott pangás is csökkentheti a tejmenyiséget. Fontos továbbá az emlők megbetegedése előtti elválasztását is ismerni, hogy a megsugárzás után képződött tejmenyiséget helyesen tudjuk értékelni.

A csökkenés foka függ továbbá a megbetegedett rész minőségétől (parenchyma, intersitium), a gyulladás kiterjedésének nagyságától, a beszűrődés elhelyezkedésétől is. Így például egy felületesen elhelyezkedő kis göb az odafutó tejutak elzárásával a mögötte lévő mirigyecsoportok váladékának kiürülését gátolhatja, majd az így okozott pangás révén működésüket csökkentheti, esetleg pangásos gyulladást és annak következményét vonhatja maga után.

A besugárzás következményeit külön tárgyaljuk a jól tejelő parenchymadús és a rosszul tejelő parenchymaszegény, vagy tejelválasztást előidéző hormonok hatására is csak rosszul reagáló, vagy éppen ezen hormonok hiánya miatt rosszul tejelő, elapadásra igen hajlamos emlők esetében. Ez utóbbi csoportba tartozó emlők különválasztása a sugárhatalás elbírálása szempontjából igen fontos, mert ezek sokkal könnyebben elapadnak. Tudjuk továbbá azt is, hogy a gyulladás éppen az ilyen típusú emlőkben gyakoribb az erőltetett szoptatás, vagy leszívás által okozott sérülések helyén keletkező fertőzés miatt.

Vizsgálatainkat nagyrészen még klinikánkon fekvő részben a klinika elhagyása után is ellenőrizhető és megbízható adatokat szolgáltató betegek eseteiben végeztük.

A jól tejelő csoporton belül kiemeljük azokat az eseteket, amelyekben a besugárzás hatására a gyógyulás mellett még a *tejelválasztás fokozódását* is észleltük. Célszerűnek láttuk, hogy azokat az eseteket, amelyekben a gyógyulást csak három ízben történt besugárzás után értük el, ugyancsak külön csoportban tárgyaljuk, mert az esetenként adott ártalmatlan adagok 120 r és ezen dosis töredékei cumulálódva már erősen csökkenthetik, esetleg meg is szüntethetik a tejelválasztást, vagy a mirigyregeneratio idejét 2–5 hétre is elhúzhatják, amit eseteinkben is több ízben tapasztaltunk. Más elbírálás alá vettük a későn, már elhanyagolt állapotban kezelés alá kerülő eseteket, melyekben a tejelválasztás a fentemlített tényezők hatására már a minimálisra csökkent, vagy a mirigyállomány a hosszas betegség alatt elvesztette elválasztóképességét és többé nem képes megújulni. Továbbá a többszöri besugárzás dacára sem gyógyuló és így bemetszésre szoruló eseteket, ahol a sebészi beavatkozás miatt az esetek többségében különben is le kellett mondanunk a még meglévő további tejelválasztásról. Feltevésünket, hogy a mirigyállomány elválasztó és megújuló képességét nem a röntgensugárzás, hanem maga a betegség, ennek továbbterjedése, vagy hosszú ideig való fennállásának következtében vesztette el, igazolják azon párhuzamba állított eseteink, ahol hasonló mennyiségű röntgensugár hatására az esetek egy részében gyógyulás és a tejelválasztás teljes visszatérése következett be. A parenchymadús, jól tejelő emlők

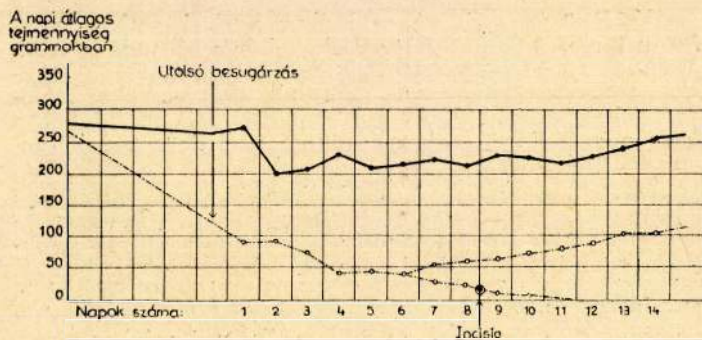
gyulladás esetén alkalmazott egyszeri, szükség esetén kétszeri besugárzás után 100–180 r-t kapott emlők napi tejelválasztásának átlagos mennyiségét 30 eset kapcsán az alábbi ábrán szemléltetjük. (Lásd 1. ábra.)



1. ábra.

Összehasonlításképpen ugyanezen ábrán vázoljuk az époldali emlő termelését is. Ebből látjuk, hogy a besugárzás után a tejelválasztás fokozatosan csökken, a csökkenés a harmadik napon átlagosan eléri a 20%-ot, majd a termelés elég gyorsan fokozódik és újra eléri az ép emlő elválasztotta mennyiségét. A sugárhatásra létrejövő elválasztás csökkenés ezen esetekben — amelyek közé az esetek 70–80%-a tartozik — ne mondható károsnak, ugyanis mint a görbe lefutásából kitűnik, a mindkét emlőből elválasztott napi összes mennyiség mindenképpen elegendő a csecsemő tisztán anyatejjel való táplálására. Megemlítjük azonban, hogy voltak e csoporton belül is eseteink, ahol a csökkenés eléri a 30–35%-ot és a teljes, vagy csaknem teljes megújulás 10–14 napig tartott. A csecsemők táplálásában azonban itt sem állott be zavar, mert az ép mell többtermelése, ami elég gyakori a bőven tejelő emlők esetében, elegendő pótlásul szolgált.

Eseteinkben, mikor a gyógyulást három ízben történt röntgenkezelés után értük el, a beteg emlő mintegy 250–300 r mennyiségű besugárzásával azt találtuk, hogy ez az adag már tetemesen csökkentheti a tejelválasztást. Az erre vonatkozó eredményeket részletesen kivizsgált 7 eset kapcsán a második ábra tünteti fel. (Lásd 2. ábra.)



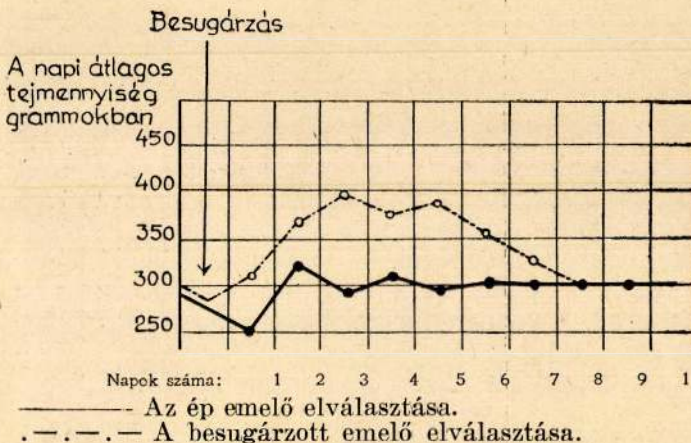
2. ábra.

E csoporton belül a nem gyógyuló, beolvadt, majd bemetszett mellek elválasztásának csökkenését ugyancsak a második ábrán vázoljuk. Az incisióra szoruló esetekben a tejelválasztás megszűnésével — mint azt már előbb említettük — számol-

nunk kell. A görbe ezekben az esetekben már a bemetszés előtt, vagy rövidesen azután már a nulla pontra süllyedt. A gyógyuló emlők eseteiben az utolsó besugárzástól számítva 3–4 napig még csökken az elválasztás, majd egy rövid időre megállapodik, ettől kezdve lassan, de fokozatosan nő s az emlők alkatától függően 2–5 hét alatt ismét eléri, vagy nagyon megközelíti az ép oldal termelését. Hangsúlyozzuk, hogy az ép oldal termelését, mert a betegség alatt a gyulladás okozta általános okok következtében csökkenhet az érintetlen mell elválasztása is. Így ha ezekben az esetekben a besugárzott emlő termelése nem éri el a betegség kezdete előtti mennyiséget, az nem írható minden bizonnyal a röntgenkezelés hátrányára.

Hasoló lassan emelkedő görbét kapunk a parenchymaszegény, rosszul tejelő melleknek már egy, esetleg kétszeri besugárzása esetén is, azzal a különbséggel, hogy ezekben az esetekben az elválasztás csökkenése vagy hiánya talán nem csupán a röntgensugár hatására jön létre, hanem az elsősleges ok az emlőkben keresendő, mert hiszen tudjuk, hogy vannak emlők, amelyek minden különösebb ok nélkül egyébként is elapadnak.

Azon feltevésünk bizonyítására, hogy a röntgensugár bizonyos ingerhatást is fejthet ki s így gyógyító adagban még fokozhatja is a tejelválasztást, 6 további esetünk észlelése kapcsán nyert görbét a harmadik ábrán vázoljuk.



3. ábra.

Látjuk, hogy a tejelválasztás a gyulladás következményeinek hatására kisfokban csökkent, majd a besugárzás után mindkét emlőben fokozódott, inkább azonban a besugárzott félben, amiből a röntgensugár ingerlő hatására következtethetünk. Az ingerhatás mellett szól az is, hogy csak átmeneti szokott lenni s a fokozott elválasztás a napok számával arányosan csökken és hamarosan eléri a nem kezelt oldal termelte mennyiségét. Ez a kedvező hatás ritkábban érvényesül, ugyanis mind a gyulladt mirigyállomány, mind a gyulladt kötőszövet gyógyító adagja az esetek többségében magasabb a tejelválasztást fokozó ingerküszöbnél.

A röntgenbesugárzás kapcsán észlelt tejelválasztás ingadozásáról nem közlünk százalékos adatokat, ugyanis betegeink nagyrészt nem ellenőrizhetjük pontosan és különösen azért sem volna ez elfogadható, mert csak a kiújuló, esetleg nem gyógyuló s így bemetszésre szoruló betegek jelentkeztek ismételtén, míg a simán gyógyult betegeink az általuk kért adatokat gyakran nem szolgáltatták be. Szán-

dékünk csupán az volt, hogy a pontosan ellenőrzött esetek alapján megmutassuk, hogy a röntgenbesugárzás a tejelválasztást lényegesen nem befolyásolja s az emlőmirígyre nagyobb bajt nem jelent.

A sugárkezelésen már átesett emlők a következő gyermekágyban tökéletesen működnek, amiről meggyőződünk. A sugaras kezelés előnye tehát veszélytelenségén kívül még az is, hogy a sebészi beavatkozásra szoruló esetek számát a lehető legkevesebbre csökkenti s így esetleges későbbi szoptatások alatt beálló bajokat, melyeket kiterjedtebb hegek okozhatnak, megelőzhetjük. Nem utolsó sorban pedig a kozmetikai szempontokat is szem előtt kell tartani.

Ezek után nyilvánvaló, hogy az a csekély ártalom, mely a tejelő emlőmirígyet a röntgenbesugárzás folytán éri, igen kismérvű azokhoz az előnyökhöz képest, miket ez a kezelés az emlőre nézve jelent.

A szegedi Tudományegyetem Gyermekklinikájának közleménye. (Igazgató: Kramár Jenő ny. r. tanár.)

Az erythrodermia desquamativa (Leiner) és az exsudatív diathesis.

Irta: Gaál István dr. tanársegéd.

Amikor *Leiner* a róla elnevezett dermatosist 1908-ban először ismertette, úgy vélte, hogy önálló betegségről van szó, mely jól elkülöníthető mind az exsudatív diathesistől, mind a Ritter-féle dermatitistől. Már ő utalt arra, hogy a bőrtüneteket bélzavar szokta megelőzni, később pedig csaknem mindig egymás mellett találjuk a két tünetcsoportot a betegség egész tartama alatt. Ebből arra következtet, hogy a kóros bélműködés során képződő mérgek szerepelhetnek a betegség létrejöttében. *Leiner* közlése óta több mint 30 év telt el, de a kórkép eredete és hovatartozósága még ma sem tisztázott. Azóta is széles körben hullámzik a vita, különösen az exsudatív diathesishez való viszonyáról.

Igy *Kaufmann* klinikai megfigyelései és katamnestikus adatai alapján az erythrodermia desquamativát a fiatal csecsemőkorra jellemző különleges heveny bőrbetegségnek tartja, amely a bőrtünetek természete, a heveny lefolyás s a kiújulásra való hajlam hiánya alapján az exsudatív diathesistől jól megkülönböztethető. E felfogását megerősítve látja abban is, hogy a *Leiner*-féle betegségen átesettek később többnyire semmi jelét sem mutatják az exsudatív diathesisnek. *Ruthardt* 13 ilyen gyermek közül 9-et tudott évek múlva ellenőrizni s közülük csak kettőt talált exsudatívnak. *Halle* sem látott csecsemőn ekzemát erythrodermia desquamativa után. *Schiff* a vérserum fehérjetartalmát határozta meg *Pulfrich* szerint s a betegség tetőfokán igen alacsony értéket talált, általános ekzemában ezzel szemben a fehérjetartalom rendes volt.

Jóval nagyobb azok tábora, akik a *Leiner*-kórt az exsudatív diathesissel hozzák szoros kapcsolatba. Igy *Widlund* 24 esetet egy év múlva utánvizsgálva, 8-on ekzemát talált. *Scherieber* 3 esetében ugyancsak az első év végén ekzema támadt. *Schlesinger* is észlelt a *Leiner*-kór lezajlása után a seborrhoea capitis

és száraz arc-ekzemát. *Thelander* egyik esetében az anyán s az anyai nagyanyán ekzemát találva, szintén felveti a kérdést, hogy a *Leiner*-kór nem hozható-e összefüggésbe a gyermekkori ekzemával. *Marfan* átmeneti alaknak tartja az ekzema seborrhoicum és az ekzema verum között, *Moro* pedig a dermatitis seborrhoides legkifejezettebb formájának tekinti. *Göppert—Langstein*, éppen úgy, mint *Bókay* és *Flesch*, *Moro* felfogását teszik magukévá. Többen úgy vélik, hogy a betegség létrejöttéhez az exsudatív diathesis status seborrhoicusában adott hajlam szükséges. *Hill*, *Lewis* és *Webb* seborrhoeás dermatitisnek tartják, mely alkati hajlam esetén zsír- és szénhidrát-dús tápláláskor jelenik meg. *Ferri* a betegséget az intertrigo ad nates generalisatiójának tartja. Többen semmi alapvető különbséget sem találnak az erythrodermia és az exsudatív diathesis talaján keletkező betegségek között. *Szász Anna* úgy találja, hogy mindkét esetben azonos az amylnitrit s a piutglandol hatása: a *Leiner*-kórt ezért általánosult ekzemának tekinti.

Ez a széleskörű irodalmi vita szolgáltatott okot arra, hogy a kérdést a klinika betegein megvizsgáljuk. 1930 óta 32 erythrodermia desquamativában szenvedő beteg állott kezelésünk alatt. Közülük 7-et vesztettünk el. A gyógyultan hazabocsátott 25 gyermek közül 13-nak sorsát tudtuk hosszabb-rövidebb időn át nyomonkövetni, kutatva, hogy a *Leiner*-kór gyógyulása után mennyiben észlelhető rajtuk exsudatív tünet. Természetesen nemcsak a bőrijelenségeket kerestük, hanem a gyermek korának megfelelően a nyálkahártyák és a mirigyrendszer elváltozásait is. Megfigyeléseink eredményét a következőkben adjuk.

K. I. másfél éves fiú. A családban asthma, bőrbaj nem fordult elő. A *Leiner*-kór gyógyulása óta gyakran van fülmögötti ekzemája. A vizsgálat alkalmával is a bal fül mögött ekzemát találtunk.

T. M. 2½ éves fiú. Bőrbaj, asthma nem fordult elő a családban. Anyja szerint igen gyakran meghűl. Bőrtét teljesen épnek találjuk, de mandulái igen túltengtek, vérbővek, az állszögletben borsónyi mirigyek.

V. A. 3 éves. Bőrbajos, asthmás nem fordult elő a családban. A *Leiner*-kór gyógyulása után 4 hónappal a hajjas fejbőr impetigós ekzemájával látjuk a klinikán, 3 éves korában pedig lacunáris felszínű, túltengett mandulákat, az állszögletben borsónyi mirigyeket találtunk. Igen gyakran »megfázik«, sokkal gyakrabban, mint testvére.

K. B. 3 éves fiú. A családban bőrbaj, asthma nem fordult elő. 3 hónappal a *Leiner*-kór gyógyulása után ekzema seborrhoicummal kezeltük. Ennek gyógyulása után más bőrtünet nem jelentkezett. Az ellenőrző vizsgálat alkalmával igen túltengett mandulákat, friss adenoiditist és lezajlott myocarditisre utaló nyomokat találtunk.

O. J. 7 éves fiú. A családban ekzema vagy más bőrbetegség nem fordult elő. Anyja szerint igen gyakran meghűl és a *Leiner*-kór gyógyulása óta is gyakran van viszkető bőrkiütése. A vizsgálat alkalmával mindkét alsó végtag feszítő oldalán kiterjedt prurigo. Mandulái kicsik, hegesen zsugorodottak. Pharyngitis granulosa. Állszögletében több szilványi mirigy.

T. M. 9 éves fiú. Családjában bőrbaj asthma nem fordult elő. A *Leiner*-kór óta ép a bőre, de igen gyakran kapott tüszős mandulagyulladás, ezért 8 éves korában kivették a manduláját. A felülvizsgálat alkalmával más exsudatív tünetet nem találtunk.

Sz. B. 10 éves fiú. Családi anamnesise negatív. Bőrtünetről a szülők a *Leiner*-kór gyógyulása óta nem tudnak. Hajlamos a hurutos betegségekre, sokkal gyakrabban hűl meg, mint testvérei. Gyakran volt otitise és mandulagyulladása, ezért 3 éves korában kivették a manduláját.

H. L. 10 éves fiú. Apja ekzémás. A gyermek bőre a betegség óta ép. A vizsgálat alkalmával túltengett lacunáris mandulákat, az állszögletben számos babnyi mirigyeket találtunk.

K. L. 10 éves fiú. Családjában asthmás, bőrbajos nem volt. A Leiner-kór óta bőrtünetről nem tudnak, de igen gyakran meghűl s ilyenkor többnyire középfülgyulladást is kap. A vizsgálat alkalmával belővelt torokképleteket, pharyngitis granulosát, álla alatt pedig borsónyi mirigyeket találtunk.

Cs. E. 10 éves leány. Családi előzménye negatív. A vizsgálat alkalmával ép köztakarót, túltengett, lacunáris, vérbő tonsillákat találtunk s állszögletében babnyi nyirokmirigyeket.

S. J. 11 éves fiú. Családjában bőrbaj, asthma nem fordult elő. Bőre ép. 2—5 évig otitis media suppurativa. Az ellenőrzés alkalmával igen túltengett, vérbő tonsillákat találtunk.

V. F. 3 éves fiú. Nemleges családi anamnesis. Bőrbaja betegségének gyógyulása óta nem volt. Nem hűl meg feltűnően gyakran. Vizsgálata alkalmával sem a bőrön, sem a nyálkahártyán vagy a mirigyeken exsudatív diathesisre utaló jelet nem találtunk.

B. M. 1 hónapos korában került a klinikára igen súlyos erythrodermiával, mely 2 hónap alatt meggyógyult. Az egyidejű megacolon miatt a csecsemő azonban további klinikai kezelésben maradt s így közvetlenül figyelhettük meg, hogy a Leiner-kór tüneteinek lezajlása után 3 hónapon át a gyermekem semmiféle exsudatív jel nem mutatkozott, 7 hónapos korában azonban erős seborrhoea indult meg a hajás fejbőrön és papulo-vesiculosus ekzema támadt elszórva az egész testen. Erélyes kezelésünkre e jelenségek gyorsan visszafejlődtek, úgyhogy amikor a csecsemőt 8 hónapos korában hazabocsátottuk, ismét mentes volt az exsudatív tünetektől. 10 hónapos korában ellenőrizhettük: fején kiterjedt seborrhoeás korpadzás, lépe egy harantujnyival nagyobb. Utóbbit mással, mint exsudatív diathesis-sel, magyarán nem tudtuk. Említésre érdemes, hogy időközben született fiútestvére e sorok írásakor ugyancsak Leiner-kórral fekszik klinikánkon.

Az ismertetett adatokat összegezve, megállapíthatjuk, hogy a 13 Leiner-kórból gyógyult gyermek közül 12 a további ellenőrzés folyamán exsudatív alkatúnak bizonyult, s csupán egyet találtunk minden exsudatív jeltől mentesnek. A 12 exsudatív gyermek közül 5 exsudatív bőrjelenséget mutatott (4 ekzema, 1 prurigo), 7 pedig tonsilla-túltengést, jelentősebb adenopathiát, vagy a nyálkahártyák hurutos készségét. Bár az exsudatív diathesis igen gyakori alkati hiba, ilyen arányban még sem találkoztunk vele, úgyhogy feltétlenül azok véleményéhez kell csatlakoznunk, akik összefüggést látnak közte s a Leiner-kór között. A mi adataink alapján bajos lenne persze nyilatkozni arról, hogy mi a kapcsolat lényege; nem állíthatjuk például, hogy az erythrodermia magának az exsudatív diathesisnek (a fiatal csecsemőkorban jelentkező) megnyilvánulása, annyit azonban joggal mondhatunk, hogy az exsudatív alkati hiba, úgylátszik, elősegíti a Leiner-kór keletkezését.

Eseteink áttekintése még egy szempontból érdemes a figyelemre s ez a nem szerinti megoszlás, melyet pro és contra szintén felhasználnak a felvetett vitás kérdés taglalására. *Stranszky* és *Weber* szerint a Leiner-kórban a leányok, az exsudatív diathesisben a fiúgyermeknek vannak túlsúlyban. *Wittmann* és *Ulrich* statisztikája ezzel szemben azt bizonyítja, hogy több a Leiner-kóros fiú, mint a leány. A klinikánkon gyógykezelés alatt állott 32 erythrodermia deskuamatívában szenvedő csecsemő közül 26 volt fiú, s csak 6 leány. Ez a körülmény is a fent bizonyított összefüggés mellett szól.

A debreceni Tudományegyetem fül-, orr- és gégegyógyászati klinikájának (Igazgató: Verzár Gyula ny. r. tanár) közleménye.

Ozaena kezelése adrianol emulsióval.*

Írta: *Czédly Teréz dr. tanársegéd.*

A debreceni klinikán kb. két éve használjuk az adrianol emulsiót különböző orr- és gégeszeti megbetegedéseknél. Az Orvosi Hetilap 1941. karácsonyi számában megjelent cikkemben beszámoltam az addig elért eredményekről és tapasztalatokról. És már itt megírtam, hogy az ozaenas betegeket adrianol emulsióval kezelve, olyan jó kezdeti eredményeket értünk el, hogy Verzár professor úr utasítására megkezdtem az ozaenas betegek rendszeres kezelését az adrianollal.

Eddig 24 beteg részesült kezelésben. Ezek közül 15 olyan beteg volt, akik már azelőtt több éven keresztül jártak a debreceni bőrklinikára, ahol Neuber professor úr foglalkozott abban az időben az ozaenával. Itt a betegek aranyinjekciókat és vaccina-kezelést kaptak, ezenkívül még átjártak a gége-klinikánkra jódglycerines orrgarat ecsetelésre és azok, akiknél gégefolyamat is volt menthol-parafinos befecskendezésre. Ezeknél a betegeknél, dacára a hosszantartó és rendszeres kezelésnek, sem javulás, sem gyógyulás nem volt észlelhető. Az adrianol emulsióval való kezelés megkezdésekor, mindenféle más kezelést elhagytunk és a betegek az utasítás szerint odahaza naponta ötször-hatszor végeztek becsepegtetést. Ellenőrzésre kéthetenként bejöttek, akiknél gégefolyamat is volt kétnaponként gégebefecskendezést is kaptak az emulsióból. A betegeknél meghagytam, hogy azon a napon, amikor ellenőrzővizsgálatra megjelennek, becsepegtetést ne végezzenek, lehetőleg orrukat se fujják ki, hogy a váladék mennyiségéről és minőségéről is meggyőződhessenek.

Az elért eredmények nemcsak kielégítőek, hanem általában meglepő jók voltak. Az ozaenas betegek párnapi kezelés után örömmel jelentették, hogy legfőbb panaszuk a bűz, amely úgy a betegekre, mint környezetükre csaknem elviselhetetlen volt, elmaradt és ez a kezelési idő alatt egyetlen esetben sem jelentkezett.

Párheti kezelés után az ozaenára jellemző zöldessárga színű váladék megkevesbedik, felhígul, nem tapad olyan szívosan, könnyebben kifújhatóvá válik és így nem szárad be és idővel az egész váladék a normális orrváladékhoz válik hasonlóvá. 24 beteg közül 3 beteg már három hónap óta semmiféle kezelést nem kap és a garatszárzságon kívül, ami náluk néha fellép, teljesen tünetmentesek. Közülük az egyiknek igen súlyos volt az állapota, úgy az orrban, mint a gégeben, állandóan sok volt a zöldes, darabos, bűzös váladék és olyan erősen tapadt a gégeben, hogy nem bírván felköhögni, gyakran fulladt. Ez a beteg most már három hónap óta panaszmentes.

További 18 beteg állapota kielégítően javult, míg 3 betegnél a kezelés eredménye nem kielégítő. Feltűnő, hogy azok a betegek, kiken kielégítő eredményt elérni nem tudtunk, mind a hárman fiatalok, nem többek 12—13 éveseknél. Náluk nagy orrdefektus van. Az orrkagylók különösen a közép-

A Magyar Fül-, Orr- és Gégeorvosok Egyesületének X-ik nagygyűlésén elhangzott előadás.*

sők csaknem egészen elsovadtak, a középső orrjáratokban nyíló sinusok nyílásai majdnem mind láthatók és az ozaenára jellemző váladék és pörk van jelen. Egyiknek igen súlyos gégefolyamata is van. Ez a beteg mikor klinikánkra jött, sokszor fulladt, rekedt volt és ha hangosabban akart beszélni, annyira kellett erőlködni, hogy a nyakán az erek kidagadtak. Ezt a beteget naponként kezeltem, ellenőriztem, most már fulladásai nincsenek, hangja is tisztább, néha egészen feltisztul, de ha pár napig kezelés nélkül van, újra elreked s a váladék ismét sok és az ozaenára jellemző.

Összegezve és százalékban levonva a kezelés eredményét azt látjuk, hogy úgy a teljesen kielégítő gyógyulás, mint az eredménytelen kezelés 14—14%-ban áll fent, míg a kielégítő javulás 72%-a azt mutatja, hogy az eddigi kezelésekkal szemben nagyszázalékú a betegeknek elért olyan eredmény, amely a betegeknek subjective is és klinikailag is jelentős javulást jelent.

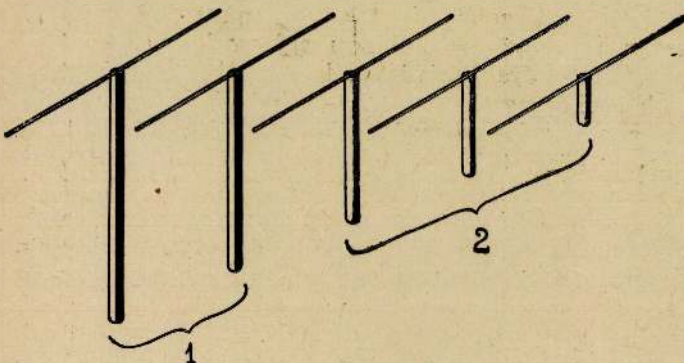
M. kir. honvéd ortopéd és sebészeti kórház közleménye.
(Parancsnok: Sajgó Győző dr. orvosvezéres.)

Idült sipolyok kezelése fémpálcikkal.

Írta: Sajgó Győző dr.

Az Orvostud. Közl. 6. sz.-ban a fématomok szerepét a sebkezelésben részletesen ismertettem. A fémpor keveréket a sebfelületre hintve és a rosszul gyógyuló sipolyokba vezetve, azoknak gyors tisztulását, gyógyulását értem el.

Ehhez hasonlóan a sipolykezelésben az elektromos fémpálcák egyszerűbb kiviteli formáját dolgoztam ki, amely a fémpor behintés helyett a szükséges nagyságú fémpálcáknak bevezetéséből áll. A fémlamináriáknak sipolybavezetése és könnyű eltávolítása a kezelés technikai részét egyszerűsíti. A fémpálcák anyaga ezüst vagy réz, amely a sipolyba, a szervezet elektrolitjébe mártva, mint koncentrációs elem szerepel. Anyaga lehet galvan-elem is (fele részben réz, felerészben zink), melyet a humoralis elektrolitba mártva, galvan-áramot nyerünk. Az így keletkezett galvan-áram mérhető.



1. á. Galvan-elem. 2. á. Concentratios elem.

A kezelés abból áll, hogy a sipolyba, mélységének megfelelő hosszúságú fémpálcát vezetnek be, melyet T száránál fogva a bőrön ragtapasszal rögzítenek. A hatás fokozására a fémpálcának bőrön nyugvó végét nedves gazeval fedem (konyhasó vagy Burwoldal), miáltal elérem azt, hogy két vége különféle koncentrációjú elektrolitba végződik. A kötést másod-, illetve harmadnaponként váltom.

FAGIFOR „CITO“

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lacto-kreosot-syrup

Ideális enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

lag. orig. P 3-21, pénzt. csom. P 1-61

Szabadon rendelhető: MAB, MÁV. B. B. I. Szklév. Lőktérháza

Szklév. Alk. Segítő Alapja. Keresk. Segélyegyl.

CITO gyógyszervegyészeti gyár
Budapest, XIV., Lengyel-utca 33.

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET.

Rovatvezető: Guszich Aurél és Rhörer László.

A hiatussérvek kórtana és klinikája. Berning. (Dtsch. med. Wschr. 1942. 8.) A *hiatus oesophagus* anatómiai viszonyainak ismertetése után szerző röviden rámutat a hiatussérvek három fő körbonctani alakjára. Aránylag ritka a *veszűletett rövid nyelőcső* húzása következtében létrejövő sérv, mely sebészileg nem reponálható. Ugyancsak kisebb jelentőségűek a *paraesophageális* hiatussérvek, amelyek a hiatus körös tágassága következtében a nyelőcső mellett türemkednek vissza a mellüregbe. Nagyobb jelentőségűek a *functionalis hiatuselégtelesség* következtében, idősebb korban létrejövő sérvek. A hiatuselégtelesség létrejöttében a máj bal lebenyének és a rekeszalatti zsírszövetnek visszafejlődése, valamint a rekesz ellaposodása szerepelnek, mely tényezők a hiatus oesophageus zárját meggyöngítik és fokozott hasúri nyomás mellett a cardiával szomszédos gyomor rész betüremkedéséhez vezetnek. A betüremkedett gyomor rész maga előtt tolja a nyelőcső hasüregi végét. A sérvek kórismézése röntgennel könnyű, főként a nyelőcső lefutásának pontos megfigyelése alapján, amely az utóbbi esetben a mellüreg alsó felében kanyargós. Elkülönítés szempontjából idősebb betegeknek ulcus, epék és szívkoszorúterlemzesedés tüneteknél gondolnunk kell hiatussérvre is. (R. 21.)
Bodoky György dr.

Periferiás facialisbénulás megoldása a ggl. cervicale sup. kiirtásával. Placinteanu, Dobrescu. (Zbl. für Chir. 1942. 8.) A periferiás facialisbénulás megoldását célzó eddigi eljárások nem hoztak kielégítő eredményt, főként a lagophthalmián nem segítettek. Leriche 1919-ben a bénult oldalon a ggl. cervicale sup. kiirtását javasolta. A műtét hatására rövid időn belül bekövetkezik a myosissal társult enophthalmus, az egész arcfél és a kötőhártya vérbősége, a könny- és nyáleválasztás fokozódása. Hetek múlva a szemrés szűkül, a bénult szájzug visszahúzódik és mindkettő akaratlagosan zárható. Novikoff tónusváltozásnak. Bourguignon azon collaterális facialis ágaknak tulajdonítja a bénult izmokra gyakorolt előnyös hatást, melyek az ellenkező oldalról erednek és csak a sympathikus ggl. kiirtása után lesznek működőképesek. Jianu szerint egyéb mozgató idegek periferiás anastomozáló ágainak hatását könnyíti meg a sympathikus rostok kikapcsolása. Leriche szerint operált betegeiken a lagophthalmia minden esetben megszűnt, vagy legalább lényegesen javult. A szájzúg elégtelenedése nem mindig csökken a megfelelő mértékben, úgyhogy plasztikai műtéttel kellett Leriche megoldását kiegészíteni. (R. 22.)
Réczey Jenő dr.

METALIX RÖNTGEN

RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KÖRÚT 37

TEL. 182-680, 383-135.

Dr. Deér Endre serobakteriologiai laboratoriuma

BUDAPEST, IX., RÁDAY-UTCA 18. TEL. 186-006

Coliantin
Gonoantin
Pertusantin
Staphyloantin
Streptoantin
Staphylo-streptoantin
Typhoantin

VACCINÁK

SEC. DR. DEÉR

VÉR SZEGÉNY SÉG ELLEN

TABL. FERRI PROTOXALATI C. ARSENO **Dr. DEÉR**

St. Blasien Szanatórium



800 m tengerszint felett, legkedvezőbb éghajlati adottságok,
 kimondottan gyógyklíma

Németország legmagasabban fekvő magánygyógyintézete

tüdőbetegek
 számára, a Feketeerdő déli részének legkedvezőbb fekvésében

Időszzerű átalányárak:

kétgyás szobában	RM 9.-től
egygyás szobában	RM 11.-től

Igazgató: Dr. BACMEISTER A. egyet. tanár
 Főorvos: Dr. EMLER A. sebész szakorvos

ST. BLASIEN SZANATÓRIUM

dél-badeni Hochschwarzwald. — Vasútállomás: Seebrugg
 (Németország).

Dijmentes képes ismertetés

SYMPATOL

A SZIV ÉS VÉRKERINGÉS GYÓGYSZERE

Indikációk:

Az erek hypotóniával párosult tónuscsökkenése:

Rekonvalescentia – Hypotónia – Terhesség – Öregkori panaszok

Altalános keringési gyengeség:

Grippe – Diphthéria – Tuberculosis – Typhus – Pneumonia

Súlyos kollapsus:

Műtétek – Szülések – Vérvesztés – Shok

Forgalomban:
Ampullák 0,06 gr.
és Liquidum 10%



Tudományos iroda:
Budapest II,
Hattyú u. 1/II.

BÉHEXOS: CUKORINJECTIO B₁-VITAMINNAL

„CERTA” GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R.T. BUDAPEST

SZÜLESZET ES NÖGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ottó József és Benedek Andor.*

150 méhenkívüli terhesség tanulmánya. *Hudnall, Ware és Winn.* (Am. J. of Obst. and Gyn. 42. 1941. 33.) 12 beteg halt meg: 8%. Közülük 4 műtét előtt s ezáltal a műtėti halálozás csupán 5.41%. Kiemeli a betegek kikerdezésének rendkívüli fontosságát. 82%-ban jeleztek igen erős, görcsös alhasi fájdalmakat. A jellegzetes kör-elözmény: hirtelen fellépő nagy fájdalom, eszméletvesztés és shock 26 egyénnél, azaz 17%-ban volt meg. 5 éves, vagy azon túli meddőség a betegek 20 százalékánál állott fenn. 26%-ánál előzte meg egy, vagy több vetélés. A hőmérséklet felvételkor csak igen ritkán volt a rendesnél magasabb. Nagyon gyakran észlelték a vér-festeny és a vörösvértestszám csökkent voltát, időszakos fehérvérsejt szaporulattal párhuzamosan. A fehérvérsejtszám a betegek 30%-ánál 10.000 alatt, 25%-ánál 15.000 felett volt. Kiemeli, hogy a belső vizsgálat kiméletesen történjék s utal arra, hogy ha a vizsgáló ujj a cervixet erősen mozgatja, méhenkívüli terhesség esetén a fájdalmak rendkívüli hevességgel jelentkeznek. A halálesetek fele csak abban az esetben lett volna elke-rülhető, ha a betegek a legelső tünetek felléptekor meg-vizsgáltatták volna magukat. (O. 20.)

Kováts Károly dr.

A szülönőnek adott K-vitamin az újszülött vérzésé-nek megelőzésére. *Beck-Tayllor-Colburn.* (Am. Journ. of Obst. and Gyn. 1941. 765.) Vizsgálati eredményeik sze-rint az újszülöttek rendes viszonyok között előforduló prothrombin-csökkenését K-vitamin adagolással meg lehet akadályozni. Klinikai megfigyeléseik azt mutat-ják, hogy a szülönőknek adagolt K-vitamin az újszü-löttkori vérzések gyakoriságát 75%-kal csökkentti. Mi-vel a szer egyetlen esetben sem volt mérgező hatású. a 2 mg-os adagot újabban a szülés alatt 6 óránként meg-ismétlik s koraszülés esetén a koraszülöttek fokozott vérzékenységi hajlamára tekintettel a K-vitamint 4 óránként adagolják. (O. 21.)

Kriszt József dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

További megfigyelések az ideghártya erek spas-musai és hypophysistumorok között, továbbá a hyper-tonia eredetére vonatkozólag. *Lobeck.* (Graefes A. f. O. 144., 532. 1942.) Hypophysistumoroknál a bitemoralis látótérkiesésen kívül vizsgálatai szerint centralis scotomák és nasalis látótérkiesések is előfordulnak, amelyeket érgörcsök váltanak ki. Ezzel magyarázza a hypophysistumoroknál előforduló változó látászavaro-kat. Az érszpaszusokat mérésel állapította meg, de mel-lettük szól a betegek halvány bőre és más szerzők meg-figyelései. A legkisebb erek spasmusa nem a tumorsejt-tek hatása útján jön létre, mert a legkülönbözőbb tu-moroknál észlelhető, hanem a daganatnövekedés nem specifikus következménye, lehetséges, hogy a daganat a hypophysis hátsó lebenyére nyomást fejt ki, amely-nek következtében vasopressin secretiója következik be. A bekövetkező vérnyomásemelkedés principialisan különbözik a Cushing betegségnél bekövetkező vérnyo-másemelkedéssel, amely a hypophysis mellső lebenye corticotrop hormonja révén jön létre és inkább vörös hypertóniának felel meg. A vizsgálatokból azt a gya-korlati következtetést kell levonni, hogy retinalis ér-görcsök esetén a hypophysisre vonatkozó vizsgálato-kat nem szabad elmulasztani. (24.)

Radnót Magda dr.

Vogt f. iriskimetszéssel összekötött szaru-lekaporás műtéte keratitis metaherpetica, szaru tuberkulosis és egyéb iridocyclitissel járó szaru-gyulladásokban. (*Kar-bacher.* (Klin. Mbl. f. Augenheilk. 108. B. ápr.) Ezen, rend-szerint igen súlyos lefolyású és nagyfokú látásromlást okozó esetekben, néha már az enucleatio elkerülése cél-jából végzett műtétekről számol be. 1-2 eset kivételé-vel, igen szép eredményeket látott, a látás lényegesen javult és a szem kivétele elkerülhető volt. (16.)

Nagy Ferenc dr.

MALTIRON

Prof. Hainiss előírása szerint készített, az íróhoz hasonló fehérjedús, zsírszegény, szén-hidrátokkal kiegészített gyógytápszer

Hasmenéses csecsemők részére

Javallva: Dyspepsia, dysenteria, entero-colitisek és exsudativ diathesis bélmanifestatiói eseteiben. Alkalmazása: a hasmenést csökkentő gyógytáplálékoknál szokásos irányelvek szerint.

Szabadon rendelhető a Közgyógyszerellátás terhére

Krompecher tápszer- és gyógyszeripari kft. Budapest, V., Nádor-utca 15. szám.

ULTRASEPTYL-UREA sebhintőpor

Fertőzött és fertőzésre gyanús sérülések, műtėti utófertőzés, genyes folyamatok kezelésére

12 és 75 g-os üvegek

CHINOIN

KÖNYVISMERTETÉS

A magyar népesedés kérdései. Irta: *Antal Lajos dr.* — Az *Epol* kiadása. Magyar Nemzetbiológiai Intézet könyvei, 10. sz. (Egyet. nyomda. — Ára 2 P. — Az *Epol* lelkes elnöke egy nagyon húsunkbavágó és értékes 79 oldalas biológiai tanulmánnyal ajándékozott meg bennünket, nemcsak orvosokat, hanem általában magyarokat. Nem célunk itt e munkának bőséges kivonatát adni, amit már egyöntetű méltánnyal elvégzett a napisajtó. Nézetünk szerint nekünk orvosoknak erről nemcsak valamit olvasni és sejteni kell, hanem elolvasni elejétől végig és a nemzet jövőjének védelmező táborába állani. — A népesedés kérdéseivel tudományosan foglalkozó statisztika és elméletük gondosan gyűjtött bizonyító adathalmazára és különösen a magyarság népesedéstörténetének tárgyalása után egyre fokozódó izgalommal olvassuk benne a lelkes szerzőnek a magyarság népesedésbiológiai prognózisát, amelyben a »legélesebben szembezáll azokkal a divatos szólamokkal, melyek hirdetik, hogy az előbbieken jelzett számok a magyarság biológiai meggyengülését, megrokkadását, sőtét népesedési jövőjét jelentik! Szerinte a jelenlegi magyar társadalom szellemi, gazdasági felépítése a létért való küzdelemben nem teszi előnyre a gyermeket s érthető, hogy a gyermekek száz-ezrei nem születhetnek meg.« De hiszi és vallja, hogy »egy magyar erőteljes népesedési mozgalom számára korlátlan lehetőségek vannak még országunkban. Az államvezetés számára ezt a nemzetmentő vezérkari tervet kidolgozni a magyar népesedésbiológia legnagyobb feladata!«

A pompás kis munkát — minek komoly tárgyilagosága, meglepő összehasonlítási mindenkit méltán gondolkodóba kell hogy ejtsenek — 10 szemléltető grafikon fejezi be, melyek a Közp. Statisztikai Hivatalt dicsérik.
Vámossy.

A keresőképeségcsökkenés százalékos értékelése a baleseti kötelező biztosításban. *Kovács János dr.* 145 ábrával. Budapest, 1942. Szerző kiadása.

A baleseti kártalanítás, mint a társadalombiztosítás egyik legfontosabb ágazata évről-évre növekedő jelentőségre tesz szert. Minden orvos juthat abba a helyzetbe, hogy balesetkártalanítási kérdésben véleményt kell nyilvánítania, ezért szükséges, hogy az erre vonatkozó ismereteket ne csak a kérdéssel hivatás-szerűen foglalkozó baleseti orvosszakértők sajátítsák el, de azok az orvosok összességének közkincsévé váljanak. Ezt a célt szolgálja a szerzőnek most megjelent alapos tudásról és szakértelemről tanuskodó munkája, amely, mint Bakay professzor előszavában kiemeli, kitűzött feladatát szerencsés kézzel oldotta meg. Bevezető részében a baleseti sérüléseknek biztosítási szempontból fontos kezelésére ad értékes gyakorlati útmutatásokat, majd ismertette a baleseti járadék és üzemi baleset fogalmkörét, a kártalanítási eljáráshoz szükséges előkészítő iratokat stb. úgy általánosságban, mint testtájak szerint részletezve tárgyalja az orvosszakértői vizsgálatok menetét, technikáját és feladatait. A szorosan vett sebészszakértői teendőknél kívül kiterjeszkedik a fül-, orr- és szemvizsgálatokhoz szükséges tudnivalóknak, valamint a gyógyászati segédesszüközöknek ismertetésére is. A baleseti szakvélemények szerkesztési módját számos jól sikerült példával demonstrálja. A könyvnek gyakorlati szempontból legfontosabb részét a sérülési következmények által okozott keresőképeségcsökkenéseket százalékosan értékelő táblázatokban látjuk. Ezen értékelések alapjául az O. T. I. óriási balesetfelülvizsgálati anyagából leszűrt tapasztalatok szolgáltak és jelentőségük azért nagy, mert hivatva lesznek megszüntetni vagy legalább is enyhíteni azt a zűrzavart és rendszertelenséget, ami az értékelések terén léptenyomon észlelhető. A tájékozódást lényegesen megkönnyíti a nagyszámú kitűnő fénykép, melyek minden elméleti magyarázatnál világosabban mutatják, hogy az egyes rokkantsági kategóriák után hány százalékos keresőképeségcsökkenés állapítható meg. A minden tekintetben jól sikerült, külsőleg is szép kiállítású könyvet melegen ajánljuk a balesetbiztosítás orvosi kérdései iránt érdeklődők figyelmébe.

Milkó prof.

Hozzászólás Bugyi dr.: „Csövecscsontok gennyes gyulladásának tartózkodó kezelése“ című közleményéhez.

Húsz év tapasztalatai alapján legyen szabad a kérdéshez hozzászólnom. Osztozom Bugyi magántanár véleményében, hogy a csontfelvadás célatlan és 15 esztendeje éppen a korábbi rossz tapasztalataim miatt nem is végzem.

Itt ugyanis nemcsak helyi megbetegedéssel, hanem ezenkívül az egész vérkeringésre kiterjedő fertőzéssel van dolgunk. s a csontvelőgyulladás szinte a csontra localizálódó sepsisnek nevezhetnők. Mint ahogy *Orsós* szerint sepsisben mindig találunk localis elváltozásokat a csontvelőn, úgy áll ez fordítva is és ezért az acut haematogen osteomyelitisben a szervezetet elárasztó baktériumok virulentiájának csökkentése és a szervezet ellenállóképességének emelése kell hogy a helyi gyógyítást kiegészítse. E célból betegeink a roboráláson kívül intravenásan vagy peroralisan a baktériumok virulentiáját csökkentő gyógyszereket kapnak: régebbi időben urotropint, újabban sulfamid-készítményeket, legújabban ultraseptylt. Bakteriologiai vizsgálatot kell betegeinken végeztetnünk: a nagyobb gyermekek és felnőttek osteomyelitisében ugyanis a leggyakrabban staphylococcus, míg csecsemők osteomyelitisében inkább pneumococcus, esetleg streptococcus eredetű. Az utóbbi esetekben az ultraseptyl kiváló hatású, míg az előbbi esetben staphylococcus-vaccina-kezelés ad igen jó eredményt az ultraseptyl mellett. Sokszor a kezdődő csontvelőfolyamat, már egyszeres kezelésre meggyógyul. Localisan párákötést vagy Burow oldatos borogtatást kap a beteg. Mi is csak akkor avatkozunk be műtétileg, ha tályog képződik.

A tályognyitást után a sebüreget régebben bórsavporral vagy a *Mező* ajánlotta hypermangános bórsavporral töltöttük meg, újabban erre az ultraseptyl-urea port használjuk meglepő jó eredménnyel. A *Löhr*-féle kezelést osztályomon is végeztük néhány esetben. A betegek rosszul tűrték, nem tudtak nyugodni s így a gipszkötést mihamarabb el kellett távolítanunk. Az eredmény az egész végtag bőrére kiterjedő bullosus gennyes bőrgyulladás vagy legalább is kiterjedt folliculitis volt.

A végtagok nyugalomba helyezésére gipszint használunk. A sebet 3—4 naponként elég újrakötni. Az ultraseptyl-urea por a gennyedést különben rövidesen megszünteti úgy, hogy majdnem szárazon sarjad és gyógyul be az incisio sebe.

Nem osztozom Bugyi dr. véleményében a subperiostealis resectiora vonatkozólag. Azt senki sem állítja, hogy ezzel az eljárással minden, mégoly súlyos csontvelőgyulladásos beteg is megmenthető, mert — és ezt mondja Bugyi is — az osteomyelitis adott esetben olyan súlyos sepsis részkörképe lehet, amin már nem segít, ha az egyik gócot eltávolítjuk. De aki a subperiostealis resectio műtétét sok esetben végezte és alkalma volt összehasonlításokat tenni, az kell, hogy arra az eredményre jusson, hogy bizony sok beteget csak ez a műtét menthet meg. Természetesen szigorúan állítom fel a resectio indicatioját én is: a subperiostealis, illetve intraarticularis tályog feltárása az esetek túlnyomó részében elegendő. Ha azonban a tályog megnyitása után néhány nappal a láz nem csökken, a beteg állapota rosszabbodik, vagy, ha már áttört tályoggal, si-

pollyal, de ennek ellenére septicus lázzal kaptuk, s főleg ha a Röntgen epiphyseolysist mutat, subperiostealis resectiot végzünk. Erre aránylag ritkán kerül sor. 11 évi statisztikánkban például 163 acut esetünkben mindössze 12-nél, azaz alig 8 százalékban kellett ezt a műtétet végeznünk. Való, hogy ettől a műtétől ma is idegenkednek a sebészek s egyesek elrettentő eredményekről számolnak be, állítván, hogy sok esetben a csont egyáltalán nem fejlődik ki, sokszor igen rosszak a functionalis eredmények. *Bugyi* is attól fél, hogy »mi lesz, ha kimarad a tökéletes regeneratio?« Én a regeneratio kimaradását sohase tapasztaltam, úgyhogy azt kell hinnem, hogy vagy az esetek kiválasztásában, vagy a műtéti technikában volt a hiba másoknál. A subperiostealisan resecált csont — én többnyire partialis resectiot végzek — minden egyes esetben regenerálódott és sokkal erősebb, masszívabb lett, mint az eredeti volt. A functionalis eredmények a subperiostealis resectio után a páros csontoknál sokkal jobbak, mint az egyes csontoknál, mert a páros csontoknál az ép csont maga is rögzíti, sínezi a végtagot, míg az egyes csontoknál, főleg a femurnál a végtag nyújtása, rögzítése okoz sokszor nehézségeket. Szögextensioról legtöbb esetben szó sem lehet, kis gyermekeknél legtöbbször a függőleges felfüggesztést végezzük ragtapasznyújtás formájában. Gyakran azonban, mint ezt *Koós* is írja, tályogok, decubitusok miatt ettől is el kell állanunk és csak Dehmelsinre vagy gipszsinre szorítkozhatunk. Ilyenkor természetesen elgörbülés, rövidülés könnyen jöhet létre. De ez is korrigálható még némileg, mert az új csont eleinte formálható. A beteget mindenestre állandó ellenőrzés alatt kell tartani.

Általában sokkal jobbak az eredmények kis gyermekeken, mint nagyobbakon. A 14 éven felüliekben nem végeztem ezt a műtétet, de nem is került volna sor rá. Tizenhét éve, 1925 óta végzem ezt a műtétet, összes eseteim száma 19 s ezek közül egyetlen egyet se vesztettem el, pedig ezek valóban a legsúlyosabbak közé tartoztak. De több beteget el kellett vesztenem, akiken ezt a műtétet a szülők el-

lenzése miatt, vagy azért, mert a beteg már moribund állapotban került a kórházba, nem lehetett elvégezni. Ez alatt a 17 év alatt az összes heveny osteomyelitis halálzásunk így is csak 8 százalék, az idült eseteket is beleszámítva, alig 6 százalék, ami más statisztikákhoz viszonyítva is jónak mondható. Meggyőződésem, hogy subperiostealis resectioval ezek közül is még sok megmenthető lett volna, amit igazol, hogy korábbi statisztikánk, mielőtt a resectiot végeztem volna, ennél jóval rosszabb volt. Ha látjuk, hogy a resectio után mint szünek meg egy csapásra az addig türethetetlen fájdalmak, miként esik le kritikusan a láz és miért jön meg a gyermek étvágya, akkor el kell ismernünk, hogy ez a műtét valóban megváltás a beteg gyermekre nézve. Csontfelvételénél ezt azelőtt nem láttam. Ehhez hozzá kell tennünk, amint ezt *Koós* is hangsúlyozza, hogy a gyógytartam sokkal rövidebb, mint ha a sequestrálódást kivárva, még egy vagy több sequestratiót kell végeznünk.

Nagyon jól regenerálódnak azok a csontok is, melyeknél — mint *Bugyi* írja — a genny köröskörül leválasztja az egész csonthártyát s csak ki kell az egész elhalt csontot emelni. Ilyenkor azonban az egyik epiphysis mindig leválik és visszamarad, ezt jó újjal ellenőrizni s a rátapadt sequestrált csonttörmelékét óvatosan kikaparni. Ilyen esetben aztán igazán nem szabad várni az elhalt csont eltávolításával, különösen kettős csontoknál, ahol a másik ép csont elég támasztó a regeneratioig.

19 subperiostealis resectios esetünkben 1 humerus, 3 femur, 1 radius, 2 fibula, 1 talusresectio volt, a többi tibiaresectio. A csontregeneratio olyan jó volt, hogy sok esetben alig lehetett a Röntgenképen a regenerált csontot a másik végtag csontjától megkülönböztetni. A functionalis eredményekre nézve pedig csak annyit, hogy egyik radius-resecált betegem szíjgyártó iparos lett, egy femur-resecált szobalány s egy tibia-resecált nemrég ment ki a haretérre, mint honvéd gyalogos.

Cserey-Pechány Albin dr.
e. m. tanár, Kecskemét.

**Elégtelen gyomornedvelválasztás,
étvágytalanság esetén**



„Bauer“
Leverkusen eljárása szerint

ACIDOL-PEPSIN

Forgalomba hozza:

Magyar Pharma Gyógypáru Rt.
Budapest—Kolozsvár

**szilárd
sósav-pepszinkészítmény**

ÚJ FEGYVER

A HALADÓ SZELLEMŰ ORVOS KEZÉBEN A

DIACHEMIA
STRAUB SÁNDOR
GYÓGYSZERÉSZETI ÉS VEGYÉSZETI LABO-
RATORIUM, BUDAPEST, VI., TERÉZ-KRT. 27

TROMBOGEN

inj. varix és haemorrhoidalis csomók okozta
bántalmak **műtétmentes** megszüntetésére

3 amp. ára P 2.20

SEDYLETTA

tabletta 30×0·015 gr

Általános hatású psychikus megnyugtató, kitűnő spasmolitikum

Szabadon rendelhető:
OTI, MABI, MÁV, Székesfejv. S. A., DOBBI

Podmaniczky-gyógyszertár
Budapest, VI

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift. 31. szám.
Schäfer W.: A Gruber-Widal-reactio jelentősége a vérhas kórismézésében. — Hoffmann E.: Salvarsan ártalmak a háborúban és azok megelőzése. — Keller W.: A poliomyelitis hajlam és annak prophylaxisa. — König F.: Balesetbiztosítás és balesetgyógykezelés. II. Csigolyatest-törések. — Pusch G. és Sandmayr H.: Chronikus osteomyelitis és a sulfonamidok. — Briese-meister W.: A vena cubitalis időelőtti trombotizálásának elkerülése intravenás injectióval.

Wiener Klinische Wochenschrift. 31. szám. Jimeno — Vidal F.: Fagyások kezelése. (Tapasztalatok a spanyol polgárháborúból.) — Ekhart W.: Gümőkór és terhesség. — Duancic Vl.: Néhány vírusbetegség kezelése atebrinnel. — Bolland E.: Hogyan tarthatjuk műszer-tárunkat sokáig használható állapotban?

Schweizerische Medizinische Wochenschrift. 31. sz. Müller O.: Az asthma bronchiale lényege és kezelése. — Burnand R.: Megfigyelések idült bacillaris fertőzés egy esetében. Milyen hely illeti meg e betegséget a tuberculózisában? — Gysin H.: Az emésztőcsatorna ritkább röntgenleletei. — Käser O.: Nystagmus, mint nemhez kötött recessiv bélyeg négy nemzedékben. — Bochringer F.: Sebkezelés chlorophyllkencsel.

VEGYES HIREK

Frigyesi prof. Nőgyógyászati-ának II. kiadása sajtó alatt van. Előreláthatóan 2-3 hónap múlva megjelenik. Az érdeklődőket szeptember elején fogják értesíteni a megrendelési feltételekről.

Dresdában a legrégebbi gyógyszertár, a »Mária« gyógyszertár 475 éves fennállását ünnepli a közeljövőben.

Helyreigazítás. A kolozsvári május 28-iki gyűlésen (O. T. K. 14. sz.) v. kibédi Varga L. hozzászólásában a 4. 5. zavaros értelmű sor helyesen így hangzik: »kiemelve előadó (v. Haynal) óvatosságát és tárgyilagosságát, mikor csak subtotális strumectomiát ajánl az amerikaiaknak inkább totális strumectomiájával szemben, ő még ezt sem ajánlja, mivel«...

23/1942. Ig. szám.

PÁLYAZATI HIRDETMÉNY.

Komárom városi közkórháznál, a belgyógyászati osztályon megüresedett segédorvosi állásra pályázatot hirdetnek.

A közkórháznak szakképesítési joga van. Az állás javadalma állami rendszerű XI. fiz. oszt. 3. fok. megfelelő fizetés, egy bútorozott szoba, fűtés, világítás és az önköltség 50% megtérítése ellenében I. oszt. élelmezés.

A bélyegzett kérvények e hirdetésménynek a Budap. Közl.-ben harmadizbeni közzétételétől számított 15. napon belül Komárom polgármesteréhez címezve, *hozzám* nyújtják be.

Eredetben vagy másolatban az 1-12. pont alatt felsorolt okmányokat kell csatolni. Közzolgálatban állók a felsoroltak közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (min. tábl.) fel vannak tüntetve, a törzskönyvi lappal igazolják. A segédorvosi állás betöltése 2 évre szól és meghosszabbítható. A segédorvosnak az intézetben kell laknia. A lakást csak saját személyére veheti igénybe. Magánygyakorlatot nem folytathat.

Komárom, 1942. évi augusztus hó 1-én.

Dr. Király József s. k.
mb. igazgató-főorvos.

Hasmenés bélzavarok kezelésére. Prof. Hainiss előírása szerint az íróhoz hasonló, fehérjedús, zsírszegény, szénhidratokkal kiegészített, hasmenéstgátló gyógytápszert hozott forgalomba a Krompecher gyár *Maltiron* néven. Nagy előnye a Maltironnak állandó összetétele, megbízható csíraszegénysége és tápanyagai jó kihasználhatósága. A *Maltiron-gyógytáplálék* könnyű elkészítési módja lehetővé teszi intézetben kívüli praxisban író helyett való alkalmazását, hasmenéssel járó bélmegetedések eseteiben. A Maltironból a gyár előírása szerint készített gyógytáplálék kalóriaértéke az anyatejével megegyező, azaz decinként körülbelül 70 kal. Alkalmazása azon elveknek és feltételeknek megfelelően történik, mint egyéb hasmenést-csökkentő gyógytáplálékoké.

FELELŐS KIADO: VAMOSSY ZOLTAN.

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

IDILT NŐGYÓGYÁSZATI BETEGSÉGEK MEGGYÓGYULNAK AZ

ERZSÉBET-GYÓGYFÜRDŐBEN

KESERŰSŐS FÜRDŐK
ISZAPBOROGATÁSOK
FORRÓ ÖBLÍTÉSEK

Rendeljünk

amikor erőteljes táplálásra van szükség (heveny vagy idült fertőző betegségek eseteiben, vagy azok után beállott leromlásnál, a reconvalescentia szakában, a regenerálódás gyorsabb és tökéletesebb elérésére) a felnőttek bármely eredetű (gümőkóros, rákos) cachexiájánál; gyengén fejlett és hiányosan táplált kisdetek és gyermekek erőbeni állapotának feljavítására

SZITMALTIN-t

100, 250, 500 vagy 2500 g-os eredeti, közalapi vagy kórházi dobozokban;

Mindhárom készítmény rendelhető az Államkincstár, illetve Közgyógyszerellátás terhére; O. B. A., O. T. I., M. A. B. I., Anya-Csecsemő- és Kisdévedelmi Intézetek, Gyermekmenhelyekben, Kórházakban, Klinikákon, stb. Közalapi és kórházi csomagolású dobozokban.

DEMALTOS-t

mesterségesen táplált csecsemők nyári hasmenésénél, heveny vagy idült dyspepsiájánál, erjedéssel székletknél; 300, 150 és 3500 g-os eredeti közalapi vagy kórházi csomagolású dobozokban. Közalapok, tejkonyhák részére is.

MALTOSIT-ot

a Keller-féle malátaleves pontos és gyors elkészítésére, csecsemők idült táplálási zavarainál és azokból származó hypotrophiánál, obstipitációs hajlammal, exudatív diathesisnél, 300, 150 és 3500 g-os eredeti közalapi vagy kórházi csomagolású dobozokban.

KÖBÁNYAI POLGÁRI SERFŐZŐ ÉS
SZENT ISTVÁN TÁPSZERMŰVEK R.-T.

A SALICYLSAV
BIZTOS FEL-
SZIVÓDÁSA
A BŐRÖN ÁT:

RHEUMASAN

A SOUVERAIN

*analgeticum
antirheumaticum
és antineuralgicum*

MEGLEPŐEN GYORS, MEGBIZHATÓ, DERIVÁLÓ ÉS FÁJDALOMCSILLAPÍTÓ HATÁS.
TÜNETI ÉS OKI KEZELÉSI MÓD. ALKALMAZÁSA A LEGNAGYOBB MÉRTÉKBEN GAZDASÁGOS.

Nagybani eladás: Kálmán Lehel, gyógyszer-vegyészeti vállalat, Budapest 62.



ULTRASEPTYL-CHINOIN

2-(p-aminobenzolsulfamido)-4-methylthiazol

*Gonorrhoea, pneumonia,
meningitis, lymphogranuloma inguinale,
ulcus molle, staphylococcus-fertőzések, gyermekági láz,
sepsis, morbilli- és scarlat-szövődmények, stb.
chemotherapiás kezelésére*

10 és 24 tableta (0.5 gramm), 6 ampulla 5 ccm (1.0 gramm), 6 ampulla 2 ccm (0.40 gramm),
5 suppositorium, Pulvis pro receptura



Fájdalmaknál

Quadronal

megbízható — hatásos — jól tűrhető

Naponta háromszor 1—2 tablettá

phiolák 10 és 20 tablettátartalommal

Adatokkal készséggel szolgál:

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE I. W.

KÁLMÁN LEHEL GYÓGYSZERVEGYÉSZETI VÁLLALAT BUDAPEST 62

DORMOVIT*

alvási zavaroknál

20—30 percen belül elaltat,

6—8 órás alvást biztosít,

friss ébredés mellett.

*) Furfurylisopropylbarbitursav

DTWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A.G., BERLIN-WAIDMANNSLUST

Magyarországi képviselő: Múzeum Gyógyszertár, Budapest, IV. Kossuth Lajos - u. 20

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26., IV. em.
Telefon: 345-113.

Ingyenes lífthasználat.
(Kérje a portástól.)

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy
22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámunk javára.

Romániában: Borsos Béla dr. Arad, Str. G. Gringorescu 5.

Slovákiában: Eleőd Solt. Handels- u. Kredit-B. Bratislava.

Előfizetési díj: az »Orvosi Hetilap«-ra az »Orvos-
tudományi közlemények«-kel együttesen egész évre 26 P,
220 slk., 1000 lei, egyéb külföldre a belföldi díjak + portó-
költség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyed-
évre negyede, egy óra 2:50 P.

A »Magyar Orvosi Archivum« egész évre 10 P., 70 slk., 400 lei.

SYMPATOL

A SZIV ÉS VÉRKERINGÉS GYÓGYSZERE

Indikációk:

Az erek hypotóniával párosult tónuscsökkenése:

Rekonvalescentia – Hypotónia – Terhesség – Öregkori panaszok

Altalános keringési gyengeség:

Grippe – Diphtheria – Tuberculosis – Typhus – Pneumonia

Súlyos kollapsus:

Műtétek – Szülések – Vérvesztés – Shok

Forgalomban:
Ampullák á 0,06 gr.
és Liquidum 10%



Tudományos iroda:
Budapest II,
Hattyú u. 1/II.

COREDIOLO

Pyridin- β -carbonsavdiaethylamid 25%-os vizes oldata

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

Solutio

Injectio

SULFAPYRIDIN

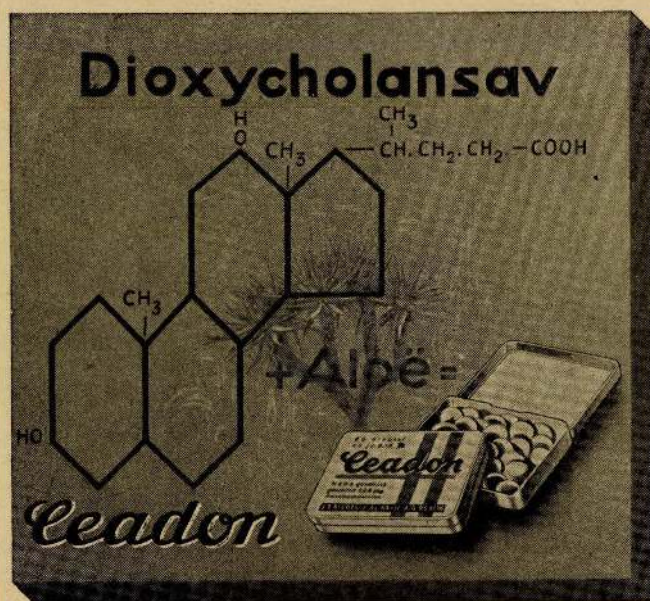
Para-amino-benzol-sulfo-alfa-pyridinamid

**Mellékhatásoktól mentes, biztos chemo-
therapeuticum**

Tabletta Injectio Suppositorium Hintőpor



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



Csomagolás: Dobozban 30 vagy 60 dragée.

Ceadon

physiologiai hatású
növényi alapanyagot tartalmazó
székletszabályozó-szer.



J. D. RIEDEL - E. DE HAËN A.-G. BERLIN — Magyarországi képviselő: Dr. Lányi Lajos, Budapest, VIII., Rigó-utca 10

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, VIDAKOVITS KAMILLÓ.
FELELŐS SZERK.: VÁMOSSY ZOLTÁN. Fogad kedden és pénteken 12—1. SZERK.: FRITZ ERNŐ.

TARTALOM:

Kubányi Endre: Hypophysis-átültetés a sympathicus beidegzés bekapcsolásával. (403—405. oldal.)
Lukács József: Mellékvese-kéreghormonnal kezelt gyermekkori sprue. (405—407. oldal.)
Mellékletek. Az orvosi gyakorlat kérdései. (65—68. oldal.)

Irodalmi szemle. (408—409. oldal.)
Könyvismertetés. (410. oldal.)
Milkó Vilmos: A heveny gyomorátfürödés mütete. (411. oldal.)
Vegyes hírek. (412. oldal.)

Budapest Székesfőváros Szent Rókus Központi Közkórház Sebészeti Osztályának közleménye. (Főorvos: Kubányi Endre rk. tanár.)

Hypophysis-átültetés a sympathicus beidegzés bekapcsolásával.

Irta: Kubányi Endre dr. egyet. rk. tanár.

Azon kísérleteinkről számolok be, amelyekben szakítottunk a hypophysis-átültetés eddigi módjával és azt nem a has bőre alá, illetve hashártya elé, avagy a csepleszbe, hanem a szerv anatómiai helyének közelében végeztük úgy, hogy a transplantatum egyúttal kapcsolatba juthasson ugyanazon segment sympathicus rostjaival. Abból indultunk ki, hogy így megfelelőbb élettani feltételeket tudunk teremteni, különösen, ha elfogadjuk a *Brünnig* és *Stahl* könyvében talált adatokat, amelyek szerint a carotis interna sympathicus hálózatában futnak a hypophisist ellátó secretoricus rostok.

Hypophysist legelőször *Sacerdoti* (1903) kísérelt meg átültetni, aki azt patkányokon homoioplasticus úton bőr alá, illetve hashártya fölé végezte. A transplantatumokat kórszövettanilag ellenőrizte. Kitént, hogy a középső rész már pár nap mulva elhalt, a perifériás zóna ellenben ugyanakkor bizonyos mértékben proliferációt mutatott; 45—60 nap mulva azonban már csak nyomokban volt fellelhető.

Clairmont és *Ehrlich* (1909) fiatal patkányok, tengerimalacok, nyulak és kutyák hypophysisével végezték kísérleteiket, a transplantálás helyéül főleg a lép állományát választották. Húsz kísérletük közül csak háromban történt szövettani feldolgozás. Ugy vélik, hogy az átültetett hypophysis valószínűleg rövid ideig, de mégis specíficus secretoricus működést tud kifejteni.

Carraro (1909) kifejlődött nyulakon »in toto« végzett átültetést és azt találta, hogy az első 3—16 napon belül a központi zóna helyén csak kötőszövet volt található, és széliben ezzel szemben élénk mitosisok és regenerációs jelenségek mutatkoztak; az atrophia a 45—75. napon következett be. — *Meuret* és *Junker* (1926) *Carraro* ezen dolgozatában foglal-

takra vonatkozólag kritikát gyakorolnak: »Was das frühzeitige Verschwinden von Eosinophilen und Basophilen anbelangt, so glaubt *Carraro* diese Elemente würden durch Rückdifferenzierung wieder zur Hauptzellen. Dieser Ansicht können wir nicht beipflichten.«

Crowe, *Cushing* és *Homans* (1909) kísérleteiket kutyákon végezték, de akképpen, hogy az igénylő állaton részleges, illetve teljes hypophysektomiát végeztek; az átültetés helyéül az agy kéregállományát választották. A szövettani vizsgálatok azt mutatták, hogy a 10—26. napon már csak a széli zónában voltak ép, magfestést adó sejtek.

Exner (1910) fiatal patkányokon a hashártya mellé végezte az átültetést, a felszívódás az 56—101. napon következett be.

Gardner és *Hill* (1935) kísérleteiket 22—50 napos testvéregereken végezték. Az átültetés helyéül a herét választották, megfigyelésük szerint 12 hét múltán az elülső lebeny jó ereződést mutatott, a hátsó lebeny ugyanakkor már teljesen tönkrement, a középső részben a roncsolás nem volt ekkora.

Häterius, *Schweizer* és *Charriper* (1935) és tőlük függetlenül *May* (1935—1937) a transplantatio helyéül az elülső szemkamrát használták fel. A szerzők valamennyien megegyeztek abban, hogy ez a mód igen alkalmas az oltvány elhelyezésére. *May* a 135-ik napon a normalishoz hasonló szövettani szerkezetet talált.

Heteroplasticus hypophysis-transplantációt legelőször *Kylin* (1937) borjúból a hashártya tasakba végezte. Szövettani megállapítása körül élénk vita fejlődött ki. (*B. Romeis*). *E. Kylin* 1937-ben nagy érdeklődés közepette mutatta be 45 hypophysis-átültetésről szóló tanulmányát Budapesten és azt az Orvosképzés 1937. évi számában közölte le.

Az állatkísérletek tanulmányai alapján a klinikai gyakorlat a bőr alatti kötőszövetet, a hashártya előtti elhelyezést és a csepleszbe történő bevarrást fogadta el általánosságban és ezek a módszerek nyertek leginkább polgárjogot. A mi elgondolásunk egy lépéssel tovább kíván jutni és nem akar megelégedni azzal, hogy a hypophysis részére csu-

pán kellő vérellátásról kell gondoskodni, mi a hypophysis számára idegellátást is kívánunk biztosítani és éppen ezért áttekintettük az erre vonatkozó anatómiai megállapításokat, amelyekre vonatkozólag a legfontosabb irodalmi adatokat igyekszünk összefoglalni.

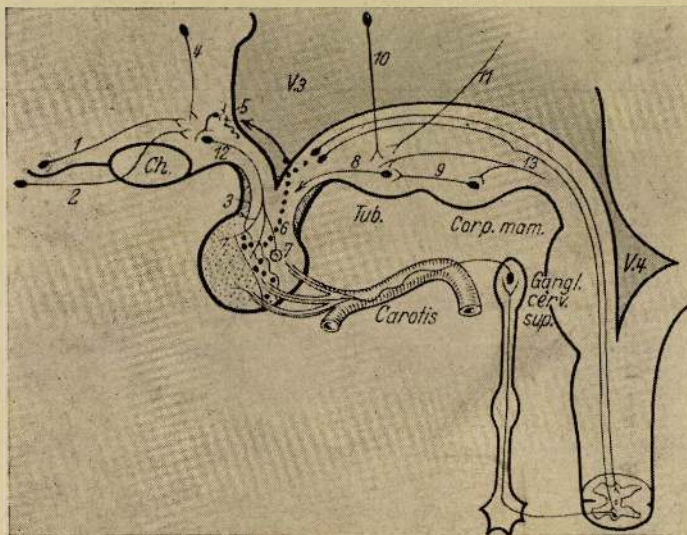
A hypophysis idegellátására vonatkozó legelső vizsgálatok még abból az időből származnak, amikor az idegek lefutását tisztán anatómiai készítményeken kipreparálás útján lehetett tanulmányozni. Az ezirányú közlemények (Bock 1817, Hirzel 1824, Krause 1843) egybehangzóan azt a megállapítást ismertették, hogy a ganglion caroticumból eredő idegszálcskák csatlakoznak a carotis internából eredő arteriácskához és azzal együtt hatolnak be a hypophysis állományába. Szövetani vizsgálatokat legelőször Luschka 1860-ban végzett; Dandy 1913-ban methylenkék-vitalfestéssel kutyákon és macskákon ellenőrizte e kérdést és ugyanazon megállapításra jutott. Dandy szerint a circulum Willisii-ből származó erekkel együtt hatolnak be a sympathicus rostok a hypophysisbe, de ennek állományán belül további folytatásukat nem tudta követni. Ez alapvető munkák után a további szerzők is csak annyival tudtak többet megállapítani, hogy az elülső lebeny idegellátottsága ugyanolyan mértékben dúsabb, mint a középső és a hátulsó lebeny, mint amennyivel bőségebb a vérellátottsága is. Igen értékes Karplus és Peczenik vizsgálatsorozata (1930), akik szerint ezen sympathicus eredetű idegek befolyásolják a hypophysis működését; a nyaki ganglionok izgatása következtében a hátulsó lebeny hormonmennyisége gyarapszik a liquorban és ez pontosan kimutatható. Ennek a kérdésnek az élettanával Greving és Pines, Gagel és Mahoney foglalkoztak (1926—1933). — A beidegzésről kialakult mai álláspontot Roussy és Mosinger (1936) leírása tükrözi vissza; a séma megállapítása szerint a hypothalamus 7 magjából ered a »fasciculus-hypothalamo-hypophyseus« és rostjaival a hypophysisben végződik, sympathicus idegellátását a ganglion cervicale superiorból kapja. Hair szerint (1938) macskákon az arteriákat követő idegrostoknak száma az arteriák nagyságával arányosak. Emberre vonatkoztatva Rasmussen (1938) vizsgálatai azt mutatták, hogy a hypophysis kötőszöveti capsulájában kb. 200 velőnélküli idegszál található, amelyek a plexus caroticus

ból származó erekkel együtt érkeznek ide, ezek különösen nagy számban találhatók az elülső lebeny felső felületén.

Nincs még egy olyan, belső elválasztású szerv, amely a központi idegrendszerrel olyan szoros vonatkozásban lenne, tőle annyi impulzust kapna és részére annyit adna, mint éppen a hypophysis. Ha Roussy és Mosinger általános elfogadott sémáját vesszük tekintetbe, akkor mint anatómiai tény kell elismernünk azt, hogy a hypophysis idegellátásának legnagyobb része a carotis interna útján került hozzá. Ez érlette meg bennünk azt a műtéti elgondolást, hogy a transplantatio helyéül a carotis interna sympathicus hüvelyét válasszuk. Legelőször is állatkísérleteket végeztünk műtéti technikánk kidolgozása céljából, de nyulakon, kutyákon a kísérletek eredményre nem vezettek. Kérésünkre a budapesti Pázmány Péter Tudományegyetem Kiss Ferenc dr. egyet. ny. r. tanár vezetése alatt álló Anatómiai Intézetben Szentágotai János egyet. m. tanár patkányokon végzett hypophysis-transplantatiót, amelynek leírását röviden ismertetjük. »Patkányon szabad transplantatiója nyaki izomzatba. A transplantatum közelében a ganglion cervicale sympathicus superior egy átvágott postganglionos ágának ducefelőli csomóját fixáljuk. Eredmény 14 nap múlva: a metszet egyik pontján a transplantált hypophysisnek kb. 1 mm átmérőjű darabja található. Specificus hypophysiszövet alig ismerhető fel. A közeli idegesonkból nagyszámú sympathicus típusú vékony velőtlen idegrost hatolt be a transplantatum területére, főleg az erek mentén. — Vélemény: ebben az esetben, amikor a sympathicus due praeganglionos rostjai épen maradtak, a postganglionos rostok belenőttek a transplantatum területére.«

Az állatkísérletek e conclusiója szerint a sympathicus rostok homoioplastikus átültetés esetében képesek belenőni az átültetett hypophysisbe. Ez ösztönzött, hogy tanulmányunkat folytassuk és klinikailag kihasználjuk. A további lépés új feladat elé állított bennünket, módot kellett keresni az emberrel-emberre való hypophysis-transplantatióra, amire csakis egyetlenegy út lehetséges és ez pedig a friss halottból való transplantálás. Szükségessé vált a »steril sectio« elvének elfogadtatása és annak gyakorlati alkalmazhatóságának engedélyezése. Eddig hét ízben végeztünk halottból hypophysis-transplantatiót, amelyről röviden csak annyit kívánunk megjegyezni, hogy Simonds-kórnál az eredmények kielégítőeknek mondhatók, mert valamennyi betegen lényeges súlygyarapodás (20 kg-on felül) és az összes klinikai tünetek javulása volt észlelhető. Legrégibb esetünk 20 hónapos. A testsúlygyarapodás és a klinikai tünetek is változatlanok.

A sympathicus beidegzés bekapcsolását célzó műtéti technikánk lényege, hogy a carotis internát körülbelül 5 cm-es metszésben tesszük szabaddá, tompán felszabadítjuk, majd két tartófonalat helyezünk alá s miután ezekkel mintegy rögzítettük, éles késsel hosszában rámetsszünk úgy, hogy annak sympathicus hüvelyéből körülbelül 2 cm hosszúságban tasakot készítsünk. A hullából ugyanakkor frissen eltávolított hypophysist ideültetjük be és a tasakot fölötte egyetlen finom catgut-öltéssel zárjuk, majd egy-két izomöltést helyezünk be és a bőrt szabály szerint egyesítjük. Hét ízben eképpen végzett műtétiünk után mindenkor per primam



1. ábra.

gyógyulást tapasztaltunk; klinikai adatainkról más cikkünkben fogunk beszámolni.

Kísérleteink végeredménye, hogy a sympathicus beidegzés a transplantatummal kapcsolatban kórsvetttanilag igazolódott; ez alapon végeztük »steril sectio« útján vett hypophysis-transplantatióinkat, amelyek ma már 18 hónapos multa tekintenek vissza. Jellemzőnek találjuk, hogy a klinikai eredmény egyszer sem maradt el. A műtét aránylag kis beavatkozás, úgy, hogy eddigi megfigyeléseink alapján bátran ajánlhatjuk.

Budapest székesfőváros Szent István-kórháza gyermekosztályának közleménye. (Főorvos: Lukács József.)

Mellékvese-kéreghormonnal kezelt gyermekkori sprue.

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

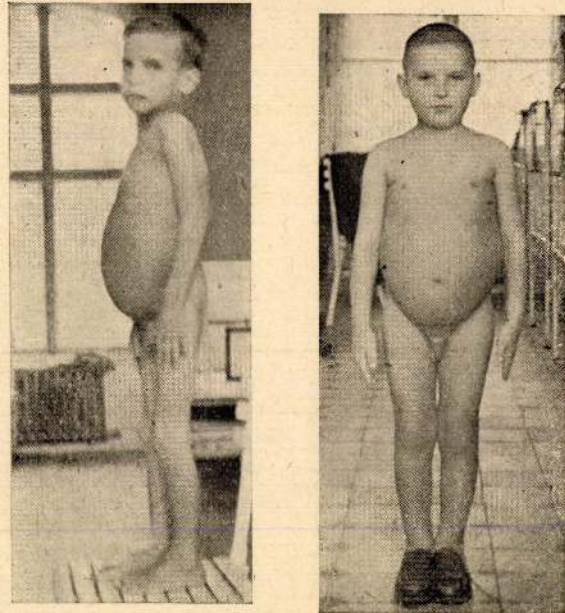
Mióta a trópusi sprue-val azonos kórképet olyan egyéneken is megfigyelték, akik a trópusokon sohasem jártak, polgárjogot nyert a »nem trópusi, vagy hazai sprue« kórképe. A felnőtteknek mind a trópusi, mind a hazai sprue betegsége feltűnően hasonlít a kisgyermekkor coeliakia néven ismeretes betegségéhez. Az azonos klinikai kép arra indította a kiváló dán sprue-kutatót, *Hess Thaysen*-t, hogy a három kórképet azonosnak tartsa. *Hansen* és *Staa* további esetek feldolgozása után, ugyanilyen eredményre jutottak. A gyermekorvosok közül *Rietschel* tette magáévá ezt a nézetet és ő egyenesen azt ajánlja, hogy a coeliakiát gyermekkori sprue-nak nevezzük. Mindenesetre feltűnő az, hogy a coeliakia a kisgyermekkor betegsége s legtöbbször a csecsemőkor végén vagy az 1–3 év között jelentkezik először. Márpedig, ha a két betegség azonos, akkor észlelnünk kellene olyan megbetegedéseket is, melyek a későbbi gyermekkorban jelentkeznek először és ezek az esetek képeznék az összekötő-kapcsolatot a coeliakia és a sprue között. Egy ilyen kórképet volt alkalmunk a közelmúltban figyelemmel kísérni — s mert a betegség lefolyásában pathológiai és therapiai szempontból is több tanulságot vonhattunk le, röviden ismertetjük.

B. A. 7 éves fiút 1941. október 23-án vettük fel. 3 testvére egészséges, egy testvére csecsemőkorban ismeretlen betegségben, másik asszonykorában szülés után halt meg. A családban gümőkór, vérbaj nincsen. Születési súlya 3000 g volt. 9 hónapos koráig szopott. Csecsemőkorában és kisgyermekkorában számottevő betegsége nem volt, jól fejlődő, egészséges gyermekként növekedett.

5 éves korában, 1939 májusában gyomor-béltünetek között megbetegedett. Heves hasi fájdalmak voltak, hányt és igen erős hasmenése volt. Széklet inkább víz-zsíros volt, véresnek nem találták. Egy hónapig az egyik gyermekkórházban kezelték. Állapota a kórházi kezelés után sem javult meg. Nagyon lefogyott. Széklete nem volt gyakran, de amikor ürült, szürkés színű, hasmenéses, nagytömögű volt. A következő év tavaszán betegségében múló javulás állott be, megerősödött, a székletek is javultak. Kéthónapi javulás után, 1941 júniusában újból nagyon romlott, úgyhogy másfél hónapig ismét egy gyermekkórházban ápolták. Állapota a kórházi kezelés alatt alig változott. Etvágytalan, gyenge, fogy és széklete most is hasmenéses.

Felvételi állapot: Magassága 114 cm, testsúlya 19.40 kg. A sovány testtel ellentétben van az elődomborodó nagy has, melynek körfogata a köldökön 62 cm, a proc. xyph.-köldöktávolság 14 cm, köldök-symphysis távolság 14 cm. A bőre halvány, sárgás és az erek a hason kifejezetten bronzsínbe játszó. Viselkedése közönyt, mozgásszegény. (1. a) ábra.)

A tüdő és szív eltérést nem mutat; szívhangok tiszták. Ekg. normális. A röntgenvizsgálat a tüdőben és a szívén rendes viszonyokat talál, a rekeszek feltoltak. A puffadt hasban nyomásérzékenység nincs, lép, máj nem tapintható. A has puha, légpárna tapintatú.



a) Kezelés előtt.

b) Kezelés után.

1. ábra.

alsó részében helyét változtató folyadék. A későbbi ellenőrzések kapcsán a folyadék-felszín állandóan változik, székletürítéskor megkisebbedik vagy eltűnik, ami kétségtelenül mutatja, hogy nem szabad hasvízről, hanem folyadékkal telődő belekről van szó. A kontraszt pépes röntgenvizsgálat fokozott tónust, gyorsult gyomorürülést talál. A vastagbél egész kiterjedésében tágult.

A széklet napról-napra jellemző: egy, legfeljebb két ízben ürül naponta, de tömege egy-egy alkalommal 600–1000 kg. Összeállása híg kenőshöz hasonló, színe kifejezetten szürkés-agyagos, habos hólyagokkal telt és zsírfényű. Időnként a zsíros jelleg annyira uralkodik, hogy az olvasztott vajhoz hasonlítható. Szaga olykor erősen bűzös, rothadásos. Benne Koch-bacillus, dysenteria és typhus nem található és bélféregpetét sem tartalmaz. Táptalajokon bac. coli tenyészett ki.

Pirquet, 1:10.000 és 1000 Mantoux-reakciók ismételt negatív eredményt adnak. Wa. R.: negatív. Vércsejtszűnyedés: 1 óra alatt 5 mm. Vércsejtszűnyedés: 110 mg%. Vércukor 83 mg%. Vérnyomás 90–64 Hg. mm RR.

Vvs: 2.900.000 Hgb 80%. Fvs: 10.000. Qualit vérkép: Se: 56%, Eo: 3%, Ba: 1%, Ly: 34%, Mo: 6%. Mérsékelt anisocytosis, polychromasia. Reticulocytaszám 1 ezrelék. — Csontvelőpunctio: Sejtszám 150.000. Velődős punctatum. A számlálókamrában számos megakaryocytá látható. Qualit: mérsékelt balratolódás (az éretlen myelocyták és myeloblastok megszaporodtak), sok polychromaticus makroblast, legfeltűnőbb a megakaryocyták relative nagy száma, segmentaltságuk, sőt többmagvúságuk. Számos megakaryoblast.

A vérzési idő 1 perc 5 mp, az alvadási idő 2 perc 45 mp. Prothrombin idő 70 mp.

Vizeletében feh. Ø, genny Ø, cukor Ø, acetone Ø üledékben kóros alakelem nem található. A vizeletben egy nap alatt ürült C-vitamin 2 mg. Naponta 300 mg C-vitamin bevitele mellett 8 nap után a C-vitaminürítés egy nap alatt 80 mg. Az alszársontokról készített röntgenfelvételen a csontok mésztartalma kifejezetten csökkent. (Osteoporosis.)

Kórlefolyás. X. hó 23–XI. hó 12-ig, tehát kórházi tartózkodása első három hetében a gyermek állapota súlyosbodott. Testsúlya fokozatosan 15.8 kg-ig csökken. A széklet változatlan, száma most is csak 1–2 naponta, de zsíros, híg, szürke. Diastase-tartalma 640 egység. Közönytése most már teljes apáthiává fokozódik. Naphosszat mozdulatlanul fekszik ágyában és csak hosszas unszolásra beszél egy-egy szót. Mozdulatai

fáradtak, amiatt kiejtése elnyújtott, vontatott. Környezetéről alig vesz tudomást. (2. ábra.)

Vérnyomása 70/45 Hg. mm-re, vércukorértéke 49 mg%-ra csökkent. 20 gr dextrose per os elfogyasztása után vércukorértékei: 30 perc 97 mg%, 1 óra 86 mg%, 2 óra 83 mg%. Maradék N 34 mg%. A vérsavó összes fehérjetartalma 672 N mg%. Fibrinogen 80 N mg%, globulinok 280 N mg%, euglobulin 168 N mg%, pseudoglobulin 112 N mg%, abumin 392 mg%. Vércalcium-tartalma 11.1 mg%, vérphosphor 4 mg%.



2. ábra. Kezelés előtt.

Eddigi kezelése harmad-negyed naponként ismételt vérátömlesztésből, a közbeeső napokon dextrose intravenás befecskendezéséből, napi 300 mg C-vitamin és 10 mg B-vitamin parenteralis beviteléből állott. Ezenkívül az élesztő és a tök összes vitaminjait tartalmazó *naturamin* (Richter)-ből kapott napi 5 g-ot. Étrendjéből a tejet teljesen elhagytuk, helyette reggelijét és uzsonnáját sója-liszttel készítettük (150 g malátakávéfőzet + 150 g 3%-os rizsnyákfőzet + 20 g sójaliszt + saccharin). Főztáplálékát minél nagyobb tömegben fogyasztandó alma és zsirmentesen készült főzelékek képezték. Cukrot és lisztet semmi alakban nem engedélyeztünk. Kezdetben húst sem kapott, később a sovány húsféléket az étrendbe iktattuk.

A nagyfokú adynamia, a vérnyomás süllyedése, a csekély vércukorérték és a lapos vércukorgörbe arra indított bennünket, hogy az eddigi kezelést mellékvesekéregkezeléssel egészítsük ki. Naponta 2 ccm, az egész kezelés alatt összesen 124 ccm *cortigen* (Richter)-t fecskendeztünk be izom közé.

XI. 13—XI. 27. A súlygörbe fokozatosan emelkedni kezd. Két hét alatt a súlygyarapodás 3.5 kg. Ötnapi kezelés után az éhezési vércukor 79 mg%. 0.5 mg adrenalin terhelés után 30':95 mg%, 60':82 mg%, 120':46 mg%. Maradék N 30 mg%. Etvágya jobb, élénkebb. A székletek még változatlanok.

XI. 28—XII. 13. Súlygyarapodás 1.3 kg. Vérnyomása 80/60 RR. Éhezési vércukor 76 mg%. Négy egység insulin befecskendezése után 30':61 mg%, 60':54 mg%, 120':79 mg%. Vércalcium 11.1 mg%, vérphosphor 4 mg%.

Étrendjéből a sója-kávét elhagytuk, helyette capho-sein rizsnyák-malátakávé-tápeukor keveréket kap. Az étrend egyébként változatlan.

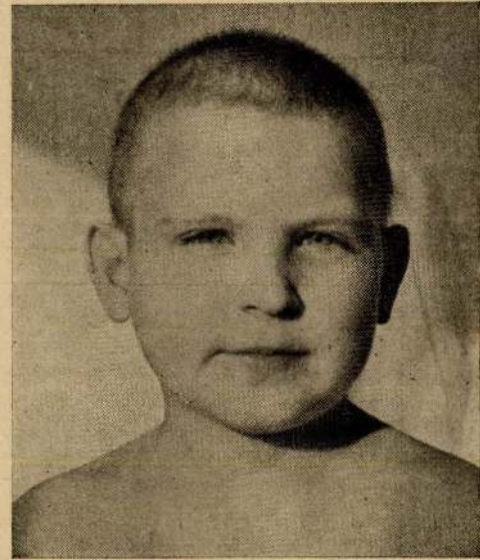
XII. 14—I. 1. Élénk, környezete iránt érdeklődik, beszélget. A székletek még nagyfokúak (napi mennyiség 600—800 g), de kevésbé vizesek. Vérnyomása 85/65 RR. Vv. szám 3.400.000, Hgb 60%. Vérkálium 43 mg%, vérnátrium 364 mg%. Az eddigi kezelést változatlan fenntartása mellett 3—4 naponként 6 ccm Exheparinjekciót adunk (összesen 114 ccm). Súlygyarapodás 1.0 kg.

I. 2—I. 21. Súlygyarapodása 3 kg. Élénk, jókedvű, mozgásképesége megszűnt. Vérnyomása 105/85. Éhezési vércukor 85 mg%, 20 g dextrose elfogyasztása után 30':121 mg%, 60':109 mg%, 120':85 mg%. Alapanyagcsere

+ 26%. A székletek puhák, de formáltak, napi mennyiségük 200—300 g.

I. 22—II. 5. Vérkálium 26.77 mg%. Közérezete igen jó, fennjár, vidám, játékos. Súlygyarapodása 0.60 kg. Vércalcium 11.5 mg%, vérphosphor 5.5 mg%. Székletek formáltak, még zsírfényűek.

II. 6—II. 20. Súlygyarapodás 1.2 kg. Vércukor 101 mg%. 1/2 ccm adrenalin befecskendezése után 30':113 mg%, 60':99 mg%, 120':96 mg%. Vv. szám: 3.960.000. Az étrendbe napi 12 darab kekszét iktatunk. Széklete nem



3. ábra. Kezelés után.

romlik. Próbareggeli 7/26. Cortigen-, Exhepar- és vitamininjekciókat elhagyjuk.

II. 21—III. 7. Súlygyarapodása 1.2 kg. Az eddigi étrendhez napi egy zsemlyét kap. Széklete összeálló. Mikroszkóp alatt: kevés rost, sok zsírszemce, helyenként lugollal kékre festődő keményítőszemce.

III. 8—III. 18. Az étrendbe napi 4 deci tejtartunk. Súlygyarapodása 0.4 kg. Haskőrfogat 65 cm. Vv. szám 4,040.000. Hgb. 88%. Széklet formált. Vidám, jókedvű. Vérnyomás 105/80 RR. Elhagyja a kórházat. (1 b) és 3. ábra.)

A gyermek a krízis kibontakozásakor került klinikai megfigyelésre. A krízis tetőfokán a kórkép előtérben mellékvesekéregkiesési tünetek: nagyfokú adynamia, vérnyomás- és vércukorszintcsökkenés állottak. A vérkáliumsint emelkedése, a vércukorszint resistentiája adrenalinval és fokozott érzékenysége insulinval szemben még a javulás alatt is kimutatható volt.

A krízis kibontakozását a zsír-, cukor- és lisztmentes étrend, a vérátömlesztések, erélyes B₁ és C-vitaminkezelés nem tudta feltartóztatni. Mellékvesekéregkivonat befecskendezése után a javulás azonnal megindult. Naponta 2 ccm, összesen 124 ccm Richter f. Cortigen-t kapott izomba. A kéregkiesési tünetek visszafejlődését nyomon követte a súlygörbe emelkedése és a székletek megváltozása. Öt-hónapi orvoslás után a testsúly 15.8 kg-ról 27.9 kg-ra szaporodott. A krízis alatti 49 m% vércukor 101 mg%-ra, a vérnyomás 70/45-ről 106/85 Hg. mm-re, a vérphosphor érték 4 mg%-ról 5.5 mg%-ra emelkedett, a vérkáliumsint 43 mg%-ról 26.77 mg%-ra esett. A kezelés alatt a székletek fokozatosan formálttá váltak, bár fokozott zsírtartalmuk a remissio után is kimutatható volt. A gyermek szénhidrát-tűrő képessége kielégítővé lett. A kezelést később máj-befecskendezésekkel (összesen 114 ccm májkivonat i. m.) egészítettük ki. (4. ábra.)

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tansz. főorvos

A prostatahypertrophia transurethralis resectiójával (tr. r.) szerzett tízéves tapasztalataim.

Mielőtt Európában a tr. r.-t megkezdtek, a szokványos műtét a Freyer-féle prostatektomia volt. A műtét egyik későbbi tökéletesített formája a Harris-féle műtét. A kérdés tehát az, hogy a tr. r. ezeket az eljárásokat feleslegessé teszi-e vagy csak kiegészíti? Hogy erre a kérdésre megfelelhessünk, legelőször azt kell vizsgálat tárgyává tennünk, hogy melyik beavatkozás terheli a beteget jobban, vagyis hogy melyik életveszélyesebb. Másodsor megállapítandó, hogy az ektomia vagy a resectio minden esetben alkalmazható-e. Kétségtelen, hogy úgy a vesicalis, mint a perinealis ektomia a szervezetnek nagy megterhelést jelent. Nyugodt lelkiismerettel a műtétet csak egy bizonyos százalékban végezhetjük (Kirschner szerint kb. 45%-ban), egyébként a műtét halálzási arányszáma igen magas. Ezzel szemben a tr. r. majdnem kivétel nélkül, minden esetben alkalmazható. Kivételt csupán a következő esetek képeznek: egészen rossz veseműködés, szívelégtelenség, általános testi gyengeség és olyan rendkívüli nagy prostatadaganatok, melyek a műszer bevezetését lehetetlenné teszik. Ilyen állapotban azonban ma már csak a betegek alig 1—2%-a jut az orvos elé. Az ektomia halálzási arányszáma a kiválasztott esetekben is eléri a 2—10%-ot, a nem kiválasztott esetekben a 20%-ot. A Harris-féle műtétet sem változtat sokat ezen a statisztikán, bár Harrisnak magának 407 eset közül 2,7%-os halálzási aránya volt. Ezzel szemben a tr. r. halálzási aránya 15.277 eset alapján számítva — amerikai statisztika szerint — 2,7%. Az európai statisztikák halálzási arányszáma valamivel magasabb, egész 10%-ig terjed. Megfelelő műszer használata és bizonyos gyakorlat mellett még a ki nem választott esetekben sem haladja meg a halálzási arányt a 2—4%-ot. Az ektomia tehát halálzási szempontjából legkevésbé sem ideális műtét. Sok szerző azt állítja, hogy az ektomia azért ideális műtét, mert utána sem hólyaghurut, sem recidiva nem lép fel. Ez azonban sajnos nem áll. Az ektomiák után is előfordulnak recidivák kb. 2%-ban. A tr. r. után fellépő recidivák a Mayo-klinika 1913—35-ig terjedő anyagában 2,7%-ot tesznek ki, tehát nem sokkal több, mint az ektomiák után. Ami a későbbi eredményeket illeti, Henninger kimutatta, hogy a Denk-klinikán hólyagokat operált 208 eset közül 68% teljesen gyógyult, 18% javult és 14% nem kielégítő eredményt mutatott. Látjuk tehát, hogy a radikális műtétnek is lehetnek rossz eredményei és későbbi complicatiói. Hangsúlyoznom kell, hogy az ismételt resectiók sokkal egyszerűbben kivihetők, mint az elsők, mert kevésbé veszélyesek, a vérzés kisebb és a sphincter tágult; a műszer könnyen bevezethető és az intravesicalis műtét könnyebb. Ezzel szemben az ismételt ektomia sokkal nagyobb beavatkozás, mint az első. Joggal állítják, hogy az ektomia után a veseelégtelenség visszafejlődik. Ugyanez azonban resectio után is beáll, ha azt jól végeztük. (Ha a prostatadaganat a hólyag fundusát erősen megemeli,

előfordulhat, hogy az ureter a nyílásban megtörik vagy hogy az ondósinór az uretert hurokba fogja. Ilyen esetek ugyan ritkán fordulnak elő, de könnyen a felső húgyutak pangására vezethetnek. Első esetben bő resectióval ugyanazt az eredményt érhetjük el, mint ektomiával. A második esetben kizárólag az ektomia javalt.)

Mi a helyzet a prostata-carcinomát illetően?

Saját és amerikai szerzők tapasztalata alapján azt hiszem állíthatom, hogy a prostata-carcinomának legideálisabb műtete a tr. r. A műtét könnyen elvégezhető. A kemény, beszűrődött szövet alig vérzik, erős a gyógyulás tendenciája, aránylag keveset kell eltávolítani és a vizeletkiürítés már megindul. Igaz ugyan, hogy egy bizonyos idő után, — 3—6 hónap — némelykor egy év után recidiva keletkezik, de az újabb resectio ismét a panaszok enyhüléséhez vezet. Ily módon sikerült némely beteget 3—5 évig, sőt egy esetben 10 éven keresztül megfigyelés alatt tartani. A betegek közérzete zavartalan volt, munkájukat elvégezték és betegségük rosszindulatú volta sohasem jutott tudatukra. Szeretném a figyelmet arra felhívni, hogy a betegekre gyakorolható pszichikai befolyás sem hagyható figyelmen kívül. A beteg a resectio után tökéletesen gyógyultnak érzi magát és ha recidiva keletkezik, úgy ezt a műtét tökéletlenségének tudja be.

Mi a helyzet az ú. n. sphincter-sklerosis kérdésében? Sokaknak az a véleménye — tekintve az itt elért jó eredményeket — hogy a sphincter-sklerosis legajánlatosabb gyógyítási módja a tr. r. Rubritius és Chwalla ezzel szemben azon a nézetben vannak, hogy a sphincter-sklerosis esetén ajánlatosabb a sphincter ék alakú kimetszése vagy bizonyos esetekben a hólyagnyak teljes kiirtása Marion eljárása szerint. Azonban ezek a szerzők is belátják, hogy ezen eljárások mellett recidivák époly gyakran keletkeznek, mint a tr. r. után. Saját tapasztalataim azt mutatják, hogy ha a sphincter-sklerosis esetén a kimetszést megfelelő mértékben végezzük és nemcsak közepéből metszünk ki, hanem mindkét oldalon bemetszéseket végzünk, úgy az eredmények majdnem mindig jók, recidivák — feltéve, hogy a detrusor működésképes — ritkán fordulnak elő.

Nem volnék tárgyilagos, ha a resectio hátrányait elhallgatnám. Ezek a következők: a vérzések, műtét alatt vagy után, súlyos hólyaghurutok, septikus állapotok, ascendáló pyelitis vagy pyelonephritis és a már említett vizeletelégtelenség. Más complicatio, mint pl. hólyagfalátfúrások — átégetések — nem említhetők a módszer hátrányaként, mert csak igen kevés gyakorlattal rendelkezőknél fordulnak elő. A vérzés üteres vagy szívargó lehet. Már a műszer bevezetésére olyan erős vérzés támadhat, hogy a látást zavarja, sőt a műtét kivitelét is lehetetlenné teszi. Ezen a helyzeten úgy segíthetünk, hogy tágult vénák esetében ezeket előbb coaguláljuk és a resectiót csak egy második ülésben végezzük el.

Az arteriális vérzést coagulatio útján könnyen elállíthatjuk, továbbá azzal, hogy az egész műtétet vízóblítás alatt végezzük. Erre a célra egy sterilizációs készüléket használunk, amely 2 db 20 liter ürtartalmú tartályból a szükséges vízmennyiséget

automatikusan szolgáltatja. Ily módon a vérzések rendszerint gyorsan elállíthatók. Közvetlenül a műtét után a beteg 10%-os konyhasóoldatot és urotropint intravenásan, intramuscularisan calciumot kap. Ezen elővigyázatossági rendszabály betartása mellett összesen 2 esetben kényszerültem az erős, csillapíthatatlan hólyagvérzés miatt magas hólyagmetszést végezni.

Fel kell még hívnom a figyelmet az utóvérzésekre, amelyek rendszerint 8—10 nappal a műtét után keletkeznek, főleg akkor, ha túlnagy darabokat távolítottunk el, vagyis ha a nekrotikus felület túl nagy. Ezért én a több ülésben végzett műtétek híve vagyok. Igen nagy adenomák esetén 4—5-szöri resectio ajánlatos vagy pedig ettől eltekintve ektomiát kell végeznünk. A resectio egyetlen komoly hátrányát a gyakran igen csökönös, műtét utáni inerustáló hólyaghurutban látom, amely a betegnek igen sok kellemetlenséget okoz. Megelőzhetjük ezt, ha a hólyag nyálkahártyáját a műszer hőhatásától megvédjük. A műtét utáni septikus állapotokat úgy előzhetjük meg, ha az esetleg meglévő prostatagyulladás és prostatatályog kezelését csak gáttáji feltárástól elkerüljük és teljes gyógyulás után végezzük a resectiót. Az ascendáló pyelonephritis rendszerint olyan esetekben fordul elő, amikor a felső húgyutak tágultak és a vizelet visszafolyása lehetséges. Ilyen esetekben főleg arra kell vigyáznunk, hogy a hólyagot ne töltsük meg túl erősen vízzel.

A következőkben összefoglalom a tr. r.-val az utóbbi 10 évben elért eredményeimet:

417 eset közül:
364 prostata hypertrophia,
25 sphincter sklerosis,
23 carcinoma,
5 tabes volt.

A resectiót 1 ülésben 304 esetben, 2 ülésben 90 esetben, 3 ülésben 223 esetben végeztem.

Eredmény:

residium 0:	311 esetben (75%)
50—100 cm ³	49 esetben (12%)
100—200 cm ³	29 esetben (7%)
200 cm ³ felül	28 esetben (6%)

vagyis 87%-ban jó eredményt értünk el.

Kor szerint:

70—79 életévig	238 esetben
80—95 életévig	37 esetben

a többi 60—70 életév között volt.

A halálesetek száma 6 volt, melyek közül 1 uraemiában, 1 sepsisben, 4 szívgyengeségben halt meg. Halálozási arányszám: 1.6%.

Végül szeretném még röviden összefoglalni azokat az eseteket, amelyek nézetem szerint resectióra nem alkalmasak:

1. A húgycsőnek veleszületett vagy szerzett nagyfokú szűkülete, amely a műszer bevezetését megakadályozza. (Igen ritka, általam 2 esetben észlelt eset.)

2. A prostata hypertrophia által keletkezett igen erős urethra-deformatio. (Szintén igen ritka.)

3. Igen nagy prostatadaganatok, amelyek útjában állanak a műszer bevezetésének.

4. Azon prostatadaganatok, amelyeket csak számos resectio útján tudnánk eltávolítani, melyeknél tehát a vérzés és nekrosis veszélye igen nagy.

(Egy esetben az ektomia útján eltávolított daganatos tömeg súlya 450 g volt).

5. Az urethra leszorítása a vas deferens által.

Mindezen contraindicációk anyagomban összesen a 10%-ot sem érték el, úgyhogy a resectiót 90%-ban végeztem el. (A Mayo-klinika 99%-ban végzi el a műtétet.)

(Hangsúlyozni kívánom még, hogy a hólyag-sipoly nem képez contraindicációt, mert egy jól záró Pezzer-kathéter mellett a resectio jól elvégezhető. Magamnak is 4 ilyen esetem volt.)

Farkas Ignác dr.
kórházi igazgató-főorvos.

Anaemiák a gyermekkorban.

A gyermekkorban, különösen pedig a korai gyermekkorban előforduló haematologiai jelenségek sok vonatkozásban merőben különböznek a felnőttkorban észlelhető kórképektől mind kórtani, mind pedig alaklatni szempontból. Ennek a különbségnek oka egyrészt a gyermekkori vérkép physiologiás sajátossága, másrészt a gyermeki szervezet különleges reagálóképessége, harmadsorban pedig az a körülmény, hogy a gyermekkorban olyan ártalmak szerepelhetnek kórként, amelyek a felnőttkorban vagy ismeretlenek, vagy legalább is lényegesen lefokozott formában és jelentőségben fordulnak elő.

Ismeretes, hogy az egészséges újszülött vérének vöröss és fehér véresejtszáma, különösen pedig haemoglobintartalma magasabb a felnőttkorban megszokottnál. Az erythrocytosis és az emelkedett haemoglobinérték azonban hamarosan csökken, nem egyszer a normalis szint alá, a hyperchromia hypochromiába megy át, míg a magasabb fehérvéresejtszám rendszeren hosszú hónapokig megmarad. Az élettani szint alá süllyedt haemoglobin- és vörösvérsejt-érték a 3—4. hónapban ismét spontán emelkedésnek indul. Továbbra is fennmarad azonban a gyermeki csontvelő hevesebb reactiókészsége a legkülönbözőbb ártalmakra. Ez az erősen fokozott reactivitas már aránylag csekély ingerekre heves ingerülettel felel, amely abban nyilvánul, hogy a keringő vérben magas vörösvérsejtek, erythroblastok jelennek meg, a leukocyták száma lényegesen megszorodik, a balratolódás igen jelentős, rendszerint a myelocyták megjelenéséig. Ezek a tünetek tehát a gyermekkor első szakában lényegesen kisebb jelentőségűek, mint aminők a későbbi gyermek- vagy felnőttkorban. Ugyanezt kell mondanunk a lépduzzanatról, mely a gyermekkori anaemiák gyakori kísérő jelensége.

Érdemes megemlíteni, hogy koraszülötteken a születés utáni élettannak tekinthető vörösvérsejt- és haemoglobincsökkenés minden esetben lényegesen jelentősebb, úgyhogy a Sahli-érték 50%-ig is süllyedhet. Az első negyedév betöltése után normalizálódás indul meg, mely azonban lassúbb, mint a nem koraszülötteken.

A vérszegénységet okozó gyermekkori ártalmak egész sorát ismerjük, amelyeknek a felnőttkor pathológiájában nincsen vagy alig van szerepük. Ilyenek a veleszületett vérbaj, a különböző táplálkozási zavarok és ártalmak, jelentéktelenebb fertőzések (pyuria stb.), néha angolkór és egyebek. Mindezek nemcsak mennyiségileg, de minőségileg is lényegesen eltolhatják a vértípust. Ennek a ténynek ismerete azért fontos, mert megóv attól a tévedéstől, hogy egy-egy ilyen nonspecificus reactiót önálló kórképnek tekintünk. Azt is ki kell emelnünk, hogy a gyermek-

kori vérképzőrendszer fokozott ingerlékenysége folytán a haematologiai elváltozás többnyire panmyelopathiás jellegű, vagyis a legritkább esetben korlátozódik a vérképző rendszerek egyikére s a kóros erythrocytáék mellett többnyire a leuko- és lymphocyta kóros elváltozásai is megtalálhatók.

Az esetek egy részében az anaemia hypochrom-mikrocytás, az anisocytosis mellett rendszerint polychromasia, nem egyszer reticulocytosis és erythroblastosis is jelentkezik. Ennek az anaemiának a legegyszerűbb formáját a *tehéntejjel* táplált egyes csecsemőkön találhatjuk. Eleinte csak a haemoglobin fogy meg, amit későbbi stadiumban a vörösvérsejtszám csökkenése is követ, de úgy, hogy az anaemia mindig kifejezetten hypochrom marad. Valószínűleg nem tisztán az egyoldalú vasszegény táplálkozás, hanem egyéb tényezők (fertőzések, alkat) is hozzájárulnak a vérszegénység kifejlődéséhez. A *kecsketejen* táplált csecsemő gyakrabban válik vérszegénnyé, mint a *tehéntejen* tartott. A vérkép az esetek egy részében megfelel a *tehéntejanaemiának*, míg más esetekben a Biermer-anaemiára emlékeztető jellegzetes vonásokat mutat, ez a kép *kecsketejanaemia* néven ismeretes. A vérben — szemben a *tehéntejanaemiával* — a vörösvérsejtek megfogása kifejezettebb, mint a haemoglobiné, vagyis a színindex az egység felett van. Az anaemia igen nagyfokúvá válhat. Emellett aniso-poikilocytosis, polychromasia, normoblastosis, makrocyták megjelenése tarkítja a vérképet. A gyakran jelentkező glossitis méginkább fokozza a perniciosás anaemiával összetévesztés lehetőségét. A csecsemő dystrophiássá válik, az arc viaszszárga, gyakoriak az oedémák, petechiák. Feltűnő, hogy az alimentaris anaemia e formája inkább májra, mint vasra reagál.

Ritkább esetben a kecsketejen táplált csecsemő anaemiája azt a képet mutatja, amelyet első leíróról *Jaksch—Hayem-féle anaemia*, morphologiai képeről pedig *anaemia pseudoleukaemica infantum* névvel szokás megjelölni. Valószínűleg idetartoznak *Leube »leukanaemia«*-esetei is. Téves lenne ezt az anaemiaféleséget valamely sajátlagos kórokra jelentkező ingerületnek tekinteni, méginkább téves lenne önálló kórképnek nevezni, mivel a *Jaksch—Hayem-anaemia* a fokozottan reactibilis szervezet aspecifikus válasza a legkülönbözőbb, sokszor complex ingerekre. A vörösvérsejtek és a haemoglobin megfogása jelentős, a színindex az egység körül van, többnyire ennél alacsonyabb, néha magasabb. A keringő vérben nagyszámú magvas (normoblastok, makroblastok), polychromasiás és basophil-pettyes vörösvérsejt található. A leukocytaszám nagymértékben emelkedett, a balratolódás pedig olyan extrém (myelocyták és myeloblastok), aminőt felnőttkorban csak leukaemiában találunk. Feltűnő a bőr sárgás sápadtsága és a lépduzzanat. A súlyos vérkép ellenére a gyermek közérzete többnyire csak mérsékelten zavart.

Valószínűleg heredodegeneratiós alapon fejlődik ki az igen ritka *Fancohi-féle constitutiós infantilis perniciosuszerű anaemia*. A feltartóztathatatlanságul progrediáló súlyos vérszegénység hyperchrom-makrocytaer típusú. A leuko- és thrombocytaszám is csökkent, a haemorrhagiás diathesis végigkíséri a lefolyást. A heredodegeneratiós eredet mellett szól, hogy a betegen sokszor korsképződményeket — mikrocephalia, oligodaktylia, hereaplasia, kóros pigmentáltság — is találunk.

A specialisan a gyermekkorban jelentkező anaemiák közé tartozik az a vérszegénységi forma

is, amely a *Hertertől intestinalis infantilismus (Lehdorff-féle coeliakia)* néven leírt kórképben észlelhető. Az anaemia, amely valószínűleg a bélből történő felszívódás zavarának következménye, az esetek egy részében hyperchrom-makrocytaer jellegű és ilyenkor az anaemia perniciososa vérképét utánozza (*Adler: anaemia pseudoperniciosa infantum*), más részében hypochrom-mikrocytás. A leukocytaszám többnyire csökkent, gyakori a hypersegmentatio, néha azonban a fehérvérkép normalis. Thrombopenia nincsen. A betegség valószínűleg azonos a felnőttek trópusi *sprue*-jával, a tünetek nagyjából azonosak: heves zsíros hasmenések, bőrpigmentatio, osteoporosis következményes csonttörésekkel stb. A lényeges különbségeket csupán a beteg kora teszi.

Kizárólag gyermekeken fordul elő a kétségkívül alkati jellegű *Cooley-féle betegség*, az ú. n. *mediterranaemia*, ámbár lehet, hogy felnőtteken csupán azért nem észlelhető, mert a betegek nem érik el a felnőttkort (*Schulten*). Elnevezése onnan származik, hogy eddig úgyszólván csak a Földközi-tenger mentén élő népeken (olasz, görög stb.) s ezek utódain (pl. Amerikába vándorolt olaszok gyermekein) észlelték. Az anaemia rendszerint az első élethónapokban jelentkezik s feltartóztathatatlanságul súlyosbodva 1—2 év alatt halálos kimenetelű. A nagymértékben megfogyatkozott vörösvérsejtek igen nagyfokú aniso-poikilocytosist mutatnak, a vérkép jellemzője azonban a rendkívül nagyszámú erythroblast, mégpedig a vörösvérsejt-érés különböző stadiumaiból (normo, proerythroblastok, állítólag megaloblastok is). A reticulocytosis ugyancsak nagyfokú. A fehérvérsejtszám jelentősen magas. Nagy lépduzzanat szabályszerű. Rendszerint osteoporosis és a koponyacsontok specialis elváltozása is jelentkezik, mely utóbbi az arcnak sajátságos mongoloid jelleget adhat.

Fentiekben csak a specialisan gyermekkorban előforduló anaemiaféleségeket ismertettük. Természetes, hogy gyermekeken a haematológiából ismeretes egyéb anaemiaformák (essentialis, hypochrom anaemia, constitutiós haemolysises anaemia, posthaemorrhagiás anaemia, toxikus anaemiák, stb.) is előfordulhatnak. Valódi Biermer-anaemia azonban a kisgyermekkorban ismeretlen.

Detre László dr.
OTBA főorvos.

Megfigyelések a gonorrhoea ultraseptyl-kezelésében.

A sulfonamidok alkalmazása a betegségek kezelésében ma már olyan hatalmas irodalommal rendelkezik, amelyet nem hogy közölni, de szinte figyelemmel kísérni sem lehet. Még a gonorrhoea gyógyításában is annyiféle vegyi összetételű készítmény s vele egyidejűleg olyan sok közlemény lát napvilágot, hogy ezek összefoglalására sem vállalkozhatunk. Meg kell azonban említenem, hogy minden venerologus igen megörvendezett a thiazol-vegyületnek, amely nálunk ultraseptyl néven került forgalomba. Benne egy aránylag gyenge toxicitású, de igen erőteljes és eredményes hatású gyógyszert kaptunk, amely az irodalomban ismert magas százalékos eredményezett a gonorrhoeában gyógyulást egy vagy legfeljebb két lökés után és hosszú ideig nem láttunk sem complicatiót, sem recidivát.

Az utóbbi időben azonban egyre gyakrabban jelentkeznek esetek, ahol a két ultraseptyl lökés teljesen eredménytelen, sőt vaccinával kombinálva is a váladék pozitív, a vizelet gennytartalmú marad, amelyhez prostatitis és epididymitis is társul férfiakon. Azonkívül feltűnő a puellák kórházi kezelésében az is, hogy néhány napi átmeneti cervixváladék negativitás többnapig megfigyelés és provocatio után ismét pozitíva fordul, megváltozott és degeneratiót mutató gonococcusokkal. Ez a megfigyelés is újabb keletű.

Keresve az összefüggést a két tényállás között, arra kellett gondolnom, hogy valamilyen oknál fogva a gonococcus ultraseptyl resistens formában jelenik most meg, hogy ez a gyógyszer talán a helytelen és túlzott vagy indokolatlan használat következtében elveszítette hatékonyságát. Feltevésemet igazolni látszik az a körülmény, hogy a harmadik lökésben adott pyridinszármazék vagy terpentín és tej intramuscularis adagolása a resistens esetekben is jól beválik. De miért éppen az ultraseptylrel szemben mutatkozik ez az eddig nem tapasztalt resistencia — kérdezhetnők. Erre a választ az a megfigyelés adta meg, hogy az utóbbi időben a rendőri felügyelet alatt álló lányok és az általuk megfertőzött férfiak gyógykezelése körül támadtak nehézségek. Az ultraseptylrel történt visszaélést tehát itt kell keresnünk és kiderült, hogy a rendőri felügyelet alatt álló lányok, majdnem kivétel nélkül, minden vizsgálati nap előestéjén és reggelén 4—6 tabletta *ultraseptyl*t vesznek be, hogy a vizsgálatot végző és gócsövileg ellenőrző szakorvost megtevésszék s ez sikerül is a legtöbb esetben, mert az ultraseptyl-tükörnek a vérben emelkedésével a váladék ideig-óráig negatív lehet, hogy azután ismét pozitívvá válják és fertőzzen. Ezt a műveletet a mai óvszermentes időben sokan gyakorolják abban a téves hitben, hogy ez megóvjá őket a fertőzéstől s főleg az orvosi vizsgálat leleplezésétől, ami a legfőbb cél. Arra persze nem gondolhatnak, hogy ezzel a helytelen eljárással nemcsak a betegséget terjesztik, hanem a gonococust gyógyszerellenállóvá teszik és a saját szervezetüknek is ártalmára vannak.

A rendőri felügyelet alatt állók leszoktatása e gyógyszerek indokolatlan szedéséről már nem fog nehézségekbe ütközni, mert a sulfonamidok kimutatása a vizeletben igen érzékeny és könnyen elvégezhető reactio.

Ma minden ilyen puellavizsgálatot úgy végezzük, hogy először egy kémcsőbe 3 ujjnyi vízbe 8—10 csepp reagenst (P-dimethyl-amino-benzaldehid 3.00 Aqua dest. 100.00 dein adde Acid. sulfuricum conc. 7 cm³) és kathéterrel vett ugyanannyi vizeletet öntünk, mire élénk sárga színváltozás áll be olyan zavarosodással, mint a sulfosalicyl fehérje reakciónál, ha sulfonamid van a vizeletben. Az ilyen esetben már nem kíváncsi az ember a cervixváladékra, hanem az illetőt egyszerűen bent fogja a kórházban többnapig megfigyelésre és sulfonamidmentesség után provokál és gócsövileg ellenőriz. Ha a puellák belátják, hogy többé nem érdemes ultraseptyl-t szedni, talán megváltozik a gonococcus törzsek magatartása is és az ultraseptyl újra bevonul a kiválóan alkalmas gonococcusgyógyszerek közé.

Polony Béla dr.,

a komáromi nemibeteg gondozó
főorvosa.

Kérdés — felelet!

Kérdés: Fiatal, 30—40 év körüli betegek, alacsony vagy közép vérnyomással, inkább astheniások, gyakran panaszkodnak, hogy járás vagy állás közben pillanatra megcsúsznak. Mi az oka? Mi a teendő?

Dr. G. P.

Felelet: Állatok, melyek vízszintes testtartáshoz vannak szokva, elpusztulnak, ha hosszabb ideig függőleges helyzetben tartjuk őket. Ilyenkor ugyanis a vér a test alsó részeiben gyűlik össze, a szív nem kap elegendő vért és a keringés súlyosan megromlik. Emberen a vasomotorok működése gondoskodik arról, hogy a test felső részei is megkapják álló helyzetben a szükséges vérmennyiséget. Bizonyos esetekben azonban a vasomotorok működése tökéletlen. Így a hypophysis elülső lebenyének az elégtelenségében, Addison-kórban, reconvalescens betegekben, a sympathicus idegrendszer megbetegedéseiben észlelhetünk orthostatikus collapsust. Hasonló a helyzet egyes astheniás, egyébként teljesen egészséges emberen is. Ezek a hosszabb állás után, például röntgenernyő előtt szédülnek, nem egyszer collabálnak. Az esetek egy részében laza hasfalú egyénekről van szó, úgyhogy lehetséges, hogy a hasizomzat csökkent tonusa is szerepelhet a keringés zavarának létrejöttében. (Részletesen lásd *Gömöri Collapsus és shock*, Orvosképzés 1941. külömfüzet.) A teendő: edzés, az izomzat fejlesztése, esetleg ephedrin.

Gömöri dr.

Kérdés: 1. Köteles-e az operáló orvos minden kozmetikai műtét, így tehát orrplastikák előtt is anamnesist felvenni, hogy ily módon az esetleges előrement más operáció csúnya hege által figyelmeztetve legyen az operálandó rossz hegesezési hajlamára s köteles-e ilyen esetben az operálandót az esetleges csúnya hegesezésre (keloid) figyelmeztetni?

2. Ha az operációt szabályosan intranasalisán végzik, képződhet-e az orrot borító bőrön kívül heg?

Dr. L. J.

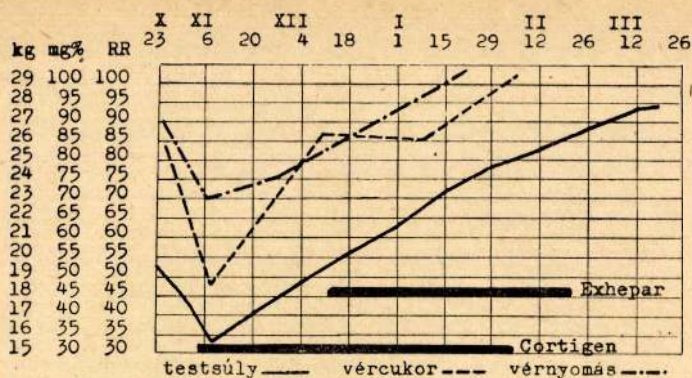
Felelet: Ad 1. Mivel az általános sebészet szabályai az összes kozmetikai operációkra, tehát az orrplastikákra is vonatkoznak, természetesen, hogy a orrplastikák előtt is köteles az operateur pontos anamnesist felvenni, sőt még gondosabban kell felvenni az anamnesist, mint egyéb műtétek előtt, mert a kozmetikai műtétek célja nem életmentés, hanem torzulások, hibák eltüntetése. A kórelőzmény felvételekor különös figyelemmel kell lenni egy előrement műtét hegesezésére s az esetleg várható csúnya hegesezésre (keloid) nyomatékosan kell figyelmeztetni az operálandót (műtéti nyilatkozat aláírása), mert csak így mentesíthetjük magunkat esetleges kellemetlen következményektől.

Ad 2. Ha az orrplastikákat a J. Joseph által 1904-ben leírt módon, azaz intranasalisán, a műtéti szabályok szigorú betartásával végezzük, akkor az orrot fedő bőrön heg nem képződhetik.

Erczy Miklós dr.

Helyreigazítás.

Az O. Gy. K. 32. számában Fritz dr. *Csecsemőkori mesterséges táplálás* c. cikkében a 63. oldal 33-ik sora helyesen így olvasandó: 100 gm színtej kalória értéke 65, caphoseinnel 70.



4. ábra.

A sprue aetiologiája és pathogenesise még ma sem tisztázott. Valószínű, hogy az esetek egy részében a bántalom kifejlődését alkati adottság elősegíti. Többször figyelték meg a betegség familiáris voltát. Ebből többen arra következtettek, hogy kóroka az egész emésztőrendszernek familiárisan öröklődő működési gyengesége. Ilyen ok azonban nehezen tételezhető fel azokban az esetekben, ahol a betegség csak a későbbi gyermekkorban, vagy egyenesen a felnőttkorban jelentkezik először. Hasonlóan nem igazolódott az elmélet sem, hogy a sprue lényege idült bér fertőzés. Igaz ugyan, hogy a betegség nem egyszer a dysentria folytatásaként jelenik meg, de a bakteriológiai vizsgálatok nem mutatnak arra, hogy idültté vált dysenteriáról lenne szó. Azt kell feltenni, hogy ilyen esetekben a dysentria következtében állott elő valamilyen ok, ami a betegséget fenntartja. Egyesek vitamin hiányban látják a kórokozót. A kórképhez tényleg hozzá tartoznak B- és C-vitaminhiányra mutató tünetek, de ezek az idült hasmenés természetes következményei. Mohr egy sprue esetében azt találta, hogy a reticulocyták csak a C-vitamin intravenás bevitele után szaporodtak meg, belsőleges után nem. A sprue-ban talált C-vitamindeficitet tehát a bélből történő felszívódás elégtelensége okozza. Freise és Walenta malacokon a ganglion coeliacum kiirtása után a sprue-hoz hasonló kórkép megjelenését látták. Rietschel a betegség lényegét a vékonybél endogén bakteriális fertőzésében látja. Szerinte az idült hasmenést a saprophita bélbaktériumoknak a szabály szerint steril vékonybélrészletekben történő huzamos megtelepedése tartja fenn.

Egészen új utakon jár Verzár magyarázata. Ő patkányokon mellékvesekiirtás után sprue-szerű hasmenést észlelt. Szerinte a cukor és a zsír felszívódásának feltétele az ép mellékveseműködés. A cukor és a zsír a bélből nem változatlanul szívódnak fel, hanem előzetesen a bélnyálkahártyán keresztül phosphorsavszterré alakulnak át. Ezekben a folyamatokban a flavinphosphorsav, a Warburg f. sárgaferment, mint közvetítő, fontos szerepet játszik. A lactoflavin viszont Verzár szerint a mellékvesekéreg behatására »phosphorilálódik« és lesz a szervezetben a fehérjével együtt sárgafermentté. A mellékvesekéreg hormon a biokatalysator szerepét játssza, melynek főfeladata a lactoflavin flavinphosphorsavvá alakítása. Mellékvesekéreg kiesés tehát végeredményben a cukor és a zsír tökéletlen felszívódására vezet. Verzár a sprue lényegét a mellékvese elsődleges bántalmában látja.

A coeliakia és a sprue kórképében kétségtelenül vezető szerepet visznek olyan jelek, melyek mellékvesekiesés esetén is megtalálhatók. Az esetek nagyrésztében feltűnik a bőr sajátságos sárgás-bronzos színe. Igaz, hogy az Addison-korra jellemző nyálkahártyapigmentáció mindig hiányzik. Glanzmann lehetne tartja, hogy a mellékveseelégtelenség kiegyenlítésére a bőr adrenalinszerű anyagot igyekszik termelni, mely a bőrben barnásan elszíneződik. Az osteoporosis, a növekedésben való elmaradottság, az anaemia, adynamia, hypoglykaemia, hypothermia, alacsony vérnyomás mind a mellékveseelégtelenségnek, mind a sprue-nak jellemző kísérői. Ez utóbbi négy tünet különösen a krisisek idején kifejezett és ilyenkor előtérbe lépnek a nagy vízleadást követő exsiccatiós tünetek is. Esetünkben nagyobb volt a vérkálium tartalma és a maradék N.

Arról mindenesetre lehet vitatkozni, hogy a mellékveseelégtelenség a betegség elsődleges oka-e, vagy csupán másodlagos jelenség, mint Rietschel tartja. Bármiképpen áll is a dolog, a mellékvesekéreg kivonattal történő kezeléssel, különösen a heveny krisisek idején, — mint esetünk is mutatja — érdemes kísérletet tenni. Esetünkben ép úgy, mint Schwartzert esetében, a szokásos kezelési módok csődje után, félreismerhetetlenül a mellékvesekéreg hormonkezelés indította meg és állandósította a gyors javulást.

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

- Orsós:** Vezérfonal a kórbontani, rendőri és törvényszéki boncoláshoz. 265 oldal és 10 oldal színes műmelléklettel 5.— P
- Soós Aladár:** Étrendi előírások IV. bővített kiadás 5.— „
- Horváth Boldizsár:** A gyakorló orvos orthopaediája. 230 old., 110 ábra és 16 old. műmelléklettel 4.— „
- Benderek István és Külley László:** Gyógymasszázs és mechanoterápia. 240 oldal, fűzve 4.— „

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

Erjedésszerű dyspepsiák gyógyítására évtizedek óta alkalmazza az orvosi kar a Krompecher-gyár kiválóan bevált és a csecsemőgyógyászatban ma már nélkülözhetetlen Caphosein elnevezésű, dús calcium- és phosphortartalmú tejfehérje készítményét. A Caphosein mindazon követelményeknek megfelel, amelyet az orvostudomány a tejfehérje készítményekkel szemben támaszt. Nagy előnye, hogy szagtalan, kolloidálisan jól oldódik, kellemes zsemlyeízű és a tej összes fehérjéit (caseint, lactalbumint és lactoglobulint), tehát mindazon fehérjéket tartalmazza, amelyek a szervezetnek nélkülözhetetlen építőanyagokat szolgáltatnak. Javallt mindazon esetekben, ahol a bélben fokozott erjedést kell meggátolni.

IRODALMI SZEMLE

BELGYOGYASZAT

Rovatvezető: *Gömöri Pál és Binder László.*

Mesterséges bőremphysema, mint ingerterápia. *Boller.* (Klin. Wochschr. 26. 1942.) Egy véletlen megfigyelés meglepő hatásából kiindulva több esetben csináltak 100–400 cm levegő befúvásával mesterséges bőremphysemát therapiás céllal. A befúvás mindig a beteg szerv fölötti bőr alá történt. Igen jó eredményt említenek peritonitis tuberculosában, pleuritisben. Elég jók voltak az eredmények colitises betegekben is. Az eljárás veszélytelen. Ajánlják minden olyan betegségben, melyben eddig is chemiai szerekkel, vagy hőhatással igyekeztünk a bőr ingerlésével gyógyulást létrehozni. (G. 15.) *Gömöri.*

Klinikai tapasztalatok egy új lanataglykosidával (Cedilanid). *Taeger—Seiffert.* (Klin. Wochschr. 1942. 13.) A digitalis lanata új glykosidjának, a Lanatosid C-nek (gyári néven Cedilanid) tulajdonságait a következőkben foglalják tapasztalataik alapján össze: a Cedilanid igen hatásos glykosida, melyet a betegek jól tűnnek; perorálisan és intravénásan egyaránt adható. Diuretikus hatása nagyobb, mint más digitálisglykosidké, talán még a strophanthinénál is nagyobb. Bradycardiás hatása kifejezettebb abszolút arrhythmiában, mint rhythmusos szív működésben. Adagja intravénásan 0.4 mg, per os naponta 3-szor 15 csepp; ezen adagok azonban veszély nélkül emelhetők. Indicatiós területe elsősorban a nagy oedemával járó esetek és a szapora rhythmusú perpetua. (G. 16.) *Gömöri.*

A hyperthyreosis befolyásolása oestromonnal (dioxidiaethylstilben). *Oberdisse és Leu.* (Klin. Wochschr. 1942. 14.) Ismeretes, hogy a sexualhormonok a hypophysis működésére esőkkéntőleg hatnak. Így feltehető, hogy hatásukra esőkken a thyreotrophormon elválasztása is. 16 oestromonnal kezelt hyperthyreosisos betegük közül a felének esetét lényegesen az alapanyagforgalma, 3-é

normális lett. Az alapanyagforgalom esőkkenését a többi klinikai tünet javulása, így testsúlyemelkedés is kísérte. Az oestromon-kezelést ajánlják minden esetben, amelyben a műtét valamilyen oknál fogva nem indikált. (G. 17.) *Gömöri.*

Májfunctio vizsgálatok. *Gohr és Schmitz.* (Klin. Wochschr. 1942. 5.) Galaktose és laevulose terhelés után a kiválasztásos próbák nem adnak megbízható eredményt. Sokkal megbízhatóbb eredmény nyerhető vércukorgörbék készítésével. Elhúzódo, különösen magasra emelkedő görbék májelégtelenséget jelentenek. A galaktosegörbe kóros esetekben a normalistól nagyobb eltérést mutat, mint a laevulosegörbe, így diagnostikai célra alkalmasabb. Tapasztalatuk szerint a terhelési próbák és a Takata reactio együttes alkalmazása módot ad a májfunctio kielégítő pontosságú megítélésére. (G. 18.) *Gömöri.*

SEBESZET.

Rovatvezető: *Guszich Aurél és Rhörer László.*

Az extrahepaticus epeutak dyskinesiaja alkalmával fellépett pancreaskövekről. *Dr. Heiz Griesmann.* (Bruns. Beitr. 172. 2.) A szerző beszámol az irodalomban előfordult és élőben diagnostisalt pancreas-kő esetekről, a diagnosis nehézségeiről, a betegség Rtg. diagnosisáról, a kövek anyagi összetételéről és a kőképződés módjairól. Egy betegének kortörténetét részletesen ismerteti, akinél Rtg. felvétel és gyomor-bél átvilágítás segítségével pancreaskövet állapítottak meg és emiatt megoperálták. A pancreas-követ parenchymás elhelyezettsége miatt eltávolítani nem lehetett. Ellenben eltávolították a tágult dyskinesias epehólyagot. A kőképződést ezen esetben a Vater papilla görese okozta, amit a dyskinesias epehólyag tartott izgalomban. Léközlésre érdemesnek találta ezen esetét, mivel ma is ritkaságszámba megy, hogy pancreaskövet az élőben kórisméznek, továbbá mindezüideig nem közöltek egy esetet sem, amelyben pancreaskő az epeutak dyskinesiaja miatt keletkezett volna. (G. 26.)

Kadosa László dr.

Puffadást okozó táplálék,
barnakenyér,
hüvelyesek stb. okozta meteorismust,
dyspepsiát

prompt szüntet

LUKULLIN

DRAGÉE DR. WANDER

Hemicellulase-t
tartalmazó hazai polyvalens
fermentkészítmény

60 LUKULLIN dragée ára P 3.—

DR. WANDER GYÓGYSZER ÉS TÁPSZERGYÁR R.-T. BUDAPEST

BÉHEXOS: CUKORINJECTIO B₁-VITAMINNAL

„CERTA” GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R.T. BUDAPEST

A rosszindulatú heredaganatokról. *Dr. Julius v. Szelezky.* (Brüns. Beitr. 172. 2.) A here rosszindulatú daganatai kiindulhatnak a here saját sejtjeiből (sarcoma, carcinoma, seminoma és közti-sejtdaganat. és idegen sejtékből, amelyek a teratoidokból fejlődnek (chorionepithelioma, hypernephroma, sarcoma és ecarinoma). A leggyakrabban előforduló rosszindulatú heredaganat a seminoma; a here faglagossejtjeiből fejlődik a nemi érettség korában; keletkezésében nagy szerepe van a traumának, erősen sugárérzékeny. A seminomás beteg vizelete adja az Ascheim-Zondek reactio első fokát, a chorionepitheliomás beteg az Ascheim-Zondek reactio III. fokát is adja. A here nyirokútjai a periaortális nyirokcsomókba ömlenek. A megbetegedés első stádiumában a betegnek csak helyi panaszai vannak, a második stadiumot a combba és gluteusokba kisugárzó fájdalom jelzi. Ennek oka a periaortális mirigyek beszűrődése. A harmadik szakban a megbetegedés általánosság válik; az ágyéki nyirokcsomók ekkor szűrődnek be. A szervezetben elszórtan áttétek képződnek — nagyfokú cachexiával. Az első stádiumban operáltak 64 százalékban egészségesnek lesznek, a többiek menthetetlenek. Idejében történő semicastratio után therápiás Rtg. besugárzás mentheti meg a beteget. A besugárzásnak a periaortális mirigyekre kell irányulnia (G. 25.)

Kadosa László dr.

Tengelyeltérések ártalmas hatása a lábizületekre. *Böhler.* (Chirurg 1942. 4.) 10 foknál nagyobb tengelyeltérések főleg a térdizületben, de a csipő- és bokaizületben is arthrosishoz vezet, ami néha már egy év után, gyakrabban 10–30 év múlva alakul ki. Különös jelentőségű a recurvatio, mert a térdizület lassan, de fokozatosan hátrahajlik. 3 esetében 12 fok recurvatio 22 év alatt 20 fokra fokozódott. Fontosnak tartja, hogy csonttörések után minden 5 foknál nagyobb tengelyeltérést gondosan kerülni kell. A tengelyeltéréseket lehetőleg korán konzervatív — ha ez nem lehetséges — műtéttel ki kell egyenlíteni, még mielőtt az izületi elváltozások kialakulhatnának. Kialakult arthritis deformansnál zink-enyvkötést ajánl. (R. 25.)

Köves István dr.

TABORI EGÉSZSÉGÜGY ÉS HADISEBÉSZET

Rovatvezető: *Sereghy Emil.*

Vesésérülések. *Heim.* (D. Miltaerarzt 1942/1.) A vese lövésí sérülései az életet közvetlenül veszélyeztetik. Az elmúlt világháborúban amerikai statisztika szerint a halálozás 55.81% volt. A hadisebészet irodalma szerint a veselövéseket eddig lehetőleg conservatív kezelték. Míg a békebeli tompa vesesérüléseknél (azonkívül szűrt sebéseknél ref.) indokolt a conservatív álláspontra, a haretéri lövésí vesesebzéseket hamar meg kell operálni. Veszélyes a sérülés és szállítás okozta shock lezajlását megvárni, mert észrevétlenül megy át collapsusba. A shockot iv. tutofusinnal és 4–500 kem. nativ vér átömlesztésével leküzdjük, ezzel pulsus nélküli sérültek is rövid idő alatt műtetre alkalmassá tehetők. A tutofusin és nativ vér adását szükség esetén a műtét alatt is kell folytatni. Ha a vesetűt elődomborodott, a sebből vér, vizelet csorog, a kórisma könnyű. Sokszor azonban csak a lócsatorna irányából következtethetünk a vese sérülésére, ami különösen bentrekedt lövedéknél nem megbízható. Tüdő- és haslövésnél Laewen 18.8%-ban talált vesesérülést. Sokszor a vizeletben makroszkopiasan látható vér. A vér mennyisége azonban a vizeletben nem jellemző a vesesérülés fokára. Veseűződés nagyobb vérzéssel járhat, mint veselövés. Vért még mikroszkopiasan sem találunk a vizeletben, ha a vesemedence, vagy ureter ronsolt, ha vérvalvadék tömeszeli el az uretert, vagy ha hashártyamögötti vérömleny szűkíti az ureter ürterét. Ha a körülmények megengedik, végezzünk cystoskopiát az ép vese működésének megállapítására (patkóvese, vesecysta). A mellüreg egyidejű sérülése könnyen kórismézhető. Sokkal nehezebb a hasüreg egyidejű sérü-

lésének megállapítása. Izomvédekezést a hasizomzaton okozhat a hasüreg mögötti rész zúzódása, tiszta vese-sérülés, bordatörés, mellkasi sérülés. Megbízhatóbb a kopogtatási fájdalom és a Douglasnak újjal való vizsgálata. Vese-haslövésnél a Douglasban fájdalmas elődomborodást korán okoz a vastagbél mentén lefolyó vér. A veselövés 70–80%-ban 2–3 üreg sérülésével állunk szemben. Tiszta vesesérüléseknél a vizelettel kevert vér a lövedékkel bevitt csírák számára kiváló táptalajul szolgál. A vese részleges eltávolítását, plasztikát, a sérült vese megtartását tamponáddal ne végezzük. A conservatív kezelés veszélye: heveny vagy lassú utóvérzés, urinphlegmone, a fertőzés terjedése, tovakúszó fertőzés, reflectoricus anuria. Leghelyesebb a sérült vesének lumbális metszésből való eltávolítása. Mellkas egyidejű sérülésénél először légmentes kötéssel zárjuk a mellüreget, utána vérátömlesztést végzünk, majd a vesét eltávolítjuk, ezután zárjuk a rekesz sebet, végül a mellüreget. Hasüreg egyidejű sérülésénél tutofusin és vérátömlesztés után először lumbális metszést végzünk, melyből a retroperitoneum jól áttekinthető. Gyakran sérül a máj, melynek ronsolt sebet Mikulicz tamponnal hátrafelé drénezünk, célszerű a máj sebének extraperitonizálása. A duodenum, vastagbél sérülések nagy részét hátulról láthatjuk el. Ha gyomor, bél, epeút, mesenterium sérült, a hasat megnyithatjuk lumbális metszés meghosszabbításával, vagy — ami sokkal helyesebb — előlről. Ha viszont a vese sérülését csak a hasüreg megnyitása után vesszük észre, transperitonealis nephrektomiát végezzünk, a drént lumbalisán vezessük ki. Mell- és hasüreg egyidejű sérülésénél előbb nephrektomiát végzünk, majd zárjuk a rekesz sebet, a pneumothoraxot, végül laparotomiát végzünk. A műtétek többnyire csak altatásban végezhetők. (S. 24.)

Sereghy Emil dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYASZAT

Rovatvezető: *Ottó József és Benedek Andor.*

A méhenbelüli légzés a tüdő fejlődésével kapcsolatban. *Potter és Bohlender.* (Am. J. of Obst. and Gyn. 1941. 14.) A légzőszerveknek két szokatlan rendellenességét közlik és ezeknek, valamint az irodalmi adatoknak alapján úgy vélik, hogy a tüdőhólyagcsák kifejlődéséhez nem szükséges az, hogy a magzatvíz a méhenbelüli életben a tüdőbe be- és kiáramoljék. Valamelyik tüdő kisebb fejlettsége a tüdő szövetére gyakorolt nyomás következménye is lehet és ennek a fejlődésbeni visszamaradásnak a foka attól függ, hogy a fejlődés melyik szakában és mekkora nagyságú nyomás állott fenn. Állatkísérletek igazolták, hogy a méhenbelüli életben légzőmozgás észlelhető. E légzőmozgások következtében magzatvíz bejuthat a tüdőbe. Feltételezik, hogy méhenbelüli légzőmozgások az emberi magzatnál is előfordulnak. Azt azonban, hogy a méhenbelüli légzőmozgás rendszeres élettani tevékenységnek volna minősíthető, bizonyítottak nem tekintik. (O. 19.)

Kovács Károly dr.

Megelőző külső fejrefordítás. *Newel.* (Am. Journ. of Obst. and Gyn. 1941. 257.) 4 év alatt több mint ezer alkalommal végeztek a műtétet, mely az esetek 72 százalékában sikerrel járt. Sikeres fordítás után az esetek 27%-ában alakult ki újra medencevégű fekvés. Spontán fejrefordulás 19.3%-ban fordult elő oly esetekben, ahol a fejrefordítás nem sikerült, vagy a medencevégű fekvés újra kialakult. A fejrefordítás rendszeres alkalmazása óta a farfekvés gyakorisága 3.75%-ról 2.33 százalékra csökkent. Legtöbb esetben a terhesség 32 hetében járt sikerrel a műtét, melyet lehetőleg altatás nélkül végeztek. Köldökzsinór szövödmény, vérzés, korai lepényleválás csak elemlyező esetek számban fordult elő a műtéttel kapcsolatban. A kedvező eredmények miatt, ahol kifejezett medenceszűkület, ikerterhesség, durvább magzati fejlődési rendellenesség, előző méhenvégzett műtét, vérzés kizárható — a fejrefordítás javasolt a terhesség utolsó harmadában. (O. 22.)

Kriszt József dr.

A heveny gyomorátfuródás műtéte.

(Megjegyzések Bugyi István dr. közleményére.
O. H. 30. sz.)

Írta: *Milkó Vilmos dr.* egyet. c. rk. tanár.

A gyomorátfuródás műtétének ama vitás kérdéséről, hogy egyszerű palliatív műtétet (elvarrás, Neumann-féle műtét, stb.) vagy gyomorcsomkolást végezzünk-e, az utóbbi évek folyamán számtalan közlemény jelent meg. Kiváló szerzők egész sora számolt be részben igen nagy anyagon szerzett tapasztalataikról és eredményeikről, melyek összevetéséből arra a következtetésre kell jutnunk, hogy a szigorúan elutasító álláspontnak sem az egyik, sem a másik irányban nincs jogosultsága. A kérdés ilyen értelemben már jóformán eldöntöttnek látszott. Ujabban azonban, többek között két jeles magyar sebészünk is, éspedig a mult évben *Sipos*, most pedig *Bugyi*, újra szót kér e kérdésben, hogy a conservatív műtét kizárólagos alkalmazása mellett törjenek lándzsát.

El kell ismerni, hogy úgy *Bugyi dr.*, mint korábban *Sipos* igen tiszteletreméltó érveket sorakoztatnak föl álláspontjuk védelmére, melyek között talán a legfontosabb az, hogy az átllyukadt fekély egyszerű elvarrása az esetek túlnyomó részében nemcsak a beteg életét menti meg, de a fekély végleges gyógyulását is biztosítja. Ha ez tényleg így van, akkor minden további vita felesleges és a csatát a kizárólagosan conservatív irány hívei nyerték meg. Sajnos, ezt az optimismust sem a magam, sem a mások tapasztalatai alapján nem oszthatom, mert bizony betegeink jelentős része újabb gyomorpanaszokról tett jelentést s ezekhez még hozzá kell számítani azokat, akik panaszaiikkal más intézeteket kerestek fel. Végleges gyógyulásról különben is csak évekig tartó panaszmentesség esetén lehet beszélni. A primaer resectiót tehát ilyen alapon teljesen elvetni nem lehet. Természetesen végezhetjük a gyomorcsomkolást másodlagosan is, de miért ne szabadítsuk meg a beteget, ha erre nagyobb kockázat nélkül lehetőség van, egy ülésben gyökeres műtéttel súlyos betegségtől?

Az esetek egy része — és esakis ezekről van szó — mindenesetre olyan hogy szinte magától kínálkozik a resectióra. Ezek a fiatal egyének korai, néhány órás perforációi, ahol a betegek alkata ép, általános állapota, szív működése teljesen kielégítő, a fekély helyzete pedig olyan, hogy a resectio technikailag is könnyen elvégezhető. Magától értetődik, hogy tapasztalt, higgadt sebésznek eszeágában se lesz resectiót végezni idős, nagyon elesett, rossz vérkeringésű, előrehaladott peritonitis állapotban lévő betegen, de nyugodt lelkiismerettel végezheti ezt ott, ahol a gyógyulás összes feltételei adva vannak.

Itt kell megjegyezni, hogy bizonyos esetekben pl. rendkívül törékeny, szakadékos, biztosan el nem varrható fekély esetén a helyzet olyan lehet, hogy akarva, nem akarva el kell végeznünk a resectiót, ha csak nem akarjuk a több oldalról ajánlott, de a resectiónál semmiesetre sem biztosabb szükségmegoldások (Neumann-féle műtét, stb.) valamelyikét választani.

Ami a másik fontos ellenvetést, a resectio veszélyes voltát illeti, feltűnő, hogy a kockázat nagyságát főleg azok a sebészek hangoztatják, akik maguk perforatio esetén vagy nagyon ritkán vagy még sohasem végeztek resectiót, tehát erről személyes tapasztalatuk nem is lehet. Úgy az irodalmi adatok, mint saját tapasztalataink alapján merem állítani, hogy csomkolásra *alkalmas* esetekben — bármily paradoxnak látszik is ez — a kockázat gyakorlatilag nem nagyobb, mint egyszerű elvarrás után. Osztályomon eddig 21 esetben történt gyomorperforatio miatt csomkolás egyetlen halálozással, ami 4.8% mortalitásnak felel meg. Ezzel szemben a palliative-operált 76 esetünkben 25 halt meg: 32.8% mortalitás.

Azt mondhatná valaki, hogy ezek igen kis számok, amikre messzemenő következtetéseket alapítani nem szabad. De itt van, hogy másokat ne említsek *Judine* óriási 1208 perforatióra vonatkozó statisztikája. Ezek közül nem kevesebb, mint 888 esetben (75%) végzett resectiót mindössze 9%, sőt az utolsó 215 esetben csupán 5.2% halálozással (Chirurgia 1938. 6. sz. Ref. Centr. Org. f. Chir. 1939.) amivel szemben a palliative operáltak halálása sokkalta magasabb, egyes sorozatokban a 39.7%-ot is elérte, nem is szólva a resectio utáni végleges gyógyulások hasonlíthatatlanul kedvezőbb arányszámáról.

Azt hiszem, hogy ezek az adatok még a primaer resectio leghevesebb ellenzőit is lefegyverezhetik, még ha feltételezzük is, hogy *Judine* túlnyomó részben egészen korai esetekben, a legkedvezőbb körülmények között végezte ezt a feltűnően nagyszámú resectiót.

Mindent összevetve és teljes mértékben honorálva az óvatos, tartózkodó álláspontot is, szerény véleményemet abban foglalhatom össze, hogy gyomorátfuródás esetén a végzendő műtét nemét illetőleg esetről-esetre individualisálni kell. Nem kétséges, hogy a fekélyátfuródás standard műtéte továbbra is az egyszerű bevarrás marad, a csomkolást prestige vagy egyéb okokból erőltetni sohasem szabad, de az *alkalmas esetekben*, érett megfontolás után nyugodtan elvégezhető, sőt végzendő is, mert nagy előnye, hogy aránylag csekély kockázat mellett egyetlen beavatkozással rövid idő alatt végleges gyógyulást biztosít.

ÚJ FEGYVER

A HALADÓ SZELLEMŰ ORVOS KEZÉBEN A

DIACHEMIA
STRAUB SÁNDOR
GYÓGYSZERÉSZETI ÉS VEYÉSZETI LABO-
RATORIUM, BUDAPEST, VI., TERÉZ-KRT. 27

TROMBOGEN

inj. varix és haemorrhoidalis csomók okozta
bántalmak **műtétmentes** megszüntetésére

3 amp. ára P 2.20

IDULT NŐGYÓGYÁSZATI BETEGSÉGEK MEGGYÓGYULNAK AZ

ERZSÉBET-GYÓGYFÜRDŐBENKESERŰSŐS FÜRDŐK
ISZAPBOROGATÁSOK
FORRÓ ÖBLÍTÉSEK**VEGYES HIREK****PAPP SAMU †**

A magyar orvosi rendnek egyik legrégebb és legkiválóbb képviselője hosszas szenvedés után elhunyt. A magyar orvosi kar egyik neszora volt, a Pázmány Péter Tudományegyetem aranydiplomás doktora, akit kilencvenhárom éves korában, félszázados orvosi tevékenység után szólított el a halál. Papp Samu Bécsben szerezte meg az orvosi doktorátust 1874-ben. Öt évig Szliácson, majd harmincöt esztendőn keresztül Alsó-Tátrafüreden működött. A Budapesti Orvosi Körnek húsz éven át elnöke, az Országos Balneológiai Egyesületnek pedig alelnöke volt. 1907-ben nagyjelentőségű munkát írt Hankó Vilmosmal együtt a magyar birodalom ásványvizeiről és fürdőtelepeiről. Első volt, aki Magyarországon, Új-Tátrafüreden bevezette a légfürdőt. Mindenkori a tudomány haladásával lépést tartó, rendkívüli munkabírási, nagy felelősségérzetű orvos volt, akit betegek hálásan szerettek s aki az egész társadalomban általános megbecsülésnek és tiszteltettségnek örvendett. 1888-tól 1903-ig, három cikluson át volt országgyűlési képviselő s a közegészségügyi kérdések körül a törvényhozásban is maradandó érdemeket szerzett.

A Magyar Élettani Társaság XII. vándorgyűlését szeptember 3–5-én Kolozsvárt, a Gyógyszertani Intézetben tartja. Megnyitó ülés szeptember 3-án délután 5 órakor, közgyűlés 5-én este.

A fogak gyökereinek kezeléséről ír *Marikovszky György dr.* a Kis Akadémia Könyvtára 52-ik füzetében. A nagyközönség számára írt könyvecske — amelyben oly alaposan és amellet finom humorral oktatja a laikusokat e kényes kérdéssel kapcsolatban — a szakembernek is élvezetes olvasmányul szolgál, mindenben oszthatja a szerző véleményét a gyökérkezelés mai állásáról. A laikus pedig sokat tanulhat belőle, nem utolsósorban azt, hogy ne akarjon többet tudni mint orvos a becsülje meg az orvos munkáját.

Santiago de Chilében nyakszirtmerevedés-epidémia kitérőse miatt minden iskolát 7 hónapra bezártak.

Az algiri francia egyetem, Franciaország egyik legnagyobb és legjelentékenyebb egyeteme, 3400 beiratkozott hallgatója van; 40 százalékkal több, mint a háború kitérőse előtt.

Eladó orvosi rendelő felszereléssel és kézi-gyógyszertár. Érdeklődni dr. Kirchner, Dunaharaszti.

Orvos Urak! Arab, hindu, tibeti, kínai, japán, perzsa és egyéb keleti orvostudományokra és keleti kuruzslásra vonatkozó könyveket bármilyen nyelven vesz, kikölesönözne, Vörösvári Kiadóvállalat, Budapest, IV., Múzeum-körút 13. Tel.: 187-737 és 184-464.

A frontátvonulások áttekintése 1942 május első felében. A május 1–15. közti időszakban a frontok száma eleinte igen nagy, majd a hónap negyedik napjától kezdve normális, sőt időnként a normálisnál jóval kisebb is volt. Május 4-én és 13-án frontális reakciók egyáltalában fel sem tételezhetők. A felsiklási és a betörési frontok száma nagyjában a normalisnak felelt meg: 6 felsiklási fronttal 23 betörési front áll szemben. Erős felsiklási front egy sem érkezett, az erős betörési frontok száma azonban aránylag nagy volt (4). A mérsékelt és a gyenge felsiklási frontokból 3–3 érkezett, a mérsékelt felsiklási frontokból 7, a gyengén fejlett betörési frontokból 12.

A budapesti frontátvonulások részletes történetéből kiemelendő az első három nap sok betörési frontja, továbbá a négy erős betörési front (május 6-án 0 órakor, 7-én 2 órakor, 15-én 3 és 11 órakor; érdekes módon a 4 erős betörési front közül 3 az éjszakai órákra esett, vagyis arra az időre, amikor legritkábban szoktak fellépni!). Felsiklási érzékenység csakis 1-én délben, 3-án délelőtt, 11-én este, valamint az időszak két utolsó napján feltételezhető, de ekkor sem jelentékeny mértékben.

Aujeszky dr.

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

Szent Lukács Gyógyfürdő és Gyógyszálló
Társas rheuma-osztály. Téli-nyári rheuma-gyógyhely

FELELŐS KIADO: VAMOSSY ZOLTAN.

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

CAPHOSEIN

a tej fehérjét, (caseint, lactalbumint és lactoglobulint) tartalmazó, dús calcium-és phosphortartalmú tejfehérje-készítmény,

az erjedéscs dyspepsiák kiváló gyógyszere

Adagolás: 1 kávéskanál (5 gr.) Caphoseint 1/2 deci teában felfőzünk, saccharinnal édesítjük és ebből minden szopás vagy etetés előtt 2–3 kávéskanálnyit, illetve szükség esetén többet fogyasztatunk.

Szabadon rendelhető az összes betegségbiztosító intézetek terhére.

Krompecher tápszer- és gyógyszeripari kft. Budapest, V., Nádor-utca 15. szám.

friss
növényekből
standardizált gyógyszerkészítmény



vizsgálatok biztosítják a

TEEP készítmények

pontos összetételét és
megbízhatóságát.

Belladonna Teep és mite forte
1 tabl. = 0.5 ill. 1 mg Atro-
pinnal aequivalens összalkaloida

Digitalis Teep
1 tabl. = 0.05 g standard Digi-
talis levélpor hatásértékével

Valeriana Teep
1 tabl. = 0.125 g friss radix
valeriana összhatóanyaga

Viscum Teep
1 tabl. = 0.12 g friss viscum
alb. összhatóanyaga

Tartalmazzák a friss növény ható-
anyagait pontosan standardizált
állapotban. Állandó összetételűek,
felszívódásuk gyors, toxikus tünetek
nincsenek.

Készíti és forgalomba hozza:
SZILÁGYI gyógyszerész, Budapest
Dr. Madaus megbízásából



DORMOVIT*

alvási zavaroknál

20—30 percen belül elaltat,
6—8 órás alvást biztosít,
friss ébredés mellett.

*) Furfurylisopropylbarbitursav

DTWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A.G., BERLIN-WAIDMANNSLUST

Magyarországi képviselő: Múzeum Gyógyszertár, Budapest, IV. Kossuth Lajos-u. 20

TETRACOR-Chinoin

a légző és érmozgató központ izgatószere

Inj., sol., tabl., pulvis

TETRACOR-EPHERIT

collapsus, asthma, tüdő-tbc. szívblock eseteiben

Inj., sol.

TETRACOR-CHININ

influenza, pneumonia, tüdő-tbc. extrasystolia eseteiben

Tabl., supp.

TETRACOR-NEOCOD

tüdő-tbc, pertussis, ingerköhögés, stenocardia eseteiben

Sol.

CHINOIN

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26., IV. em.
Telefon: 345-113.

Ingyenes líthasználat.
(Kérje a portástól.)

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy
22.968. számú postatakarékpénztári csekk számlánk javára.
Romániában: *Borsos Béla dr.* Arad, Str. G. Gringorescu 5.
Slovákiában: *Eleőd Solt.* Handels- u. Kredit-B. Bratislava.

Előfizetési díj: az »Orvosi Hetilap«-ra az »Orvos-
tudományi közlemények«-kel együttesen egész évre 26 P,
220 slk., 1000 lei, egyéb külföldre a belföldi díjak + portó-
költség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyed-
évre negyede, egy óra 2:50 P.

A »Magyar Orvosi Archivum« egész évre 10 P., 70 slk., 400 lei.

*Testi és szellemi gyengeség, kimerültség, vérszegénység
neurasthénia esetében és a rekonvalescenciában*

TONOPHOSPHAN

a szerves, nem mérgező phosphorkészítmény

Megbízható hatású a járulékos anyagcsere-folyamatokra, az idegrendszerre
és a vérkeringésre.

FORGALOMBAN:

10 és 20 ampulla á 1 kcm 1⁰/₁₀-os és 10 ampulla á 1 kcm 2⁰/₁₀-os »fortius« oldat, 30 drb 0.1 g-os tableta



Magyarországi vezérképviselő: **MAGYAR PHARMA GYÓGYÁRU R.-T.** »Bayer«
BUDAPEST, V., Arany János utca 10. — KOLOZSVÁR, Mussolini út 18 LEVERKUSEN

Aranyeres bántalmaknál

Posterisan

ARANYERES BANTALMAKNÁL

*Friss növényből
standardisált
gyógyszerkészítmény*



Digitalis Teep

tabletta

KÉSZÍTI: SZILÁGYI BUDAPEST; DR. MADAUS MEGBIZÁSÁBÓL.

1 tabl. = 0,05 g
standard digit.
levélpórhatóértékével

Richter-féle

CARBO

K É S Z I T M É N Y E K

MAGAS AKTIVITÁSÚ SZENET TARTALMAZNAK

**CARBO
MEDICINALIS**

»Richter Gedeon« — (Tabl., granula és por)

MAGNOCARBON

Magnozon (Magn. superoxid) Carbo med. és
Extr. Belladonnae kombinációja.

CARBOLAX

Carbo med. és Extr. Sennae kombinációja

TANNOCARBON

Carbo medicinalis és Tanninum alb.



R I C H T E R G E D E O N
VEGYÉSZETI GYÁR R. - T., BUDAPEST X.

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, VIDAKOVITS KAMILLÓ.

FELELŐS SZERK.: VÁMOSSY ZOLTÁN. Fogad kedden és pénteken 12—1.

SZERK.: FRITZ ERNŐ.

TARTALOM:

Fornet Béla: Mit várhatunk a fürdőzés általános gyógytényezőitől. (413—414. oldal.)

Anda Tibor: Musculus semitendinosus ficamának operált esete. (415—416. oldal.)

Mosonyi László: A foglalkozás hatása a szaporodásra. (416—417. oldal.)

Kubinszky Ernő: Az állati mirigyek és szervek gyűjtése és értékesítése. (417—420. oldal.)

Irodalmi szemle. (420—422. oldal.)

Könyvismertetés. (424. oldal.)

Korbuly György: Heti krónika. (425—426. oldal.)

Lapszemle. (426. oldal.)

Vegyes hírek. (426. oldal.)

Mit várhatunk a fürdőzés általános gyógytényezőitől.

Írta: Fornet Béla dr.

Előadásom tárgyát úgy határozom meg, hogy nem kívánok foglalkozni a balneoterápia egyes speciális gyógytényezőivel, mint pl. a szénsavas fürdők, iszapkúrák, ivókúrák, magaslati klíma, stb. hatásaival, hanem azokkal a szinte csak melleleg, de orvosi szempontból el nem hanyagolható módon érvényesülő tényezőkkel, amelyek a fürdőzés hatását kiegészítik. Ezek egyrészt 1. pihenés és kikapcsolódás, 2. változások a klímában, éterndben és életmódban, másrészt 3. az ú. n. áthangoló behatásokban állnak.

A pihenés nagy biológiai jelentősége nyilvánvaló, különösen olyanokon, akik mindennapi életükben nagyobb szellemi és idegmunkát végeznek. Legtöbbször még ennél is többet jelent az a teljes kikapcsolódás, amit fürdőhelyeken tartózkodással érünk el. A gyógyulást keresők nagy tömege rájött arra, mennyire fontos, hogy gyógykezelését a mindennapi kapcsolattól és kötelezettségektől mentesen végezze. Jó példa erre, hogy míg természetesen sokan keresik fel Debrecenből (és Szoboszlóról) a főváros nagy hírű thermáit, addig másrészt budapestiek nagy számban Szoboszlóra és Debrecenbe utaznak a hőforrások kedvéért.

A fürdőzéssel kapcsolatos változások közt első helyen említem a klímaváltozást. Bizonyos fokig független ez attól, hogy amit »jó« klímának nevezünk, vagy amit egyénileg kedvelünk. Mégis kétségtelen, hogy ha van választék hasonló hatású gyógyhelyek között, sokszor döntően esik latba az elhatározásban, hogy milyen a gyógyhely klímája. Van, akiknek közérzete hegyvidéken jobb, míg mások inkább a tengerpartot, víz közelségét szeretik. A változás szempontjából előnyös, ha síkságról hegyvidékre, meleg éghajlatról hűvösebb tájra küldjük fürdőzésre szoruló betegeinket — és viszont.

A táplálkozás megváltozásának is nagy szerepe van. A változás egy időre jobb étvágyat is szokott

magával hozni, különösen, ha megfelelően jó és változatos konyha várja a fürdőzőt. A nehéz, zsíros, fűszeres alföldi konyha után a jól vezetett, diétás szempontokat is figyelembe vevő vendéglői üzem, nemcsak kellemes változást jelent, de nagy tehermentesítést is az egész emésztőberendezésre. Nagy vonzóerőt gyakoroltak mindig a nagy hírű, régi tradíciókkal rendelkező fürdőhelyek (pl. Karlsbad, Marienbad, stb.) már csak azért is, mert úgyszólván minden vendéglőjük a diétás főzés előnyeit nyújtotta nagy változatosság mellett. Eddig is sokat köszönhetünk e téren a szakszerű diétás nének képzésének. A fürdőzés legtöbbször nyári idénybe esvén, egyúttal a nyári idény éterndi előnyeit is akkor élvezzük ki. Kívánatos lenne, hogy tudatosabban minél több zöldfőzelék, gyümölcs, salátaféle kerüljön az asztalra. Nagy érdeke ez a fürdőknek is, amelyek némelyike már szép eredménnyel vezette be pl. a szőlőkúrákat. Fürdőzés közben tehetjük jóvá azt a sok mulasztást, amit nálunk oly sokan követnek el a nyers tápanyagok mellőzésével. Erre még otthon is bőven van alkalom, ha a »nyerskoszt« szigorúbb alkalmazásáról le is mondunk. Aminthogy azt tényleg csak kellő indicióval kivételesen tudnám ajánlani.

Az életmód változása általában nagyon kedvező hatású, különösen, ha megfelelő fürdőhelyen erre az alkalom önként kínálkozik. Fejtegetéseim körébe tartozó általános gyógytényezők nagyjából azonosak a bármilyen nyaralás során többé-kevésbé elérhető kedvező behatásokkal. A fürdőhelyen való üdülésnek, a fürdőzésnek, egyik legfontosabb előnyét abban látom, hogy az a legelőnyösebben alakítja ottani életmódunkat. Jól vezetett fürdőhelyen még az is alkalmazkodik a fürdőhely rendjéhez, aki maga talán nem is veszi igénybe annak speciális gyógytényezőit. Egészséges étkezés, pihenés, korai lefekvés, együttjár a szabad természethez való közelséggel és a legkedvezőbb körülmények között érvényesülhetnek az áthangolás tényezői.

Az áthangolás sajtószerű folyamat, amelyet sokszor az ú. n. aklimatizálás vezet be. Főként klímátényezők érvényesülnek, amiket *Belák* ú. n.

bőrklímára és tüdőklímára oszt fel aszerint, hogy behatásuk a bőrön vagy a tüdön át érvényesül-e inkább. Ha azonban azt nézzük, hogy mik közvetítik az áthangoló behatásokat, úgy röviden azt mondhatjuk, hogy a levegő, a fény és a víz. Ezek ingereket képviselnek, amelyek elől a legtöbbször mindennapi életünkben bizonyos fokig elzárkóznak egyrészt rossz szokásból, másrészt önvédelemből.

A levegő, fény, víz ingerhatása bizonyos megterhelést jelent a szervezetre és mint minden ingerterápiában, úgy itt is azon múlik a hatásuk, hogy kellő intenzitással, kellő készültségben érik-e a szervezetet. Kedvező körülmények között az ilyen külvilági behatások alkalmasak arra, hogy a szervezet teljesítőképességét fokozzák, míg kedvezőtlen reakciókészség mellett a teljesítőképesség romlását eredményezhetik. Kellő gyakorlat, megszokás képessé tesz arra, hogy több és nagyobb ingerre jó reakcióval válaszoljunk. Ez az edzés lényege.

Az előző pontokban tárgyalt általános tényezők főértékét abban láthatjuk, hogy a legkedvezőbb feltételeket teremtik meg ahhoz, hogy az áthangoló behatásokra pozitív reakcióval reagáljunk, tehát szervezet áthangolása jól sikerüljön. A napi munkában megviselt, gondterhelt ember szakíthat magának időt arra, hogy napozzék, fürödjék, testmozgást végezzen, de ki van téve annak, hogy még fáradtabban tér haza, teljesítőképességét nem stimulálta, hanem kimerítette. Ezért mondtam, hogy ezek elől sokan önvédelemből zárkóznak el. Fürdőzés közben minden optimalisan szolgálhatja az áthangolást, edzést és így a teljesítőképesség javulásának célját.

Áthangolás alatt nagyon összetett és kevéssé ismert folyamatot értünk. *Belák* és munkatársainak sok értékes részletmegfigyeléséből annyi bizonyosnak látszik, hogy lényeges eleme a vegetatív tonus megváltozása. A vegetatív idegrendszernek a központi idegrendszerrel és főként a belső secretiós mirigyrendszerrel való összefüggése révén az életfolyamatoknak szinte minden változása magyarázható! Az emberek nagyrészeének vegetatív tonusa eltér attól, amit normálisnak szeretnénk nevezni. Vagy úgy, hogy az alaptónus sympathicus ill. parasymphathicus irányba látszik eltolódottnak lenni, vagy úgy, hogy a reakciója labilis az egyik vagy a másik irányba, illetve legtöbbször mindkét irányba. A normálistól tehát eltérhet sympathicotoniás és vago-toniás irányba vagy amphotoniásan viselkedik, mint a vegetatív stigmatisáltakon általában láthatjuk. Az áthangoló tényezők jórészt symphaticoton ingereket képviselnek ugyan, mégis az derült ki, hogy kedvező körülmények között mindig a kóros érzékenységgel ellentétesen, tehát kiegyenlítően hatnak. És ez voltaképpen a fontos, mert az egészséges reakciókat, a teljesítőképesség fokozását ez a stabilizáló hatás szolgálja legjobban.

Az általános gyógytényezőknek ebben az értelemben vett jó hatása számos betegségben nagy jelentőségű lehet. Elsősorban nyilván olyan állapotokban, amelyekben a dispositio nagy szerepet játszik. Ez annál inkább érthető, mert noha a dispositióról is vajmi keveset tudunk, a vegetatív tonus jelentősége az immunbiológiai folyamatokra első helyen áll.

Ilyen betegségek elsősorban az allergiás kórképek, az asthma, az urticaria, a migraine, stb.

Talán a legszembetűnőbb hatást a migraines betegeken észlelhetjük. Ilyenek a »rheumás« betegségek, a »hüléses« állapotok, amelyek az allergiás kórképhez legszorosabb vonatkozásban állnak. Érthető, hogy a belső-secretiós egyensúly megborulásával járó betegségek is jól befolyásolhatók a felsorolt általános gyógytényezők révén. Így enyhülnek a climaxos panaszok, javulhat a hyperthyreosis (enyhe formája) és javul a diabetesesek toleranciája.

Az emésztőszervek számos betegsége kedvező változást, szinte fordulatot mutathat. Gastritis, hyperaciditas, ulcus és még nagyobb mértékben a dyskynesziák panaszai enyhülnek és a bélmotilitas zavarai is rendeződhetnek. Természetes azonban, hogy az általános gyógytényezők hatására nem számíthatunk olyan betegen, akinek komoly intézeti kezelésre lenne szüksége és a jó hatás inkább intervallumban fog érvényesülni.

A külvilági behatások szerepe betegségek keletkezésében az utóbbi időben sokakat foglalkoztatott. Sajnos, erről még kevés bizonyosságot tudunk. Annyit azonban elismerhetünk, hogy ilyen behatások érvényesülhetnek és bizonyos constellatióban döntő hatásúak is lehetnek. A betegségek egy részében joggal számolhatunk azzal, hogy bizonyos lapangó betegségi hajlam előzi meg a betegség kezdetét. Ha ezalatt olyan fázist értünk, amelyben a szervezet egyensúlya labilis, úgy azt kedvező vagy kedvezőtlen irányba téríthetik el külvilági behatások. Ilyen labilis functio lehet például védekező-képességünk fertőzéssel szemben, reakciókészségünk allergenek, vagy hüléses betegséget kiváltó tényezőkkel szemben, stb. Nyilvánvaló, hogy minden, ami pillanatnyi conditionkat befolyásolja, szerepet játszik számos betegség keletkezésében is.

Ezekkel a betegségekkel kapcsolatban kemény kritikák hangzanak el arról, hogy az orvostudomány előszeretettel foglalkozik érdekes, ritka kórképekkel, általában csak definitív betegségekkel és kevéssé törődik mindazzal, ami a betegség kezdetét megelőzi, ami betegségre hajlamosít.

Teljes meggyőződéssel zárkozom el az elől, hogy orvostudományunk biztos alapjait képező betegségi formák kutatása és tanulmányozása helyett az úgynevezett természetes gyógy módok tudományát űzzük és visszatérjünk a középkor mysticus kabalájához. Bizonyos azonban, hogy többet és tudatosabban kell tennünk az egészség védelmére — de nem a betegségek gyógyításának rovására.

A fürdőzés általános gyógytényezői legjobban szolgálják ezt a célt. Nagyon hasznos lehet, ha mindennapi életünkben is többet teszünk egészségünk megtartásáért; ha megfelelően táplálkozunk, ha többet vagyunk levegőn, napon, stb. Jó eredménnyel használhatunk esetleg olyan gyógytényezőket, amelyek főként fürdőhelyeken nyernek alkalmazást: a fizikoterápia tényezőit, fürdőkúrát, ivókúrát, stb. De az elmondottakból talán nyilvánvaló, hogy legtöbbször mégis fürdőkultúránk fejlesztésével, széles tömegeknek fürdőinkbe vonzásával érhetünk el.

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

A budapesti Tudományegyetem 2. sz. sebészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: Bakay Lajos ny. r. tanár.)

Musculus semitendinosus ficamának operált esete,

Írta: Anda Tibor dr.

Az izom, illetőleg az inficamnak elemi feltétele, hogy az az izom működését egy bizonyos irányba beállító rögzítőberendezés megváltozzék s tönkremenjen. Ez kétféleképpen történhetik. Először sérülés következtében, amikor a retinaculum vagy csontos vályu hirtelen megy tönkre s a ficam kórképe a sérülés után teljes mértékben mutatkozik vagy más módon, amikor ismétlődő művi behatások eredményeképp a kórkép csak nagy idő elteltével, s mindig fokozatosan alakul ki.

Átmeneti csoportot képeznek a különböző gyulladások, szöveti elváltozások, melyek szintén megbolygathatják az illető izom működését. Csontos elváltozások is okozhatnak inficamot, töréskor csontszilánk vagy exostosis formájában, melyek kiszorítják az inat eredeti helyéről és sima, csúszós felületet szolgáltatnak az in ficamához.

Az in ficamához mindig szükséges csontos, szilárd felület, többnyire gömbfelület része, melyen két irányban csúszva az in ficama létrejöhet. Ez legtöbbször adva van a hypomochlion kiemelkedő széleiben, vagy, mint említettük, exostosis (bursata) formájában, vagy az inat rögzítő retinaculum tönkremenése után a kiszabaduló in olyan csontrészek elé kerül, melyekkel rendes körülmények között nincsen működési összefüggésben.

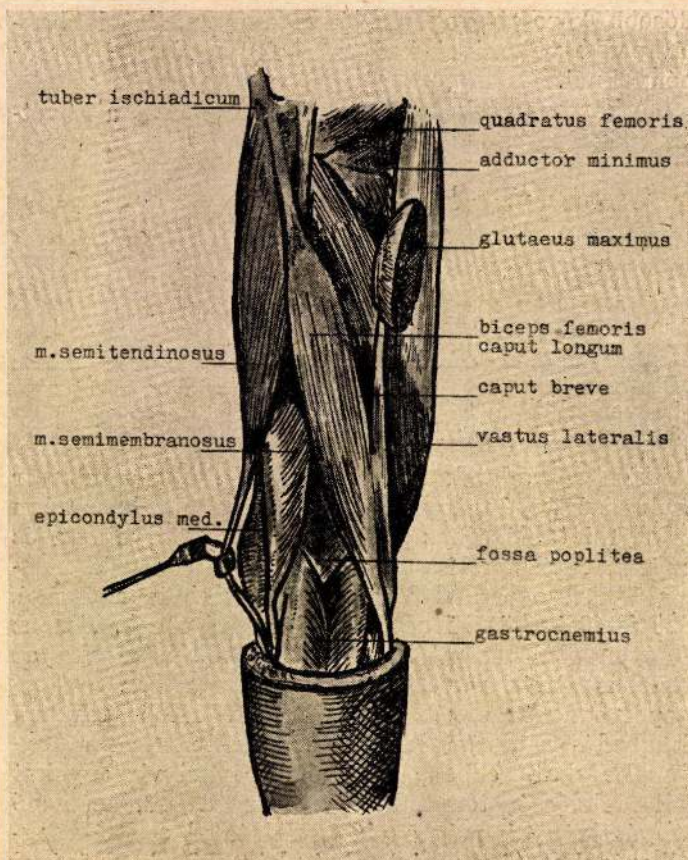
A lassan, fokozatosan alakuló inficam magyarázata nem mindig fogadható el teljes mértékben. Okul különböző fokú traumára kell gondolnunk, melynek eredményeképp a rögzítő berendezés sorvadásnak indul, s az in bizonyos irányú működésében felszabadul. Természetesen magával vonja az illető ízületnek nemcsak működési, hanem sztatikai megváltozását is.

Az előidéző behatás (mindig közép, vagy kisebb intenzitású traumákról van szó) általánosságban mindenféle foglalkozási ágba, sportban előadódhatik, az inficamok száma mégis elenyészően kis számú. Valószínű tehát, hogy létrejöttükben nagy szerepe van az öröklődő hajlamnak.

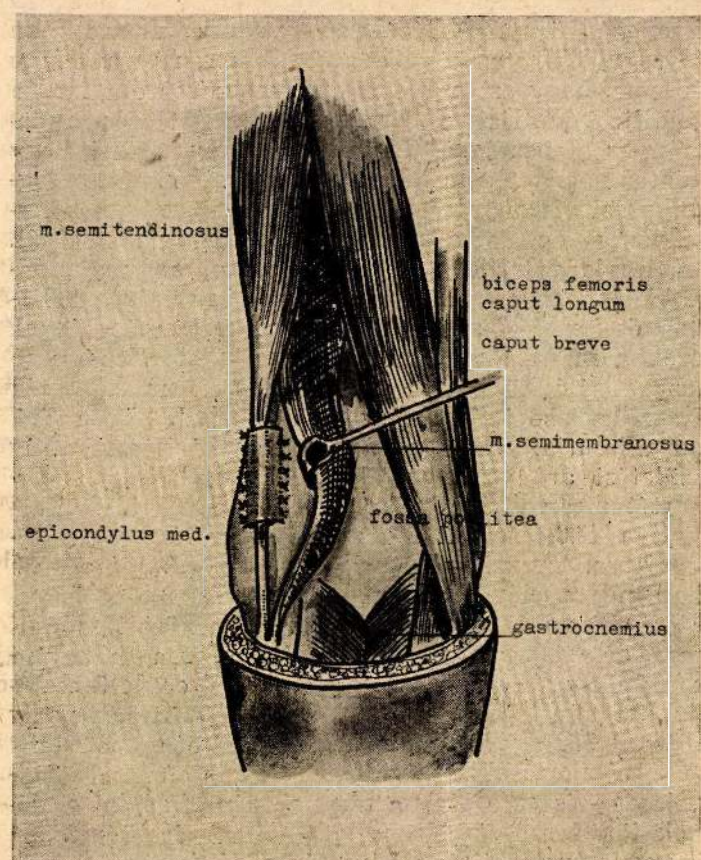
A m. semitendinosus ficama elég ritka inszerűlés. Az irodalomban csak egy esetet sikerült találnunk, amikor exostosis bursata váltotta ki az in ficamát.

A m. semitendinosus a tuber ischiadicumon ered, s a gracilis alatt, s a sartorius mellett mint a pes anserinus része a tuberositas tibiae-től mediálisan tapad. Működése a comb adducálásában, a láb-szár hajlításában és befelé forgatásában áll. lásd 1. ábrát).

18 é. középtermetű, erőscsontú munkás. Az in ficammal összefüggésbe hozható betegsége nem emlékszik. Különösebb sérülés nem érte; gyakran elesett, minden következmény nélkül. Genyes gyulladás a lábán nem volt, typhus, tbc, lues kizárva. Fél éve észrevette, hogy a bal térd kiegyenesítésekor a belső in az epicondylus medialisra oldalt csúszik, hajlításkor visszatér eredeti helyére. A beteg szerint a bal térd észrevehetően gyengült, különösen álláskor feszélyezte az in csúszkálása. Három-négy hónapja ez olyan fokot ért el, hogy a térd nyújtott, feszes tartásában az in hallható pattanással ugrott ki, az epicondylus oldalára és behajlításkor újra visszaugrott a helyére. Elváltozást ezenkívül nem találtunk, a térd mozgásai active és passive teljesen szabadok. Rtg negatív, exostosisnak nyomát nem találtuk.



1. ábra.



2. ábra.

Műtét helyi érzéktelenítésben. Behatolás a térdhajlat medinális szélén, az in irányának megfelelően 15 cm-es metszésből. Az in feltárása után kitűnik, hogy a m. semitendinosus ina ellazított izomzat mellett észrevehetően tágabb, lazább a többi innál. Az epicondylus medialis sima, csúszós gömbfelületnek felel meg, amin az in passive is oldalt kificamítható. Az in tapadásáig, s fel az izmos részig óvatosan körüljárjuk az inat, de nem találunk semilyen képletet, ami az inat oldalt húzná vagy helyéről ki nyomná. Az inban esontosodó gócot, nyálkahártya-tömlőt, sem retinaculumszerű képletet nem sikerült felfedeznünk.

Ezek után a m. semimembranosus inát elkam-pózzuk (lásd 2. á.) s a m. semitendinosus inát rávarrt fasciarészlettel esomós varratokkal a csont-hártyához rögzítjük. Az in az így kiképzett vályúban simán mozog. Ficamát sem active, sem passive nem sikerül többé kiváltanunk. Pontos vérzésesillapítás, sebvarrat. A térdet kissé behajlítva széles gipszsínnel rögzítjük. Sima sebgyógyulás.

Két hét múlva a sánt eltávolítjuk, s megkezdjük a térd óvatos mozgatását. A mesterséges retinaculum jól tart, az in nem csúszik el oldalt.

Műtét után eltelt egy év, a beteg munkaképes, sportol, panaszja nincsen.

A foglalkozás hatása a szaporodásra.

Írta: *Mosonyi László dr.* bányarvos, Baglyasalja.

A nemzet biológiai erejének legtökéletesebb tükre a születési statisztika; tanulmányozása és az így nyert adatok értékelése a nemzet élete és fennmaradása szempontjából elsőrendű fontosságú. *Janáky* nemrégén összehasonlítást közöl (Orvosképzés, Scipiades-szám) a magyar- és vegyesnyelvű lakosság szaporodásáról, melyben ezer színmagyar (csongrádkörnyéki) és ezer vegyes nemzetiségű (dorogvidéki) asszony adatait dolgozza fel. Nagy érdeme, hogy ezt a napisajtóban sokszor oly ferdén beállított kérdést az orvos szemszögéből és tudományos alapossággal tárgyalja. Mégis feltűnő, hogy adatai nem terjednek ki a feldolgozott népréteg foglalkozási viszonyaira is, bár *Szél* könyvében hangsúlyozza ennek a szempontnak döntő fontosságát. (Egészségügyi Stat. 82. o.). Tekintve, hogy a csongrádi lakosság minden valószínűség szerint 100%-ban őstermelő, szemben a dorogi bányász néppel, azok a megdőbentő adatok, melyeket *Janáky* a nemzetiségi különbség rovására ír, nem hozhatók összefüggésbe teljesen magyarvultukkal, hiszen *Szél* megállapítja, hogy hazánkban a bányász lakosság születési arányszáma valamennyi foglalkozási csoportét messze túlhaladja; az őstermelőkhöz viszonyítva 46.6:35.5 volt az arány ezer lélekre vonatkoztatva. A másik tényező, melyet *Janáky* nem hangsúlyoz eléggé az, hogy míg a csongrádi lakosság valóban színmagyar, a dorogiak között is erős magyar eredetű bányászréteg él. Hiszen a bevándorlások csaknem tiszta magyar népi eredetű családokkal növelték a bányatelep lélekszámát, ez pedig 1915-től 1935-ig legalább négyszeresére szaporodott! A bevándorlásokon kívül még az is fontos körülmény — és ez a tény a magyar nép biológiai erejének töretlenségét bizonyítja — hogy *ipari vidéken* a vegyes nemzetiségű házasságból származó utódok csaknem teljes számban magyarrá lettek és így pl.

Dorog és környékének magyarosodása kétségtelen volt.

Mindamellettté tényleg óriási különbség van a két terület statisztikai adatai között és ez a szinte katasztrofálisnak mondható különbség készített arra, hogy megvizsgáljam a rendelkezésemre álló körtörténetekből, hogy a baglyasaljakörnyéki bányászfoglalkozású színmagyar lakosság születési és vetelési adatai mennyiben térnek el *Janáky* statisztikájától?

Az adatok összehasonlítása annál értékesebbnek látszik, mert a lakosság száma mindkét helyen csaknem egyező, a gazdasági helyzet lényegében azonos és a közelben lévő, körülbelül egyforma lakosszámú városok hatása is egyenlő módon érvényesül. Statisztikám összeállításakor teljes mértékben *Janáky* módszerét követtem, de tekintettel voltam arra, hogy csak biztosan magyar nemzetiségű asszonyok adatait dolgozzam fel. Az összehasonlítás megkönnyítésére mindenütt zárójelben *Janáky* adatait is feltüntettem, a dorogiakat dűlt számmal.

Megvizsgáltam 887 körtörténetet. A 887 asszony közül terhes egyáltalán nem volt 66 vagy 11.42% (11.2, ill. 15.2). 25 éven felüli volt ezekből 36 vagy 4.82% (9.9, ill. 15.4). 30 éven felüli volt 33 vagy 5.3% (9.2, ill. 13%).

A teherben volt, de csak vetélt nők száma 24; ha ezek adatait a megfelelő korcsoporthoz hozzáadjuk, nyerjük a meddő nők összes számát. Eszerint meddő volt a 887-ből 90 vagy 10% (14.4, ill. 25.1). Huszonöt éven felüli 43 vagy 5.8% (12.4, ill. 23.5), 30 éven felüli 38 vagy 6.1% (11.2, ill. 21.1).

Az egykések száma anyagunkban 151 vagy 17% (26, ill. 36.5); ezekből 25 éven felüli 79 vagy 10.75% (17.8, ill. 31.3), 30 éven felüli 46 vagy 7.4% (12.6, ill. 31.6). A meddőket és egykézőket tekintve tehát megállapítható, hogy az itteni szaporodási adatok az idősebb korosztályokban lényegesen, a fiatalabbaknál pedig valamivel kedvezőbbek a dorogi eredményeknél.

A korcsoportok szerinti szülések számát a következő táblázatban közöljük:

Kor	Asszonyok száma	Gyermekek száma	1000 nőre	Dorogon	Csongrádon
—20	36	18	500	1046	750
21—25	113	128	1132	1215	885
26—30	120	244	2033	2143	1278
31—40	230	850	3695	3019	1262
41—50	149	784	5261	4345	1825
51—	239	1621	6782	4077	2235
Összesen	887	3645	4109	2497	1406
25 éven felül	738	3499	4741	2915	1543
30 éven felül	618	3255	5267	3333	1667

Ezek az adatok azt mutatják, hogy a magyar nemzetiségű bányász lakosság születési számai hasonlóan az előbbi táblázathoz az idősebb korosztályokban és az összegezésben lényegesen jobbak, mint a megfelelő korcsoportbeli vegyes nemzetiségű lakosságé, a 20 és 40 év közötti adatok jól megegyeznek, viszont 20 éven alul jelentékeny módon elmaradnak az összehasonlításban. Miután azonban ebben a korcsoportban az egyébként minden vonalon teljesen elmaradó csongrádi lakosság is felülmúlja a baglyasaljaiakat, ebben a helybeli ipari viszonyokat kell felelőssé tennünk: ugyanis a férjhezmenő bányászleányok még egyideig folytatni szokták foglalkozásukat (üveggyárban) és házasságuk első éveit ezért terméketlenek.

Rátérve a vetélésekre, a meddő asszonyok közt 24-et találunk; vetéléseik száma 27. Egy asszonyra esik 1.12 abortus (2.56, ill. 2). Egyszer vetélt 22 meddő asszony vagy 91% (53, ill. 50).

Az összes vetélések száma korcsoportok szerint:

Kor	Asszonyok száma	Vetélések száma	1000 nőre	Dorogon	Csongrádon
—20	36	9	250	123	464
21—25	113	42	371	138	348
26—30	120	37	308	422	610
31—40	230	119	517	509	941
41—50	149	67	449	628	1125
51—	239	85	356	769	1201
Összesen	887	359	404	411	804
25 éven túl	738	308	417	378	915
30 éven túl	618	271	438	394	1050

E táblázat szerint a színmagyar és vegyes eredetű bányászasszonyok vetelési adatai összegezve a statisztika által kívánt egyezést mutatják. Az egyes korcsoportokon belül feltűnően több a vetelés a 25 éven aluli magyarok közt, mint a vegyes nemzeti-ségű vidéken, sőt még a csongrádi őstermelő lakosság adatait is felülmúlják; ez utóbbiak azonban az idősebb korosztályok hatalmas túlsúlya folytán a végső összeállításban messze maguk mögött hagyják a kétféle bányászakosságnak csaknem egyező számadatait. Érdekes, hogy a mi anyagunkban a 40 éven felüliek abortusainak száma csökkenést mutat; meg kell még jegyeznünk, hogy környékünkön a kankó alig ismert és a vérбай előfordulása is szórványos. A vetéléseknek ez az eloszlása valószínűleg ugyanannak a törvényszerűségnek engedelmessé, mint a születéseké: a házasság első éveiben a foglalkozás továbbfolytatása miatt, nagyobb az abortusarány. Fennáll még az a lehetőség is, hogy e fiatalabb korosztályok már a következő korcsoportba kerülve sem fogják elődeik adatait elérni; ebben az esetben a születések nagymérvű csökkenése és a vetélések számának növekedése várható. Meg kell azonban jegyeznünk, hogy a mostani adatokból még nincs okunk a túlzott borulásra.

Anyagunkban 1000 szülésre esik 98 abortus (164, ill. 573). Ezekből a 25 éven felülieknél 1000 szülésre 88 (378, ill. 595), a 30 éven felüli 1000 asszonyra esik 83 (193, ill. 635). Ezen számok is bizonyítják azt a feltevésünket, hogy Baglyasalján a vetélések inkább a fiatal korosztályokban fordulnak elő, szemben a dorogi és csongrádi adatokkal.

Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy statisztikánk megnyugtató módon egyezik *Janáky* vegyes nemzetiségű bányászakosságának megfelelő adataival és jóval kedvezőbb az őstermelő lakosságénál. Amennyiben a baglyasaljakörnyéki szülések száma eltér a dorogi adatoktól, ebben a tényben valószínűleg szerepet játszik az északdunántúli lakosság magasabb műveltségi foka, mely közismerten fordított arányban áll a születések számával. (*Szél*). Az őstermelő lakosság megdöbbentő szaporodási adatainak magyar voltukkal összefüggésbe hozatala csak akkor volna indokolt, ha hasonló műveltségi fokon levő nemzetiségi lakosságú őstermelő vidék születési adatai nagyfokban kedvezőbbek lennének. Véleményünk szerint *Janáky* statisztikájában a különbség legnagyobb részben az elűtő foglalkozás rovására írható. Mindenesetre tudva azt, hogy az ország lakosságának jelentékeny többsége őstermelő, *Janáky* adataira az illetékeseknek fell kell figyelniük.

Az állati mirigyek és szervek gyűjtése és értékesítése.

Írta: *Kubinszky Ernő dr.* szföv. állatorvos.

A mai organotherapias gyógyszer-szükséglet előállításához szükséges nyersanyagot az *egészséges vágóállatokból nyerik*, így a *szarvasmarha, bivaly, borjú, juh, sertés és ló* belső elválasztású mirigyait és egyéb szerveit használják fel e célra. Minden levágott állat húsvizsgáláton esik át és csak az egészségesnek talált állatok szervei kerülhetnek állatorvosi vagy orvosi felügyelet mellett gyűjtésre, majd friss vagy tartósított állapotban a gyógyszergyárak által feldolgozásra.

A hazai gyógyszerellátás igen jelentős feladat. Békeidőben az önellátásra nem fektettek nagy súlyt, így szervszükségletünket nem csupán a hazai termelésből fedezték, hanem tartósított állapotban, a távoli országokból szerezték be. A nyersanyag feldolgozása akkor a leggazdaságosabb, ha a termelésre beállított üzem egyfolytában dolgozik. A folyamatos üzem a termelést lényegesen olcsóbbá teszi, míg a nyersanyagnak csak időnkénti feldolgozása az ár és termelés rovására megy.

Az utóbbi évek gazdasági helyzete minden országot önellátásra kényszerít, annál is inkább, mert a nyersanyaghiány mellett a szállítás is rendkívüli nehézségbe ütközik. Ez a körülmény a hazai gyógyszergyárakat is arra készteti, hogy a szükséges szerveket a hazai vágóhidakról szerezzék be. Elsőrendű kötelessége tehát minden vágóhidnak az organotherapias szerveket minél nagyobb mennyiségben gyűjteni, vagy gyűjtetni és azt megfelelő ellenőrzés mellett frissen, esetleg konzerválás után a gyógyszergyárak rendelkezésére bocsátani.

Az organotherapias szervek nagy része csekély súlyánál fogva nem okoz veszteséget a levágott állat tulajdonosának, míg a hím és női ivarszerveket a 100.000/1932. F. M. rendelet 92. §. (5) bekezdése értelmében ügyis minden esetben el kell vonni a közfogyasztástól. A gyógyszerkészítésre szolgáló egyéb szerveket, melyeket nagyobb mennyiségben dolgoznak fel, a gyárak vétel útján szerzik meg, s azok árát kormányhatósági rendelet állapítja meg, pl. máj, bél, gyomor, stb., tehát semmi károsodás sem éri az állat tulajdonosát. A közfogyasztástól elvondandó ivarszervek és egyéb organotherapias szervek gyűjtését az illetékes állatorvosok szigorúan ellenőrzik. A közfogyasztásra alkalmas, szabályszerűen megvizsgált szervek, pl. máj, lép, vese, tüdő, éppen úgy, mint a hús és a vér is, szabad kereskedelem tárgyát képezik. A most felsorolt szervek fontos szerepet töltenek be a közéletben is, amiért is azok beszerzése a hústalan napok bevezetése óta nagyobb nehézségekbe ütközne, azért az ipariügyi miniszter 38.000/1940. sz. rendelete a gyógyszergyáraknak a levágott állatokból gyógyszerkészítés céljaira szükséges szervek vásárlásában elsőbbségi jogot biztosít.

A közegészségügy és nemzetgazdaság érdekében minden vágóhidon szolgálatot teljesítő állatorvosnak, orvosnak és húsvizsgálónak különös gondot kell fordítani a szükséges organotherapias szervek gyűjtésére.

Az alábbiakban a gyógyszerkészítésre felhasznált belsőelválasztású mirigyek és egyéb szervek elhelyeződését s azok gyűjtését ismertetem.

A felsorolásra kerülő szervek nagy része kivezetőcsőnélküli mirigy. Ezek közé tartoznak: az agyalapi mirigy (*hypophysis*), 2. pajzsmirigy (*thyreoidea*), 3. mellékpajzsmirigy vagy hámtesticse (*parathyreoidea*), 4. tobozmirigy (*epiphysis*), 5. magzatmirigy (*thymus*), 6. mellékvesék (*glandulae suprarenales*).

A felhasznált szervek másik csoportját azok a mirigyek alkotják, melyeknek kivezető csöveik is vannak, de hormonokat is termelnek. Ezek közé tartozik a here (*testis*), a petefészkek (*ovarium*), tüsző és sárgatest (*folliculus és corp. luteum*), hasnyálmirigy (*pancreas*) Langerhans-féle szigeteivel.

A harmadik csoportban azokat a szerveket és nyersanyagokat sorolom fel, melyek emberi élelemül közfogyasztásra kerülnek, de emellett számos olyan anyagot is tartalmaznak, melyek a therapia terén, sőt az orvosi diagnostikában is nagy jelentőséggel bírnak. Mindezek felsorolásával tájékoztatást szeretnék nyújtani a vágóhídi gyakorlat során gyűjtendő és felhasználható anyagok értékesítéséről is.

Az egyes szerveket gyűjtés után a felesleges kötőszövettől azonnal, esetleg később megtisztítják, majd a tiszta szervanyagot feldolgozzák, esetleg hűtik vagy fagyasztják és ha kellő tömeg áll rendelkezésre, dolgozzák csak fel. Hűtés helyett esetleg vegyszereket is használnak a nyersanyag tartósítására, így pl. a *parathyreoidea* és *hypophysis* acetona gyűjtendő, a megromlás veszélye nélkül.

Gyűjtésre vonatkozó rövid ismertetést az alábbiakban közlöm:

Az agyalapi mirigy (*hypophysis*). Az agyvelő alapi részének körülbelül a közepén fekszik a *hypophysis*, állományán két rész, a sötétebb (*pars cerebriális*) és világosabb (*pars intestinalis*) rész különböztethető meg.

A levágott állat feldolgozása közben az agyvelő eltávolítása után is a látókereszteződés között a fejen marad és csak kb. 2 cm átmérőjű kerek metszéssel távolítható el. Nagyságuk állatfajonként, kor, nem és tápláltsági fok szerint is változó. Szarvasmarhánál kisebb mogyoró nagyságú és a kivágáskor rajta maradt csekély kötőszövetet is beleszámítva, súlya 4–6 g között változik, sertésnél 0.4 g–0.5 g-ig, lónál 3 g.

Toboztest, epyphysis (*glandula pinealis*). A toboztest az ikertelepek fölött foglal helyet, melyet a gyűjtésnél az agyvelő kivétele után a koponyán, kb. félbab nagyságú, — esetleg kisebb — testszínű képletként, ha az agyvelőt helytelenül vették ki, esetleg roncsoltan az agyvelő alapi részén kell keresni. Súlya borjú-, szarvasmarhánál és lónál 0.4–0.8 g között változik, 20–25 drb. súlya átlag 10 g.

Pajzsmirigy (*thyreoidea*). A pajzsmirigy a 2–3. gégecsőgyűrű két oldalán helyezkedik el, melyhez laza kötőszövet fűzi. A két oldali pajzsmirigy a középső rész, a »szoros« köti össze. Az egyes állatfajok pajzsmirigyének lebenyei kb. szilvanagyságúak, vagy ennél kisebbek, színük sötétbarnavörös, izomszerűek. Szarvasmarhánál lebenykezett felületű, világosabb hússzínű, súlya páronként 25–35 g között változik. A ló pajzsmirigye sötétebb színű, gesztenye alakú és nagyságú, súlya 10–20 g. A sertésé egynemű, nem lebenyezett, a két oldali egy tömeggé nőtt össze, sajátságos alakú, súlya 15 g körül ingadozik. Gyakran találunk a pajzsmirigy mellett kisebb hússzínű képleteket, melyeket semmi esetre

sem szabad a mellékpajzsmirigyekkel összetéveszteni.

A mellékpajzsmirigyek (*hámtesticsek, glandulae parathyreoideae*). A pajzsmirigyek mellett, mégpedig szarvasmarhánál annak elülső-belső részén, lónál és sertésnél a külső-felső oldalon találhatók a szomszédos kötőszövetben, az utóbbiaknál a pajzsmiriggyel egy tokban. Színük halványpiros, miért is könnyen összetéveszthetők a szomszédos járulékos pajzsmirigyekkel és vérnyirokcsomókkal, melyeknek száma több is lehet. 100 drb. súlya szarvasmarhánál: 30–40 g, lónál 10–20 g. Gyűjtése után rendszeren acetona helyezzük.

A magzatmirigy (gl. *thymus*, kedeszmirigy, Briesel). Kérődzőknél a mellkas bejáratánál a gégeig, lónál a nyak közepéig a légeső és nyelőcső mentén haladó mirigy, mely rendeltetésénél fogva fiatalabb korban fejlettebb, míg idősebb állatoknál csökevényes és állományának helyét zsírszövet foglalja el. Mellkasi része egytömögű, mely a gége felé haladva jobb és bal lebenyre ágazik szét.

A petefészkek (*ovarium*). Alakjuk és nagyságuk állatfajonként változó. A tehén petefészkei szilva nagyságúak, kissé oldalt lapítottak, súlyuk 10–15 g. Felületük fiatal korban síma, idősebb korban viszont dudorzos, az állományában képződött sárgatest és tüsző következtében. A tehén jobboldali petefészke rendszerint nagyobb a baloldalinál, hashártyakettőzet csupán a tapadási helynél, míg a többi részét a tompafényű, szürkés színű csiralemez borítja. A méh fekvésénél fogva változik az elhelyezkedése is, vagy a hasüregben vagy a medencében található meg. A kanca petefészkei jóval nagyobbak a tehén petefészkeinél, mivel gesztenye vagy tyúktojás nagyságúak, súlyuk 40–70 g rugalmasan tömött tapintatúak, elhelyeződésük állandó, mivel a hashártyafodor a vesékhez köti. Lónál a bal petefészkek a nagyobb, mivel gyakran találunk benne tömlőket. A sertés petefészkei hasonlóak a tehénéhez, de dudorzosabbak, ami szederszerű külsőt kölcsönöz nekik, súlyuk 5–15 g. A petefészkek gyűjtése alkalmával azokat a méh szarvánál levágják és jegelt tartályokban, esetleg száraz hűtéssel szállítják.

A here (*testis*). A here a herezacskóban, ritkán a hasüregben (*kryptorchismus*) található páros szerv. Alakjuk nagy általánosságban az egyes állatfajoknál megegyezik. Többé-kevésbé elliptikus, kissé oldalt lapított szervek, melyek a herezacskó felmettszése után símafalu, kékes-vörös erezetet mutató szervként tűnnek elő. A bikáé 120–300 g, lóé 180–200 g, sertésé 80–250 g.

A tejmirigy (*mamma*). A tejmirigy az ivadékok számától függően két vagy több, elhelyeződése pedig a szoptatásnak megfelelően mellkasi vagy pedig hasi fekvésű. A tőgy állománya nem működés esetén inkább kötőszöveti szerkezetű, míg működésekor a parenchyma megszorodik és a kivezetőcsövek kitágulása miatt a mirigy alveoláris képet vesz fel.

A dűlmirigy (*prostata*, monytövi mirigy) a hólyag nyakán, a végbél alatt található, nagysága a herékkel fordított arányban áll. Szarvasmarha és sertés prostatája, a húgycsövet csőszerűen fogja körül, szárai pedig a húgycső izomzata alatt helyeződnek. Lónál két lebenye van. A szarvasmarha dűlmirigye 60–80 g, a lóé 15–30 g.

A mellékvesék (*glandulae suprarenales*). A mellékvesék a vesék zsírtokjában foglalnak helyet,

Megtalálhatók a vesék elülső részén, melyekkel erek útján szoros összeköttetésben vannak. A feldolgozásra kerülő állatnál a gerincoszlop oldalán a vesefaggyú felmetszése után előtűnik a lapos, sajátságos alakú, barnavörös, esetleg szürkés színű mellékvese.

Szarvasmarha jobboldali mellékveséje szív alakú, a baloldali pedig fordított 9-es számhoz hasonló, felületén az erek behatolási helye jól látható, burkuk nehezen vagy egyáltalán nem vonható le. Súlyuk tisztítva 15 g (20–30 g). A ló mellékveséje lapos, szélei hullámosak, színe szürkésbarna-vörös, súlyuk 15–30 g. A sertésé hosszúka alakú, inkább vöröses színű, szélei simák, súlyuk tisztítva körülbelül 5 g átlagsúlyú.

A *hasnyálmirigy* (fehérmáj, pankreas). A hasnyálmirigy színe a halványpiros és szürke-vörös között váltakozik. A máj és a gyomor felett az epésbélen vízszintes fekvésben foglal helyet. Szélesebb része a fej, keskenyebb elágazása pedig a fark. Kötőszöveti tok borítja, mely a mirigyres részeken sötétebbet bocsát és lebenyekre osztja. A parenchyma kivezetőcsővel bíró mirigyvei között találunk hámsejtesoportokat, melyek a belsőelválasztású rendszer tartozékai. Ezek az apró epithel sejtekből álló Langerhans-féle szigetek. Sűrű érhalózatukból következik, hogy termékük a vér útján jut a szervezetbe.

A kérődzők (szarvasmarha, borjú, juh) hasnyálmirigye zsírmintes, jobb lebenyük vastagabb a balnál, színük sárgásbarna és a bélfodor lemezei között helyeződik el, de kötőszövet útján összeköttetésben van a léppel, a bendővel és a májjal is. Kivezetőcsőve az epésbélnyílásba nyílik, juhfélekben az epevezetővel közösen. Súlya átlag 220 g.

A ló hasnyálmirigye 3 lebenyből áll, színe sárgás szürkévörös, közel fekszik a gerincoszlophoz és a vesével is szomszédos. Fő kivezetőcsőve az epevezetővel közösen nyílik, míg a járulékos kivezetőcső ezekkel szemben torkollik az epésbélnyílásba. Súlya átlag 250 g.

A sertés hasnyálmirigye alakilag és fekvésileg is a lóéhoz hasonló, patkóalakú, de állománya zsírral bőven átszótt. Kivezetőcsőve 15–20 cm, az epevezető nyílása fölött torkollik az epésbélnyílásba. Súlya átlag 60 g.

A *máj* (hepar). A máj állatfajonként különböző lebenyzettséggel bír.

A kérődzők mája sötétebb vörös, néha a sok pigmenttől feketeszínű. Lebenyei nem kifejezettek, szarvasmarhánál csupán a Spiegel-lebeny különül jól el. A szarvasmarháé 3–6 kg, juhoké 350–860 g.

A ló mája átlag 5 kg, idősebb korban kevesebb. Két bemetszés 3 lebenyre osztja. A máj vezetéke a pancreas kivezetőcsővével együtt nyílik a duodenumba. A ló máján epehólyag nem található.

A sertés mája aránylag nagy, 1–2½ kg súlyú, melyet 3 bemetszés 4 lebenyre oszt. A máj lebenykeinek rajzolata az összes háziállatok közül a sertésnél a legkifejezettebb.

Az *epéhólyag* (vesica fellea).

A vágóállatok közül a lónak nincs epehólyagja, míg a többi vágóállatnál a következő súlyadatok szerint változik: A sertés epehólyagja epével együtt 20–100 g, ebből a hólyag súlya 10–25 g, az epetartalom pedig 10–75 g között ingadozik. Tíz mérés alapján 1 epehólyag átlagos súlya 60 g, ebből a hólyag állománya 17 g, a gyűjthető epe pedig 43 g. Szarvasmarha telt hólyagja 300–1040 g, ebből a

hólyag 40–90 g, az epe 310–900 g között ingadozik. Átlag a telt hólyag 640 g, a hólyag fala 41 g, míg a gyűjthető epe tartalma átlagosan 580 g súlyú darabonként. Előfordulnak rendellenesen nagy 2000–3000 g, sőt ennél is nagyobb epehólyagok.

A *lép* (lien, splen). A lép csukaszürke, barnavörös színű szerv, mely a bal borda alatti tájékon helyezkedik el. A szarvasmarha lépe egyenletesen széles, hosszant megnyúlt, lekerekített végű, 2–3 cm vastag, súlya átlag 1100 g. A ló lépe sajátságosan hajlott alakú, kékesvörös szerv, súlya 200–2670 g között váltakozik. A sertés lépe nyelvalakú, hosszant megnyúlt, egyenlő széles, de élénkebb vörös színű, súlya 130–140 g.

A *gyomor* (ventriculus). Gyógyszerkészítés szempontjából főleg a sertés gyomor jöhet számításba, ami szerkezetileg összetett gyomor. A gyomorban 3-féle mirigyreszt találunk: 1. a gyomoralapi (fundus) mirigyeket, a nagygörbület alapján és oldalán, színük sötétebb vörös, 2. a gyomorvégi (pylorus mirigyek) színe világosabb sárgászürke, helyükön a nyálkahártya redőket alkot, 3. a gyomorszáj (cardia) mirigyvei helyén a nyálkahártya síma, világosabb színű, szerkezetileg a pyloruséhoz hasonló.

Az *epésbél* (duodenum). Az epésbélkészítmények részint a nyálkahártyalevonatból, részint pedig a bélszövetek felhasználásával készülnek. A gyomor-nyelvével bélszakaszba kerül és keveredik a hasnyálmirigy váladékával, valamint az epével.

Röviden összefoglalva iparkodtam az egyes szerveket leírni, melyek gyűjtése igen fontos és jelentőségteljes feladat és véghezvitele kellő szakismeretet igényel, különösen azoké, melyeket élelmszerűen nem használnak, csupán gyógyszerkészítés céljait szolgálják. A kormányhatóság belátva az organoterapiás szervek fontosságát, a 13.800/1942. sz. Ip. M. rendelettel az abban felsorolt szervek felajánlását, átadását és gyűjtését rendelte el és a rendelet végrehajtásával a *Magyar Bőripari és Nyersanyagbeszerző és Elosztó Rt.-t* bízta meg. E Rt. pedig a »Globus« *Kereskedelmi Ipari Mezőgazdasági Rt.* útján bonyolítja le a gyűjtést és az azzal összefüggő kereskedelmi ténykedést.

Az említett »Globus« Rt. (Budapest, IV., Eötvös-tér 2.) már megszervezte a szervek gyűjtését. A még be nem szervezett helyekről minden különösebb engedély nélkül, egyszerű bejelentésre kell a szerveket a rendeletek értelmében az alábbi helyekre küldeni:

Békéscsaba	Kolozsvár	Sopron
Budapest	Komárom	Szabadka
Cegléd	Marosvásárhely	Szatmárnémeti
Csepel	Miskolc	Szeged
Debrecen	Orosháza	Székesfehérvár
Győr	Pápa	Szombathely
Gyula	Pestszenterzsébet	Újpest
Hódmezővásárhely	Pécs	Újvidék
Kassa	Rákospalota	Veszprém
Kispest	Rimaszombat	

E helyeken a megbízottak — rendszerint a bőrátvevők — gondoskodnak a kellő tárolásról, különböző kipróbált hűtőedények stb. felhasználásával.

A gyorsan romló szervek (hasnyálmirigy, máj, stb.) kivételével, a szerveket több napig tárolhatjuk hűtőben, jégsekrényben, míg a hypophysis és parathyreoidea acetonban (amit az érdekltség bocsát a gyűjtő rendelkezésére) hosszabb ideig tárolható.

A nagyforgalmú vágóhidaktól eltekintve, igen ajánlatos, hogy a gyűjtést a húsvizsgáló személyesen végezze. Ez a körülmény elsősorban az ellenőrzést könnyíti meg, azonkívül pedig anyagiakban is jelentős összeget biztosít a húsvizsgáló számára. A körülmények a helyi vágásoknak megfelelően mindenki számítást végezhet a következőkből.

A gyűjtött szervek árairól és a vizsgálatot végző személyek és szedők díjairól a *m. kir. közellátásügyi miniszter 62.250/942. K. M. sz. rendelete* intézkedik (lásd »Budapesti Közlöny« 1042. VI. 4. számát).

1. §. (1) A 13.800/1942. Ip. M. számú rendelet értelmében a Magyar Bőripari Nyersanyagbeszerző és Elosztó Rt. részére a felajánlott állati szervek legmagasabb termelői ára a következő:

a) *szarvasmarha*

hasnyálmirigy	2.40 P
étkezésre alkalmas máj Budapesten	1.90 „
étkezésre alkalmas máj vidéken	1.71 „
ipari célra alkalmas máj	1.— „

b) *ló*

hasnyálmirigy	1.16 P
étkezésre alkalmas máj	1.10 „

c) *sertés*

hasnyálmirigy	2.40 P
gyomor nyálkahártya darabja	0.25 „
gyomor kg-ja	0.15 „

d) *borjú*

hasnyálmirigy	2.40 P
-------------------------	--------

e) *juh*

hasnyálmirigy	2.40 P
-------------------------	--------

(2) A szarvasmarha, ló és sertés hasnyálmirigyének áraban a mellékvese, ivarmirigy (here, petefészkek), agyfüggelék, pajzsmirigy és mellékpajzsmirigy, a szarvasmarha és a sertés hasnyálmirigyének áraban pedig ezenfelül az epe ellenértéke is bennefoglaltatik, ezeket a hasnyálmiriggyel együtt át kell adni, súlyuk azonban a hasnyálmirigy súlyához nem számítható hozzá.

2. §. (3) Ha a felhasználó az állati szervek tartósításához különleges tartósító szerek alkalmazását kívánja, azokat saját költségén köteles a nagykereskedő rendelkezésére bocsátani.

3. §. A nagykereskedő a húsvizsgálatot végző személynek a húsvizsgálatért és a felajánlási kötelezettség teljesítésének ellenőrzéséért, továbbá a szedőknek az állati szerveknek szedéséért az alábbi díjakat köteles fizetni:

	Húsvizsgálati és ellenőrzési díj	szedői díj
a) <i>szarvasmarha</i>		
hasnyálmirigy kg-kint	—42	—18
mellékvese 100 darabonkint	1.40	—60
here 100 darabonkint	7.—	3.—
petefészkek 100 darabonkint	3.50	1.50
agyfüggelék 100 darabonkint	4.20	1.80
pajzsmirigy 100 darabonkint	1.40	—60
mellékpajzsmirigy 100 drb-kint	4.90	2.10
étkezésre alkalmas máj Budapesten kg-ja	—133	—057
étkezésre alkalmas máj vidéken kg-ja	—1197	—0513
ipari célra alkalmas máj kg-kint	—07	—03
epe kg-kint	—21	—09
b) <i>ló</i>		
hasnyálmirigy kg-kint	—21	—09
mellékvese 100 darabonkint	1.40	—60
here 100 darabonkint	7.—	3.—

	Húsvizsgálat és ellenőrzési díj	szedői díj
petefészkek 100 darabonkint	3.50	1.50
agyfüggelék 100 darabonkint	4.20	1.80
pajzsmirigy 100 darabonkint	1.40	—60
mellékpajzsmirigy 100 drb-kint	4.90	2.10
étkezésre alkalmas máj kg-kint	—077	—033

c) *sertés*

hasnyálmirigy kg-kint	—42	—18
epe kg-kint	—21	—09
mellékvese 100 darabonkint	—70	—30
here 100 darabonkint	7.—	3.—
petefészkek 100 darabonkint	2.80	1.20
agyfüggelék 100 darabonkint	1.40	—60
pajzsmirigy 100 darabonkint	—70	—30
gyomor nyálkahártya kg-kint	—0175	—0075

d) *borjú*

hasnyálmirigy kg-kint	—42	—18
here 100 darabonkint	7.—	3.—

e) *juh*

hasnyálmirigy kg-kint	—42	—18
---------------------------------	-----	-----

Természetesen, tehát — amennyiben a szervek gyűjtését maga a húsvizsgáló végzi, az ellenőrző és húsvizsgáló díjon felül a szedő díja is öt illet meg.

Az organotherapiás szervek gyűjtésével kapcsolatos kérdésekben a székesfővárosi állatorvosok szívesen adnak felvilágosítást.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYASZAT

Rovatvezető: *Gömöri Pál és Binder László.*

A typhus abdominalis klinikája. *Drigalski és Martin.* (Klin. Wochschr. 1942. 7. A typhus abd. klasszikus jól körülírt kórkép, melynek szokásos tüneteit mindenki jól ismeri. A kórkép azonban néha a normalistól eltérő lehet, ami a kórjelzést nehezíti. 110 esetekben (Posen) a következő eltéréseket találták a szokásos lefolyástól: a lázgörbe 10%-ban tért el a szokásos lázmenettől. 11%-ban nem volt aneosinophilia. (Naegeli szerint az aneosinophilia abszolút biztos tünet!) Leukopenia hiányzott 26%-ban. A Widal reactio 25%-ban volt neg. vagy bizonytalan eredményű. 38% nem ürített bacillust. A haemokultúra 47%-ban maradt neg. Az esetek körülbelül felében nem volt a lép tapintható és nem volt rel. bradycardia. (G. 19.) *Gömöri.*

Gerinevelősérülés sulfonamid (Albucid) intralumbális adására. *Oberdisse.* (Klin. Wochschr. 1942. 10.) A sulfonamidkészítmények bevezetése lényeges haladást jelent a meningitis kezelésében. A mortalitás saját tapasztalata szerint is lényegesen csökkent. Az intralumbális adás azonban veszélyt rejt magában. Két esetben intralumbális albucid adagolás következtében súlyos bénulások léptek fel. (G. 20.) *Gömöri.*

A nyugalminomás szerepe vénásnyomás emelkedésekor. I. Modelkísérletek. *Starr és Rawson.* (Amer. J. med. Sci. 199. 1.) Ha egy rugalmas csővekből (erek) álló rendszerben a folyadékot mozgó pumpát (szív) megállítjuk, az egész rendszerben azonos lesz a nyomás. Ezt a nyomást nevezzük nyugalminomásnak. A szerzők két vércső modeljükön tanulmányozták a szívgyengeség okozta hidrodinamikai változásokat. Úgy találták, hogy a vénás pangást nemcsak a szívgyengesége okozza, hanem a keringő vér mennyiségének megszaporodása, vagy a capillarosok összenyomása is növeli a nyugalminomást. A nyugalminomás emelkedésével az arteriális nyomás megmarad a szívgyengeség előtti szintjén, a vénásnyomás pedig magasabb lesz. Így tehát modeljükön sikerült utánozni a klinikai képet. (G. 21.) *Juvancz Iréneusz dr.*

A nyugalminomás szerepe vénásnyomás emelkedésekor. II. Állatkísérletek és klinikai megfigyelések. Szerzők a modelkísérleteik eredményeit állatkísérletekkel és betegeken, illetve közvetlenül a halál beállta után végzett mérésekkel ellenőrizték. Kutyán végzett

BÉHEXOS: CUKORINJECTIO B₁-VITAMINNAL

„CERTA” GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R.T. BUDAPEST

műtéteikkel megállapították a nyugalminyomás változásait i. v. adott colloidok hatására. úgyszintén a nyugalminyomás változásait közvetlenül halál után. Betegeken és hullákon végzett vizsgálataik szerint a vénásnyomás nagyságából a nyugalminyomásra jól lehet következtetni. A nyugalminyomás pangásos szívbajban szenvedő betegeken valóban sokkal magasabbnak bizonyult, mint épszívűeken. Hivatkoznak Bolton állatkísérleteire, ki úgy találta, hogy ilyenkor a vérmennyiség tetemes megszaporodása növeli a nyugalminyomást. Vizsgálataik szerint tehát a vénásnyomás emelkedésével járó szívbetegek esetén a nyomás-emelkedést nagyrészt extracardialis okok idézik elő. (G. 22.)
Juvancz Iréneusz dr.

SEBÉSZET.

Rovatvezető: *Guszich Aurél és Rhörer László.*

A prostata hypertrophia kezeléséről. Kuhlenskampff. (Dtsch. med. Wschr. 1942. 11.) — A betegség helyes gyógyítása a korai műtét, annál is inkább, mert nem tudhatjuk, hogy az addig még jóindulatú daganat mikor lesz rákossá. — Műtéti eljárásként a szerző az általa már 26 esetben végzett eljárást ajánlja, melynek lényege a következő: a levegővel feltöltött hólyagba felső hólyagmetszéssel hatol be, de magát a hólyagot úgy nyitja meg, hogy a nyálkahártya csak mintegy 1 cm-es darabon nyílik meg. Ezt a nyílást Hegar-féle tágitóval nagyobbitja egészen a 22^o-ig. A daganat ágát novocainnal felduzzasztja, majd a daganatot újjával tompán eltávolítja. Ha nagyritkán fecskendő vérzés van az eltávolított daganat helyéről, azt lefogja, egyébként a műtéti területet és a hólyagot kitörli, a hólyagot (tampon és drainsó nélkül) elsődlegesen zárja. 26 eset közül csak 1 esetben kellett a hólyagot vérzés miatt ismét felnyitni. Az így operált betegek feltűnő gyorsan gyógyulnak. (R. 28.)

Fináczy Ernő dr.

Az intermediär stadiumban lévő appendicitis kezelése és a pneumococcus peritonitis. *Westhues és Rüd.* (Chirurg 1942. 4.) Az intermediär szakban lévő appendicitis kezelésében a műtét, vagy a konzervatív kezelés és a beavatkozás idejét tekintve, véglegesen kialakult nézet nincs. Konzervatív kezelés 15%, a radikális műtét 35% halálozással jár. Szerzők ajánlják: 1. minden olyan appendicitis operálandó az intermediär szakban, amely biztosan nincs helyileg elhatárolva; 2. mint műtét a konzervatív, vagy ritkábban a radikális műtét jöhet szóba. Az időben végzett konzervatív műtét a lelet szerint lehet: az infiltratum vagy a kialakulóban lévő tályog körültamponálása, a szabad genny exsudatum leszívása, vagy drainsó behelyezése. Ilyen óvatos beavatkozás mellett a nem elhatárolt helyi hashártyagyulladás nem szokott tovahaladni. Pneumococcus peritonitis, vagy átfúródott, nem elhatárolt appendicitis kórismézésének biztosítására próbahasmetszést ajánlanak. (R. 24.)

Köves István dr.

Vérőrkimetszésnél és lekötésnél a collateralis keringés kialakulása céljából végzett vizsgálatok. *Dr. Horst Wille—Baumkauff és dr. Adalbert Büttner.* (Bruns Beitr. 172. 2.) *Leriche* és munkatársai kísérleteik

alapján a sérült vagy elpusztult érdarab eltávolítását ajánlják, mert így a collateralis keringés kialakulása hamarabb remélhető. A szerzők kutyakísérletben az egyik oldalon az art. profunda femoris eredése alatt kivágtak 5–12 cm. hosszú érdarabot az art. femoralisból, a másik oldalon zúzták és többszörösen leköttették a femoralist. Arteriographias vizsgálatai eredményeinek összegezésekor kitűnt, hogy nincs olyan egybehangzó oldalkülönbség a kivágás javára, mint azt *Leriche* és munkatársai vizsgálataik alapján állították. (G. 23.)

Kadosa László dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

Luminescencia-mikroszkópos vizsgálatok A-vitaminmentes táplálékon tartott fehér patkányok adaptációjának lefolyásáról. *Schairer és Patzelt.* (Graefes Arch. f. O. 144, 416. 1942.) Az ideghártya, illetőleg szemfenék színének változását vizsgálták elsősorban luminescencia-mikroszkóppal az adaptatio folyamán normalis és A-vitaminmentes táplálékon tartott fehér patkányokon. Az eddigi legtöbb vizsgálóval ellentétben megállapították, hogy időbeli lefolyásban a színváltozásban különbségek nem állapíthatók meg. A Querner f. »X világitóanyag« megtalálható valamennyi A-vitaminmentes táplálékon tartott patkány pigmentumjában, noha a májban sem mikroszkóposan, sem chemiai úton már nem volt kimutatható. (23.)

Radnót Magda dr.

Klinikai vizsgálatok az üvegtest viselkedéséről retinitis proliferansnál. *Hruby.* (Graefes A. f. O. 144, 434. 1942.) Élő szemeken végzett vizsgálatok alapján megállapítja, hogy retinitis proliferansnál a kötőszövet- és érujonképződés mindig a retrovitrealis résben következik be, tehát nem az üvegtestbe nyomulnak a kötegek. Az üvegtestbe úgy látszik csak akkor nőhetnek be a kötegek, ha a hashártya elroncsolódik, például traumás eredetű vérzéseknél, amelyeknél egyébként is gyakoribb a retinitis proliferans, mint egyéb eredetű vérzéseknél. (22.)

Radnót Magda dr.

Összehasonlítás Elliot trepanatiója és Holt iridenkleizise közt. *Brausewetter—Köppner.* (Klin. Mbl. f. Augenheilk. 108. jún.) Az összehasonlítás 75 glaukomás betegen történt, akiknek egyik szemét Elliot, másik szemét Holt szerint operálták. A nyomásöskentés, továbbá a látásélesség megtartása szempontjából a két műtét között lényeges különbség nincs, ugyanez áll a műtét után képződhető hályog gyakoriságára és a szabad sipolyra. Kozmetikailag a trepanatio jobb, de postoperatív és késői veszélyesebb fertőzés csak ezután lépett fel. (27.)

Nagy Ferenc dr.

Öregkori hályog műtete utáni vérzések. *Kötz.* (Klin. Mbl. f. Augenheilk. 108. jún.) 750 hályogműtétről számolt be. 440 szövődmenyes hályog műtete után 18.9%-ban volt vérzés az elülső csarnokba, ez 5.2%-ban rontotta a látás-eredményt. A vérzés leggyakrabban a 4. nap utáni éjszán történt. Egyéb irodalmi adatokkal összehasonlítva, tokos műtét után gyakoribb a vérzés. De-

PEREMIN-CHINOIN

Rheumatikus izom- és ízületi bántalmak histamin-kezelésére

Kenőcs

Injectio

Solutio

IDULT NŐGYÓGYÁSZATI BETEGSÉGEK MEGGYÓGYULNAK AZ ERZSÉBET-GYÓGYFÜRDŐBEN

KESERŰSŐS FÜRDŐK
ISZAPBOROGATÁSOK
FORRÓ ÖBLÍTÉSEK

cemberben és júniusban volt a legtöbb, októberben a legkevesebb. Súlyos arteriosklerosisban különösen sok volt a vérzés már a műtét alatt is. Egyszerű hypertoniában nem volt gyakoribb, ha vérlebocsájtás történt. Glaukomás szemek igen vérzékenyek. Diabetes, ha a műtét előtt inzulinnal helyesen előkészítették, nem okozott gyakrabban vérzést. (28) *Nagy Ferenc dr.*

A könnyimirigy bekapcsolódása a C-vitamin anyagcserébe. *Vetter.* (Gr. Arch. f. Ophth. 144. B. 3. H.) Szent-Györgyi megfigyelései alapján tudjuk, hogy az ascorbinsav és az ezt tartalmazó szerek a 10%-os 1-4 pH-jú ezüstnitrátot, valamint az 1%-os aranychloridot redukálják. Ugyanis az egyes szervek sejtjeiben így a könnyimirigy sejtjeiben is ezüstnitrát, illetőleg aranychlorid hatására záradéktettek keletkeznek, amelyek ascorbinsav jelenlétében a fenti oldatokat redukálják. A szerző kísérleteit skorbutizált, C-vitaminban szegény kosztot tartott és C-vitaminnal injicált tengeri malacokon végezte. A reactio az első esetben negatív, a többiben pedig mind erősebben pozitívra vált, függve az adott C-vitamin mennyiségétől, valamint az időtől, amely az adás és az állat levágása, illetőleg a szerv kivétele közt eltelt. (29) *Nécsesi Pál dr.*

UROLOGIA

Rovatvezető: *Babits Antal.*

Két elsőleges ureter-rákról és annak diagnosisáról. *Lange.* (Z. f. u. Ch. u. Gyn. 1942. 3.) A szerző két primár ureter-rákos betegről számol be, akiknél az anamnesis és a panaszok annyira nem voltak jellegzetesek, hogy csak az általános belgyógyászati kivizsgálás negatív eredménye alapján lehetett urológiai betegségre gondolni. Elsődleges ureter-ráknál a vérzés, fájdalom és tapintható daganat hiányozhat és ha megvan, többféle jelentőségű is lehet. A kórisméhez közelebb visz a vizeletvizsgálat (tumorjellegű hámsejtkötegek esetleg), a cystoscopia (a vérzés eredete és módja, az úgynevezett cseppvérzés) és méginkább értékes vizsgálati eszköz a rtg. (Különösen a retrograd ureterographia; kiszélesedés telodési hiány mellett, stb.) Tökéletes biztonságot ad már a műtét előtt a próbakimetszés, amit a szerző minden esetben elvégez. Therapia: teljes nephroureterectomia. Prognosis csak nagy elővigyázattal állítható fel a metastasisok miatt. Az elsőleges ureter-rák ritka, a világirodalomban eddig összesen 80 esetet írtak le. (B. 11.)

Szendrői Zoltán dr.

ORR-, TOROK-, GÉGE- ÉS FULGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

Postoperatív meningitisek megelőzése sulfamidkezeléssel. *Prof. J. Piquet.* (Msch. 1942. 2. füzet.) Szerző az endonasalis műtétek kapcsán előforduló meningitisek prophylaxisát tárgyalja. Meningitis veszélye az endonasalis műtétet közül leggyakrabban rostasejtkitakartásnál, polypusok eltávolításakor, nagyritkán septum-resectio, homloküregműtétek és Luc Caldwell-műtét

után fordul elő. Ezekben az esetekben legtöbbször a csontszerkezet valamely okból történő felritkulása miatt a lamina cribrosa törékenyebbé válik, műteti beavatkozáskor a dura könnyebben beszakad, aminek következtében egy idő múlva meningitis lép fel. Szerző két esetben, ahol meningitis veszélye fenyegetett, sulfamid-kezeléshez folyamodott, mégpedig úgy, hogy az első napon 8-9 gr-ot, további napokon 2-3 gr sulfamidot adagol tíz napon át. Így elkerülhetővé vált a meningitis fellépése és beteget a 12., ill. 15. napon meggyógyultak. Szerző minden olyan esetben ajánlja a sulfamid-kezelést, mikor feltételezhető, ill. nyilvánvaló, hogy durasérülés történt. (A. 13.)

Hajts Gyula dr.

Detonációk következtében beállott középfülgyulladások, azok lefolyása és sajátosságai. *Kindler.* (Arch. f. Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilk. 151. Bd. 1. H.) Szerző 35 dobnások okozta középfülgyulladásokról számol be, melyeket nagyobb anyagban a keleti fronton küzdő csapatoknál észlelt. 300 robbanásos sérülés közül 106 esetben támadt dobnártárpelédés, melyek közül 35 középfülgyulladáshoz vezetett és 9 esetben vált mastoidektomia szükségessé. E 27% elég magas arányszám a banális heveny középfülgyulladással kapcsolatos mastoidektomiákkal szemben, melyek általában csak 8-15%-ot tesznek ki. A csecsnyulvány felvésekor minden esetben feltűnt, hogy a kiterjedt genyesedés dacára a cellák nyálkahártyája mennyire nem volt duzzadt. A középfülgyulladás a legtöbb esetben a trauma után 1-3. napon lépett fel anélkül, hogy közben fülmosás, vagy meghűlés szerepelt volna. Endocranialis szövődmény (sinusthrombosis, agyhártyagyulladás, agytályog) nem, diffúz serosus labirinthisis 1 esetben fordult elő, mely eubasin alkalmazására 6 nap alatt lezajlott. A dobnártárpelédések általában hegesen gyógyultak és a legtöbb esetben kisebb-nagyobb nagyothallás maradt vissza, mely belsőfül eredetűnek bizonyult. A geny bacteriologiai vizsgálata meglepő eredménnyel járt, mert az esetek legnagyobb számában staphylo- és streptococcusok mellett diphtheria-bacillus volt kimutatható, anélkül, hogy az orrban, epipharynxban, vagy a garatban diphtheriás fertőzés szerepelt volna. A pathogen csírok részben a levegő, részben a hallójárat tisztatlansága folytán a robbanás okozta légnyomás következtében préseltettek a dobnártárpelédésén át a középfülbe, ahol oly mennyiségben árasztották el a nyálkahártyát, hogy annak nem maradt ideje felkészülni az ellenállásra. Innen magyarázható az, hogy az erős genyesedés dacára a nyálkahártya nem duzzadt meg, továbbá, hogy mastoidektomia elég gyakran vált szükségessé. (A. 23.)

Ajkay Zoltán dr.

Orvos Urak! Arab, hindu, tibeti, kínai, japán, perzsa és egyéb keleti orvostudományokra és keleti kuruzslásra vonatkozó könyveket bármilyen nyelven ves, kikölesönözne, Vörösváry Kiadóvállalat, Budapest, IV., Múzeum-körút 13. Tel.: 187-737 és 184-464.

ÚJ FEGYVER

A HALADÓ SZELLEMŰ ORVOS KEZÉBEN A

DIACHEMIA
STRAUB SÁNDOR
GYÓGYSZERÉSZETI ÉS VEYÉSZETI LABO-
RATORIUM, BUDAPEST, VI., TERÉZ-KRT. 27

TROMBOGEN

inj. varix és haemorrhoidalis csomák okozta bántalmak **műtétmentes** megszüntetésére

3 amp. ára P 2.20

FAGIFOR „CITO“

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lacto-kreosot-syrup

Ideális enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere
lag. orig. P 3-21, pénzt. csom. P 1-61

Szabadon rendelhető: MAB, MÁV. B. B. I. Szklöv. kórháza
Szklov. Alk. Segítő Alapja. Keresk. Segélyegyl.

CITO gyógyszervegyészeti gyár
Budapest, XIV., Lengyel-utca 33.

KÖNYVISMERTETÉS

Häufigkeit u. Ursachen der vorzeitigen Invalidität.
Reichert F. (1942. G. Thieme kiadása, Leipzig, 8 ábrával.
Ára 3 M 50 Pf).

Alapos és mélyreható tanulmány, melyben a szerző a 65 éves korhatár előtt beálló korai rokkantság okainak kutatásával foglalkozik s ezen úgy nemzetgazdasági, mint orvosi és socialpolitikai szempontból fontos kérdést újszerű megvilágításba helyezi. A gyakran hangzatosított munkaértalommal (Arbeitskniek) szemben a korai megrokkadás mélyebben gyökerező okát a lélektani motívumokban keresi, melyek ellen az állam sikeresen veheti fel a küzdelmet a részlegesen rokkantak megmaradt munkaerejének célszerű kihasználása és megfelelő munkahelyekre beosztásuk által. A betegség, rokkantság és halál közötti összefüggések bírálata kapcsán rámutat az idejében és céltudatosan végzett sorozatos orvosi vizsgálatok szükségességére, ami által lehetőség nyílnék az idült betegségek, főleg az annyira gyakori keringési zavarok tulajdonképpen okainak felderítésére és elhárítására. A német rokkantbiztosítási statisztika (1924–1938) elemzéséből arra az érdekes következtetésre jut, hogy a korai rokkantság előidézésében a munkapiac mindenkori helyzetének, a gazdasági élet fellendülésének és hanyatlásának lényeges szerepet kell tulajdonítani. Részletesen foglalkozik a különböző betegségi csoportoknak (Diabetes, vérnyomászavarok, légzőszervi bántalmak, neurosisok, stb.), továbbá a háborús fáradságnak a korai rokkantságra gyakorolt hatásával kiemelve azt a tényt, hogy a rokkantbiztosítási statisztika alapján a keringési zavarok tényleges szaporodását megállapítani nem lehet. A munka utolsó fejezetében a nők korábban beálló invaliditásának a női munka természetében és a nők psychejében rejlő okait boncolgatja. A könyveske nagyon sok társadalompolitikai, socialbiológiai és etikai szempontból is megszívlelendő gondolatot vet föl, melyek ily rövid referatumban természetesen nem részletezhetők, ezért olvasását minden biztosítási és socialpolitikai kérdéssel foglalkozó szakembernek ajánljuk.

Milkó prof.

Klinikai kémiai vizsgáló módszerek. *Erdős József és Spiera Mária.* Szász Tihamér dr. kiadása. Ára 9.80 P. Ha valaki laboratóriumában újabb vizsgálatokat akar bevezetni, többnyire nagy nehézségekbe ütközik. Egyes anyagok meghatározására ugyanis az irodalomban több módszer található és ezek számtalan módosítása közül a kevésbé gyakorlott kutató csak keserves munka árán tudja a legmegfelelőbbet kiválasztani. Ettől a nehéz feladattól kíméli meg kollégáit Erdős és Spiera azért, hogy könyveikben a nagymúltú Korányi-klinikán kikristályosított eljárásokat ismertetik. Munkájuk két részre oszlik: az általános részben a kémiai és fizikai alapműveleteket tárgyalják, a részletes részben pedig sorra veszik az orvosi laboratóriumokban előforduló valamennyi kémia vizsgálati eljárást. Végül rövid függelékben a leggyakrabban szükséges táblázatokat foglalják össze. — A kitűnő stílusú könyvet nem kezdők számára írták, de az egyes eljárásokat olyan nagy körültekintéssel és pontossággal ismertetik, hogy a némi gyakorlattal rendelkező könnyen elsajátíthatja belőle a legbonyolultabb rendszereket is.

Horvát Imre dr.

Florence Nightingale. *Osvát Zsuzsa.* 134 old. Szerző kiadása. (VI., Délibáb-u. 25. sz.) Bolti ára 5 P.

Osvát Zsuzsa Miss Nightingale életéről és működéséről írott könyve jobb időben nem jelenhetett meg, mint most, amikor a harcerekén újból számos sebesült és beteg rászorul a segítő kezekre.

Miss Nightingale nemcsak a rendszeres ápolónői munka kiépítésének volt úttörője, de egyben a Vöröskereszt eszmét is képviselte még Dunant előtt a krími háborúban, ahol mint első tábori ápolónő szakcsereű segítséget nyújtott az addig segítség nélkül szenvedő sebesülteknek és amellet nagy segítségére volt az orvosoknak is. Nem száraz életleírást írt le a szerző, hanem színezte ezt a mult század társadalmi életének találó korrajzával, egészségügyi helyzetének, orvosi gyógyítómunkájának érdekes időképeivel is. Florence Nightingale élete során személyes megfigyelésekkel végigéli a polgári és katonai ápolórend kialakulását, átéri annak minden problémáját. Nemes magas erkölcsi értékekkel ékes lelkiségéből fakad az ápolónői hivatás igazi útja, értékének, célkitűzésnek örökre szóló meghatározása. Bizonyos az, hogy aki ezt a könyvet elolvassa, nemcsak Florence Nightingalere és az ápolónői hivatást végző jótékony lelkekre fog tisztelettel gondolni, hanem jobb emberré is lesz.

Szukováthy Imre

A légzési szervek betegségei. Szerkesztette: *Hetényi Géza* dr. Előszót írta: báró *Korányi Sándor.* 619 oldal. Ára: 38 pengő. A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat szép sorozatának egyik legjobban sikerült kötete, ami nem meglepő, ha figyelembe vesszük, hogy milyen kitűnő szakemberek társultak a munka megírásához. Vitéz *Tátrallyay Zoltán*tól származik a felső légutak megbetegedéseiről szóló rész, *Hetényi Géza* írta a hörgők és tüdők betegségeiről szóló fejezetet, a mellhártyák és a rekeszizom megbetegedéseit *Baráth Jenő*. Az elméleti megalapozás *Dobozy Elemér* munkája, a légzőszervek röntgenvizsgálatát pedig *Ratkóczy Nándor* ismerteti. A tüdőgümőkór és gyógytanát *Kovács Ferenc* tárgyalja, a sebészeti therapiát *Sebestény Gyula*. Az egyes fejezetek általában igen jól sikerültek. A teljességre való törekvés és tárgyalás magas színvonala dacára a könyv a gyakorlóorvos számára is jól használható, sőt nélkülözhetetlen, ha figyelembe vesszük, hogy egyetemeinken az orvosképzés a tüdőtuberkulózis terén általában milyen elégtelen. Mint minden monografiánál, amelyet többen írnak, ennél is természetesen elkerülhetetlen, hogy az egyes szerzők egyéni tudása és érdeklődési körének önkéntelen hangsúlyozása néha kissé a munka egyöntetűségének rovására megy. De ez nem hiba, sőt legtöbbször azáltal, hogy bizonyos egyéni hangot kölcsönöz az egyes fejezeteknek és így az egész műnek is, az olvasó érdeklődését még jobban leköti. Egészen elvétve fordul csak elő egy-egy részlet, melynek fogalmazása több gondosságot érdemelt volna, mint pl. a tüdőbetei tünetei kezelése stb.

Véleményem szerint a szerkesztő és a szerzők házagpótló munkával ajándékozták meg a magyar orvosokat. Egészen bámulatos és a magyar szellem hihetetlen rugalmasságát mutatja, hogy a mai nehéz időben ilyen nagy elmélyedést kívánó munka és még hozzá ilyen kitűnő kiállításban megszülethetett. Biztos vagyok benne, hogy a könyvnek nagy sikere lesz.

Rusznayk István prof.

Hig székleltre hajlamos egészséges csecsemők, valamint hasmenésre hajlamos exsudatív csecsemők mesterseges táplálására kiváló eredménnyel alkalmazott *calcium-tej* gyorsan, egyszerűen készíthető a *Krompecher-féle Calcorisanból*. A *Calcorisan* előnye, hogy calcium lactium mellett szárított rizsnnyágot, dextrint, di- és monosaccharidokat tartalmaz olyan megfelelő mennyiségben, amely a csecsemő szénhydratszükségletének fedezésére elegendő; szénhydratok hozzáadása tehát a *Calcorisanból* készült táplálékhoz nem szükséges. A készítmény dugító hatású, mert a benne levő monosaccharid már a vékonybél felső részében felszívódik, tehát erjedésre nem kerül, a disaccharidok hatását pedig a calcium és a polysaccharidok többszörösen ellensúlyozzák.

Heti krónika.

A japán hadseregnek a csendesóceáni térségben elért hatalmas sikerei szinte elfelejtetik velünk a béke éveinek sokszor idillikus színben rajzolt Japánját, pedig háborús sikerei a békeévek céltudatos munkájából születtek. A képeslapokban most lampi-ónos felvonulások, eseresznye-favirágzású ünnepély-jelenetek, az előidőktől fogva szent hegyként tisztelt Fuzsijama hősipkás csúcsa, ősi módon művelt rizsföldek és bambusz házikók előtt a nemzeti húros hangszer, a koto-t pengető kimónos nőtársaság helyett most földön és égen, tengeren és úttalan dzsungelekben egyaránt előnyomuló japán katonákat látunk, akik felett diadalmasan csattog a győzelemről győzelemre vitt felkelő napos lobogó. Az olympiai győztes úszó-bajnokok, akik Szingapurt a tenger felől úszva támadták, az ősi samurai-vívást hagyományos tisztelettel gyakorló, a birkozók, a mérnökök, az orvosok, a katonák és mindenki, aki Japánt csak tettel és ésszel szolgálta, egyformán készült arra, hogy amikor Keletnek *Kipling*-től megénekelt, de kizártnak tartott találkozása Nyugattal bekövetkezik, a csatatéren elhalt samurai-utódok szegyenpir nélkül léphessenek ősik színe elé. Hiszen még a hangulatos japán költészet is — bár termékei sokszor alig többek egy-egy elröppenő sóhajtásnál — figyelmezteti a Tenno katonáit, hogy nagy célokért »meghalni könnyű«.

A német–japán kapcsolatok körül nagy érdeket szerzett *Kurt Meissner* 1940-ben megjelent »Deutsche in Japan 1639–1939« c. könyvében ismerteti e kapcsolatok történeti kifejlődését. Az első németek még holland zászló alatt szálltak partra Japánban, mert a Holland-Keletindiai Társaság éllemez vezetőségének minden más nemzetet kizáró kereskedelmi szerződést sikerült kötnie a Japánban akkor uralmon lévő Tokugawa-kormányzattal. Érdekes, hogy az Ulmban született tüzér, *Hans Wolfgang Braun* után csakhamar orvossal is találkozunk *Engelbert Kämpfer* személyében, aki azonban csak 2 évig (1690–1692) tartózkodott Japánban. Sokkal jelentősebb volt az ugyancsak orvos, würzburgi *Philip Franz Siebold* 1823–1830-ig, majd 1859–1862-ig tartó japáni tartózkodása, aki nagy irodalmi munkásságot is fejtett ki és akinek Japán flórájáról és faunájáról, valamint Japánról írt művei alapvetőknek voltak tekinthetők. A nemzeti hagyományokon alapuló nagymúltú japán orvostudománnyal való tudatos szakítást és Európához való közeledést jelentett a japán kormány azon intézkedése, amellyel az orvosi tanulmányokat folytató japán fiatalság oktatására két német orvost hivatalosan meghívott. Az európai orvostudománynak e két uttörője — *Leopold Müller* főtörzsorvos és *Theodor Ed. Hoffmann* tengerész-törzsorvos — 1871 augusztusában érkezett meg Japánba, hogy az akkor még kezdetlegesnek mondható tókiói orvosi iskolán tanítsanak és akik — bár 3 év múlva mindketten elhagyták Japánt — igen nagyjelentőségű tevékenységet fejtettek ki. Kezdeményezésükre újabb német szakemberek nyertek hivatalos meghívást Japánba, úgyhogy Tókióban egész német tudóskolónia alakulhatott ki, amely nemcsak orvosi, de egyéb vonatkozásokban is éreztette előnyös hatását. A nyelvész *Hermann Funk* már 1873-ban tanította németre és latinra a japán fiatalságot, s midőn később a német és angol nyelv

tanítása kötelezővé vált a japán középiskolákban, semmi akadályja sem volt annak, hogy a japán fiatalság az európai — érthetően főleg német — egyetemekre is elkerüljön, ahol mintaszerű szorgalommal tanult és európai mestereihez nagyon sokszor meghatározó ragaszkodást tanusított, amint arról német orvosi emlékiratokban gyakran olvashatunk. A német és japán orvostudomány közti együttműködésnek szép eredménye a gyermekorvos *Ishibashi* kezdeményezésére Tókióban 1936-ban alakított Japán–Német Orvosi Társaság, amelynek célkitűzései között szerepel német orvostudósoknak előadások céljából Japánba meghívása és két értékes időszakos kiadványával is hatásosan munkálja a közeledést.

A Japánba hivatalos meghívást nyert német orvosok legeredetibb egyénisége kétségtelenül *Erwin Bälz* volt, akinek hátrahagyott naplótöredékeit, levelezését, feljegyzéseit fia, *Toku Bälz* adta ki 1931-ben »Erwin Bälz. Das Leben eines deutschen Arztes im erwachenden Japan« címmel. *Bälz* mint a kiváló lipcsei belgyógyásznak, *Wunderlich*nek fiatal tanársegéde 1875-ben nyert Tókióba meghívást az 5 évvel előbb alapított orvosi akadémiára. Hosszas kinttartózkodása alatt beutazta egész Japánt, japán nőt vett feleségül, bámulatosan beleélte magát a japán viszonyokba s mint orvos a legelőkelőbb körökben is a legnagyobb bizalomnak örvendett s érdemdús orvosi tevékenységének megkoronázását jelentette az, hogy az akkori uralkodó őt udvari orvossá nevezte ki. Hatalmas irodalmi munkásságot is fejtett ki és írásai a mai Japán megértéséhez is nagyon sok hasznos felvilágosítást nyújtanak, az orosz-japán háború előzményeit, a háború izgalmas eseményeit pedig mesteri módon ismerteti. *Bälz* eredményes munkássága után 1905-ben hazatért Németországba, ahol 1913-ban halt meg. Halála előtt saját maga kórismézi súlyos betegségét, aneurysmáját és igazi orvoshoz illő stoikus nyugalommal várta a kikerülhetetlen véget és feljegyzései között még leírta, milyen tünetek között halhat meg az aneurysmás beteg. Végredeletében meghagyta, hogy felboncolják és hogy szívéről és aneurysmájáról fényképeket készítsenek és azokat tananyagul a tókiói egyetem orvosi karának juttassák el.

Ma Japánnak 9 egyetemén (Tokio, Kyoto, Tohou (Sendai), Kyushu, Hokkaido, Keijo, Taiwan, Osaka, Nagoya), 6 orvosi kollegiumában és 12 orvosi akadémiáján folyik az orvosok kiképzése. A nyugati tanítómesterektől jól megtanult leckét bizonyítja azoknak a japán orvosoknak a neve, akik felfedezéseik folytán az orvostörténelembe is bekerültek és akik közül csak néhányat említünk. Koch Róbert intézetében dolgozott sokáig a Tennotól később bárói rangra emelt *Kitasato*, akinek neve a tóban és a pestis kórokozójával kapcsolatban ismeretes, *Shiga* a vérhas kórokozóját kutatta, *Hideyo Noguchi* a newyorki Rockefeller intézet tagja, a treponema pallidumra és az Oroya-lázra vonatkozó értékes vizsgálatait után az afrikai Accra-ban halt meg — mint a tudomány vértanúja — sárgalázra vonatkozó kutatásai közben ugyanezen betegségben. *Hata*, mint *Ehrlich* munkatársa, mesterét kísérte a salvarsan felfedezéséhez vezető fáradságos úton, *Yamagiwa* neve a kátrányrákra vonatkozó kísérletekből ismeretes, *Katsurada* és *Fujinami* felfedezik a schistosomum japonicumot,

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

Inada és *Ito* pedig a leptospira icterohaemorrhagicat írják le. Találón jegyzi meg a világméretű útján 1928-ban Japánban is beutazó *Haberland* kölni sebész a pezsgő japán tudományos életet szemlélve, hogy a jelenlegi japán tudományos nemzedéknek alig is van szüksége arra, hogy külföldi tudósoktól ösztönzéseket kapjon. Maga adja fel a kérdéseket magának s önállóan igyekszik is válaszolni rájuk. Bizonyosra vehetjük éppen ezért, hogy az emberiség kultúrtörténetének hatalmas könyvében sok üres lap vár még japán orvosokra, hogy az előbb felsorolt nagy nevek folytatásaképpen mint a jövő japán orvostudomány kimagasló képviselői a szenvedő emberiség érdekében tett felfedezéseik révén — Nippon dicsőségére — oda a saját nevüket is beírják.

Korbuly György dr.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift, 32. sz. *Lemke R.* Irányelvek és tapasztalatok a háborús szolgálati károsodás (WDB) kérdésében. Agyszerülések néhány utókövetkezményéről. *Czickeli H.* Adat a vörheny tünettanához. *Bonell G.* Egyszerű eljárás a tejelválasztás megakadályozására, illetve megszüntetésére. *Lipp H.* Áttekintés a sulfosalicylsavpróba értékéről és hibaforrásairól. 33. sz. *Aschenbrenner R.* Megfigyelések a hasmenéses betegségek tünettanáról és gyógyításáról egy oroszországi egészségügyi században. *Mall G.* és *Winkler W.* Új kvantitatív elhárító ferment titráló eljárásunk klinikai jelentősége. *Hinselmann H.* A testosteronem peroralis és perlingualis alkalmazása. *Gengel W.* A csukamájolaj külső alkalmazásának történetéhez.

Wiener Klinische Wochenschrift, 32. sz. *Patsch I.* Tuberkulózis és vérnyomás. *Rauscher H.* Mai felfogásunk a fájásgyengeség kóroktanáról és kezelésének módjairól. *Canigiani Th.* Periarticularis gyulladások Röntgenkezelése. 33. sz. *Pirker H.* A teljesítőképesség gondolata az orvosi gyakorlatban. *Högler F.* és *Loibl K.* A prontosillázzról. *Käuffler R.* Egy kézzel végzett lökéses palpacio. (Új eljárás a nőgyógyászati vizsgálatban.) *Rauscher H.* Mai felfogásunk a fájásgyengeség kóroktanáról és kezelésének lehetőségeiről.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 32. sz. *Dubois M.* Baleseti és hadisérültek physikalis kezelése. *Kartagener M.* Idült tüdőbeszűrődés véreosinophiliával. *Debrunner H.* és *Petri Ch.* Végtagamputáltak gyors ellátása átmeneti prothesissal és néhány egyszerű mankóláb leírása. *Berblinger W.* Bélvérzések a vena cava inferior elzáródása után. *Prader F.* Intracután test a karon, fogeredetű gócfertőzés esetén. *Ladame Ch.* Egy hályogoperált önéletrajzi adatai. *Reimann-Hunziker G.* és *R.* A házasság meddővé tétele socialis indicatióból. 33. sz. *Suter F.* Adatok a vesegümőkór tartamának megállapításához. *Monnier M.* Idegrendszer és fáradtság. *Jung A.* Sport és kifáradás. *Deutsch E.* Phycomyces jegy (test) a B₁ vitamin meghatározására és ennek klinikai alkalmazhatósága. *Drack G.* Tapasztalatok permonid compositummal a sebészetben. *Bucher R.* Direkt tolerantiapróba a vérátömlesztés előtt.

VEGYES HIREK.

Személyi hírek. A kormányzó a vallás- és közoktatásügyi miniszter előterjesztésére dr. *Perémy Gábor* Budapest székesfővárosi közkórházi főorvosnak a tudományos szakirodalom művelése és az orvosképzés terén szerzett érdemei elismerésül az *egyetemi rendkívüli tanári* címet adományozta.

FELELŐS KIADO: VAMOSSY ZOLTAN.

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

METALIX RÖNTGEN

RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KÖRÚT 37

TEL. 182-680, 383-135.

CALCORISAN

calcium lacticum-, rizsnyák-, dextrin-, di- és monosaccharidtartalmú csecsemőtápszer

calciumtej készítésére

Javalt: hasmenésre hajlamos exsudatív csecsemőknél; angolkór és spasmophilia eseteiben; influenzás, valamint dysenteriás eredetű vastagbélfolyamatoknál és parenteralis dyspepsiáknál úgy lázas, mint láztalan állapotban.

Irodalommal és mintával szívesen szolgálunk.

Krompecher tápszer- és gyógyszeripari kft. Budapest, V., Nádor-utca 15.

SYMPATOL

A SZIV ÉS VÉRKERINGÉS GYÓGYSZERE

Indikációk:

Az erek hypotóniával párosult tónuscsökkenése:
Rekonvalescentia – Hypotónia – Terhesség – Öregkori panaszok

Altalános keringési gyengeség:
Grippe – Diphthéria – Tuberculosis – Typhus – Pneumonia

Súlyos kollapsus:
Műtétek – Szülések – Vérvesztés – Shok

Forgalomban:
Ampullák a 0,06 gr.
és Liquidum 10%



Tudományos iroda:
Budapest II,
Hattyú u. 1/II.

DORMOVIT*

alvási zavaroknál

20—30 percen belül elaltat,
6—8 órás alvást biztosít,
friss ébredés mellett.

*) Furfurylisopropylbarbitursav

DTWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A.G., BERLIN-WAIDMANNSLUST

Magyarországi képviselő: Múzeum Gyógyszertár, Budapest, IV. Kossuth Lajos-u. 20

VITAPLEX „B”-CHINOIN **(VITAPLEX „B₁”-CHINOIN)**

HAZAI GYÁRTÁSÚ, KRISTÁLYOS B₁-VITAMIN KÉSZÍTMÉNY

AMPULLA : 3 és 15×2 mg, 3 és 15×10 mg, 5×50 mg

TABLETTA : 20×1 mg, 20×3 mg

FŐBB JAVALLATAI:

Beri-beri, különféle eredetű neuritisek, polyneuritis. Neuralgiák, ischias, migraine, herpes zoster. — Diabetes mellitus, hyper- és hypothyreosis. — Gyomor-, bélatonia, étvágytalanság, hyperemesis. — Myocardialis elváltozások, nephrosis. — Ulcus-étrend, gyomor- és bélrák.