

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 száma 2 pengőért.

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

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

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

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.

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 a 0,06 gr.
és Liquidum 10%



Tudományos osztálya:
Budapest, VII., Károly
útj. 13-15. VI.

A malária korszerű kezelése:
rövid, egyszerű, eredményes, veszélytelen

A T E B R I N

Kezelésre: 5-7 napon át 3-szor 1 tabletta étkezés után

Megelőzésre: hetenként 2-szer két egymást követő napon 2 tabletta

PLASMOCHIN

Utókezelésre: Atebrin-kúra után 2-3 napon át 3-szor 1 tabletta à 0.01 g

Gyermekek a fenti adagok $\frac{1}{2}$ - $\frac{2}{3}$ -át kapják.



Bayer
LEVERKUSEN

FORGALOMBAN:

Atebrin tabletta: 15 és 300 à 0.1 g, 6 amp. à 0.1 g, 2 amp. à 0.3 g

Plasmochin simpl. tabl.: 15 és 500 drb à 0.01 g, 25 drb à 0.02 g

Plasmochin simpl. inj.: 10 amp. à 1 ill. 3 ccm

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

Corediol

PYRIDIN- β -CARBONSAVDIAETHYLAMID

KÁMFORPÓTLÓ ANALEPTICUM

AZ ÉLETFONTOSSÁGÚ
VEGETATIV KÖZPONTOK
SPECIFIKUS IZGATÓ SZERE

CSOMAGOLÁS:

SOLUTIO:
10 cm³-t tartalmazó üvegekben.

INJECTIO:
5 db 2 cm³-es ampullát és 3 db
5 cm³-es ampullát tartalmazó
dobozokban.

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

TARTALOM:

Gaál József: Az egészségügyi oszlopunk működése 35 laparatómia tükrében. (325—327. oldal.)
Angyal Lajos és Juba Adolf: Tapasztalatok az elektroshock-kezeléssel a budapesti elmeklinika anyagán. (327—330. oldal.)
Kese György: A terhességen kívüli tejelválasztás. (330—331. oldal.)

Szörényi Richárd: Öregkori tuberculosisban szenvedők szívtherápiája. (331—332. oldal.)
Irodalmi szemle. (335. oldal.)
Könyvismertetés. (336. oldal.)
Vegyes hírek. (338. oldal.)

A Páncélos Hadosztály I/1. Egészségügyi Oszlopának közleménye. (Oszlopparancsnok: Mezey József o.-szds.)

Az egészségügyi oszlopunk működése 35 laparatómia tükrében.

Írta: Gaál József dr. o.-hadnagy, műtősebész.

Az alábbiakban beszámolok egy első vonalban települt egészségügyi intézetnek: úgynevezett egészségügyi oszlopnak egy bevetés alatti munkájáról, különös tekintettel a hasműtétekre. Beszámolómat azért tartom tanulságosnak, mert az oroszországi viszonyok adottságai olyan szokatlan és főleg európai szemmel elképzelhetetlen helyzetek elé állítják az elől működő egészségügyi alakulatot, amit — azt mondhatnám — nehéz elképzelni és leírni, azokat látni, legalább is sokszor hallani kell, hogy el is higyjük őket.

A *storossevojei ütközet* alatt műteteinket egy kis orosz házban végeztük. Ehhez tudnunk kell azt, hogy a Don felső folyása mentén lévő orosz házak két részből állanak: az első helyiség, amibe lépünk, istálló, s innen nyílik a lakószoba. Persze ez az istálló sem hasonlítható a nálunk lévőkhöz. A rettenetes bűz örök időkre emlékeztetessé teszi. Az ebből nyíló lakószoba volt hat héten keresztül a steril műtőnk. Négy házat kaptunk a faluban. Ezek közül kettőt műtőnek, kettőt pedig kötőhelyiségnek rendeztünk be. Az előbb már említett steril műtőben csak hasműtéteket végeztünk. Hogy fogalmunk legyen a viszonyokról, le kell írnom, hogy a műtő 2,5—3 m volt, de úgy, hogy a fal mellett körben futott az a kb. 50 cm széles, egyetlen orosz házból sem hiányzó fapad, amely az ágyakat helyettesíti náluk. Ezenkívül ott állott még az egyik sarokban a tipikus, négyszögletes nagy orosz kemence. Amikor a műtőasztalt elhelyeztük, annyi hely maradt csupán, hogy szűkösen állni lehetett mellette. ha azonban hordággal beteget hoztak, előbb ki kellett mennünk. A falak elképzelhetetlenül piszkosak, poloska, bolha, tetű és legyek akkora tömege, amilyent csak Oroszországban lehet látni. Szabad legyen erre

jellemzőül elmondanom, hogy egy műtétet alkalmával szidom a műszerelő honvédet, hogy hova tette már megint az ollómat, mire az méltatlankodva mondja, hogy hadnagy úr alázatosan jelentem. hiszen ott van s tényleg, amint jobban körülnézek, észreveszem az ollót az izoláló kendőn, de a legyek akkora tömege borította a véres műszert, hogy nem lehetett látni. Hiába próbálkoztunk mindennel. a legyek számát alig lehetett csökkenteni. Hányszor gondoltam rá, hogy óh boldog békebeli viszonyok. amikor otthon, ha egy légy megjelent a műtőben, megállt minden munka, amíg egy szerencsés hajtóvadászat keretében sikerült elfogni, s ha a műszerre szállt, utána mindent újra ki kellett főzni. Itt azt nem tudtuk megvalósítani, hogy a kiemelt beleken ne legyen légy, s hogy tényleg alig lehetett elkerülni egy-egy légy becsomózását. Az isteni gondviselés különös kegyelmének tartom, hogy ennek ellenére is olyan jó eredményeket értünk el.

Megoperáltunk ezen bevetés alatt harmincöt has sérülte. Ezek nagyrésze (30 drb) 6 órán túl jutott el hozzánk. Bár tőlünk nem volt messze a tűzvonal és a szállítás is gépkocsin történt, mégis úgy látszik, hogy ez az idő, az ellenséges tűzbehatások miatt alig csökkenthető. Sok helyen meg kellett várni az esti szürkületet, s csak akkor tudták szállítani a sérülteket. Még így is gyakran százmétereken keresztül vonszolták derék sebesültvívőink a hordágyat súlyosan sebesült terhükkel, mert az ellenség a legkisebb mozgásra is aknavető, vagy tüzérségi tüzrel reagált, hogy a gyalogsági tűzfegyvereket ne is említsem. Mikor aztán rettenetesen rázós utakon át az eü. oszlophoz ért a sebesült, a sérüléssel járó schock-hatáshoz most már a súlyos vérvesztés is társult. Legtöbbször nem is a hassebből vérzett a beteg, hanem a test más helyein keletkezett sérülésekből. A mai háborús sérüléseket még inkább jellemzi a multiplicitás, mint az elmúlt háborúban az ismétlődő fegyverek lövése és a robbanó lövedékek szilánkhata miatt. Nem egy sebesültet láttam, akinek testét megszámlálhatatlan tűszúrástól tenyérszerű nagyságú terjedő seb borította. Így ért-

hető természetesen az is, hogy betegekünk kevés kivétellel súlyos anaemiával kerültek a műtőasztalra. Műtétéinkkel arra várni, amíg a schock oldódik, már csak azért sem volt lehetséges, mert a közben történő folyamatos vérvesztés a beteg életét épp úgy veszélyeztette. Az előrehaladó idővel azonkívül a peritonitis kifejlődését is elősegítettük volna. Ezért minden hassérültünket, amilyen gyorsan csak lehetett, megoperáltuk. Természetesen az oszlophoz szállítás után azonnal megkezdjük a tónusfokozó és szívműködést támogató szerek adását. S ha az orvosi létszám miatt a műtét előtt nem is volt lehetséges, de alatta, vagy utána minden esetben transfúziót vagy legalábbis konyhasós infúziót és dextrosét adtunk.

A 35 sérült közül 12 lövési, 23 pedig szilánk sérülés volt. Ez az arány a két sérülés-féleség között, bármelyik testrészt vesszük is. Mindig több a szilánk, mint a lövési sérült, ami különösen jellemző erre a háborúra. Már most magát a hasüri sérülést tekintve, külső sérülésből sohasem lehetett következtetni a belsőre. Eseteink egy részében csak belövési nyílást találtunk, ezek mind szilánk sérülések voltak. Ez érthető is, mert a szilánk egyenetlen felületével nagyobb surlódása folytán hamarabb veszít sebességéből, mint a símafelületű golyó, noha néha kezdősebessége nagyobb. A sokszor csak alig észrevehető bőrsérülés mellett a hasüri szervek sérülése elképesztően változatos. Hogy mennyire nem lehet a külső sérülésből a belsőre következtetni, élénken mutatja az az eset, amikor egyik este hoztak egy sérültet, kinek a köldökétől jobbra lencsenyi belövési nyílása volt, s mivel nem volt különösebben elesett, azt mondtam: na végre egy könnyű eset! Hamar megcsináljuk. Amikor azonban megnyitottam a hasüreget, kiderült, hogy a béltractuson olyan áthatoló és roncsoló sérülések voltak, hogy hét helyen kellett resectiót és anastomosist készíteni. Sajnos, betegünk, mint az különben várható is volt, a műtét utáni második napon meghalt. Egyes sérülést csak két esetben találtunk, a többi mind többszörös volt, legalábbis egy átható sérülés mellett sok kisebb, nagyobb serósa sérülést is találtunk. Mint mellékelt kimutatásunkon is látszik, csak vékonybél 16, csak vastagbél 6 és a kettő közösen 6 esetben sérült. Meglehetősen nagy volt a máj sérülések száma: 14. Ezek közül kettő nagykiterjedésű és roncsolt, a többi egyszerű áthatoló sérülés. A gyomor kettő a hólyag kettő, a vese pedig hét esetben sérült. Mind egyik vesesérülés olyan fokú roncsolódással járt, hogy egy esetben sem gondolhattunk a vese legalább részleges megmentésére sem. Minden esetben nephrectómiát kellett végeznünk. Közös has-mellüreg sérülés volt kettő. Két esetben nagyobb hasfali sérülésből vékonybélkaesok és cseplesz estek elő. A hasüri szervek sokszoros sérülésének az oka vagy az volt, hogy a robbanó lövedék áthatolt a hasfalra és a hasüregben robbant, vagy pedig a hasüregbe került szilánk gurulatot kapott a gerincoszlopon, s onnan visszapattnva egészen ellentétes irányban okozott még súlyos sérüléseket.

Ösz. sérült	35
Lövés	12
Szilánk	23
Csak vékonybél	16
Csak vastagbél	6
Kettő együtt	6
Gyomor	2
Vese	7
Máj	14
Hólyag	2
Rekesz	2
Mezentérium	2
Prolapsus	28
Vékonybél resectio	7
Vastagbél resectio	25
Serosa varrat	2
Gyomor részl. resectio	7
Nephrectomia	12
Májvarrat	2
Májtamponád	2
Hólyagvarrat	2
Rekesz zárás	2
Cseplesz resectio	6
Antepositio	2
Gyógyult	15
Meghalt	20

Műteteinket mindig azonnal a sebesült megérkezése után igyekeztünk elvégezni. Másnapra sohasem tettünk el sérültet, noha volt olyan nap, hogy reggel 5 órától éjjelutánig operáltunk, sokszor annyi időm volt csak, hogy állva megihassak egy kis feketét, mivel a két műtét közötti szünetben végeztem az amputációkat, s a mellkasi sérültek ellátását. Eredményeink jó voltak a mostoha körülmények ellenére is, azt hiszem, ennek köszönhetjük.

Műteteink végrehajtásához bőségesen állott rendelkezésünkre anyag: kötszer, műszer és gyógyszer. Ezek előteremtésében, s általában minden akadály elhárításában, amely az oszlop munkáját befolyásolta volna, lelkes parancsnokunk Mezey százados orvos úr fáradságot nem ismerve, minden befolyását latba vetette. Laparatómiámat egyik orvostársam segítségével végeztem. Meglehetősen megnehezítette a műtétet, hogy magunknak kellett műszerezni is, mert ehhez betanult emberünk, legalább is, akit használni lehetett volna, nem volt. De így is megvoltunk, s úgy segítettünk magunkon, ahogy lehetett. A sterilizálást is, majdnem azt mondhatnám, tökéletesen megtudtuk oldani.

Harminc laparátómia kapcsán végeztünk 28 vékony és 7 vastagbél resectiót, 20 vékony és 5 vastagbél varratot, 2 esetben részleges gyomor resectiót, 7 veseeltávolítást, 12 májvarratot, 2 májtamponádot, amikor a roncsolás oly nagy fokú volt, hogy a vérzést másképp esillapítani nem lehetett. 2 hólyag varratot, 2 antepositiót, 6 csepleszresectiót és két esetben közös has-mellüregsérülés esetében rekeszvarratot a hasüreg felől. Műteteink kivétel nélkül igen súlyosak voltak. Nem tudok egy esetre sem visszaemlékezni, amelyik könnyű, vagy talán, hogy biztos gyógyulást ígért volna. Nem egy esetben két helyen is kellett a belet resekálni, vagy a vékony és vastag bélen is együtt, vagy a bélresectióhoz nephrectómia, májvarrat, vagy hólyagvarrat is társult.

Minden laparatómizált betegünk, mint már említettem, conservált vérsavót és infúziót, a kivérzett pedig transfúziót kapott. A szárított vérszérumokkal is próbát tettünk, tőlük azonban semmi különösebb eredményt nem láttunk, legalább is nem többet, mint az egyszerű infúzióktól. Ezért el is hagytuk őket. Cardiacumok és tónusfokozók adását már a betegnek az eü. oszlophoz érkezésekor megkezdjük, s a műtét után is folytattuk. Nagy hasznát vettük a sympatholnak. A schockhatás majd a későbbi collapsus leküzdésére állandó adrenalinhatás alatt tartottuk betegeinket. Sajnos, legkésőbb a műtét utáni harmadik napon kénytelenek voltunk őket a hátrább lévő tábori kórházakba szállítani. Természetesen, ismerve az orosz utakat, hitem szerint jó pár betegünk sorsát peésételte ez meg. Ott tartani őket viszont az oszlopnál, a harcihelyzet miatt, teljesen lehetetlen volt.

Megjegyzem, hogy tapasztalataink szerint, kivérzett betegeinken az egyszerű infúciónak (tutofusip) semmi hatását sem láttuk. Sokszor az volt az érzésem, hogy talán még ártunk is vele. Ugy látszik, hogy a vérpályába nem tud megmaradni a feltöltő folyadék, hanem onnan hamarosan kiáramlik. Ezt bizonyítaná az a két esetben nem sokkal az infúzió után az alsó végtagon keletkezett vizenyő is. Mindkét beteg ezzel az oedémával egy időben veszítette eszméletét, előbb teljesen zavart lett, kiabált, dobálta magát és le akartak szállni a műtőasztalról, közben az egész testre kiterjedő rángások álltak be, a pulsus

alig tapinthatóvá és rendkívül szaporává lett. Rövid fél óra alatt a végtagokon oedéma fejlődött ki. Gyorsan, mint minden műtét után, ezeknek is transfuziót adtunk és nemsokára az igazán ijesztő tünetek nyomtalanul eltűntek, a beteg visszanyerte eszméletét, pulzusuk teltebb lett, s egészen megnyugodtak. Nem láttunk jó eredményt a vérsavó-készítményektől sem, kivéve pár esetet, de ezek a sérülések talán nem is voltak kivérzettek, inkább csak a schockhatás miatt látszóttak azoknak. E tapasztalataink alapján minden laparatómiás betegünknek transfuziót adtunk, s ezt az esetek nagytöbbségében összekapcsoltuk conservált sérum, vagy konyhasós infúzió adásával.

Ha operáltjaink gyógyulását nézzük, akkor mindig arra kell gondolnunk, hogy ezeket a műtéteket, harcúton igen mostoha körülmények között végeztük. Minden bizonnyal egy háborús sérült gyógyulási készsége és műtéttűrőssége sokkal kisebb, mint pl. egy baleseti sérülté. A háborúval járó megpróbáltatások, amelyek a hosszú heteken keresztül az első vonalban küzdők testi és lelki erejének utolsó tartalékait is kimerítik, a táplálkozási nehézségek, a vitaminhiány stb. nagyon nehéz probléma elé állítják a harcúton küzdő sebészt. Gondoljuk még ehhez azt is, hogy nem nyugodt körülmények között operálunk, hanem gyakran ellenséges tűznek kitéve. Hányszor fordult elő, hogy laparatómia közben fél füllel kifigyeltünk és találgattuk, hogy, na, épp most megy felettünk a Ratá, s ha bűgása elhallgatott, izgulva vártuk a becsapódást, vajjon mennyire esik tőlünk a bomba. Oszlopunk egy része Mezey százados úr parancsnoksága alatt egyik alkalommal, egy ötven-hatvan házból álló kis faluban települve, olyan körülmények között volt kénytelen dolgozni, hogy az éjjel arra a helyiségre az oroszok 280 megszámlált bombát dobtak. Másnap pedig tüzéségi tűzben dolgozott és látta el a súlyos sebesülteket. Amikor tehát eredményeinket nézzük, gondoljunk arra, hogy bizony azokat a saját életükért is aggódo emberek érték el.

Amint már említettem, betegeinket, amint a helyzet úgy kívánta, hátra szállítottuk. Így további sorukról csak utólagosan szerezhettünk tudomást. E szerint 35 laparatómiás közül 5 meghalt még az oszlopnál, a tábori kórházban pedig a tizedik napig még 15. Gyógyult ezek szerint csak 15. Az igazság kedvéért meg kell jegyezni, hogy betegeink sorát csak a tizedik napig követhettük, mert a sebesülteket, ha azok szállíthatók voltak, a tizedik napon anyaországi intézetekbe szállították hátra. Tudva azonban azt, hogy súlyos, életveszélyes állapotban lévő betegeket nem szállítottak haza, emberi számítással a fent említett tizenötöt véglegesen gyógyultnak is vehetjük. Ha összehasonlítjuk eredményeinket az irodalomban közöltekkel, akkor azt látjuk, hogy azok semmiben sem maradnak el a legjobbaktól. Meggyőződésem szerint ezt az újabbán sűrűn alkalmazott transfúzióknak köszönhetjük.

Amint a kezeinken keresztülment pár ezer sebesültet végig néztem, bennem az a meggyőződés lett úrrá, hogy ezeknek még a fertőzésen kívül is nagyobb csapás a vérvesztés. Hiszen a fertőzés ellen a sebkimetszéssel meglehetősen tudunk védekezni. Bizonyítja ezt, hogy háromezer sebesültünk között mindössze három gázphlegmonénk volt. Szerény véleményem szerint, ha valamilyen formában megoldható volna az, hogy sebesültjeink *ellátásuk kapcsán legelső sorban is transfuziót kapjanak*, s azután kerüljenek műtetre, akkor a haslövések halálozása alig

emelkedne az ötven százalék fölé, vagy el sem érné azt. Ehhez persze nagy gyakorlattal, s a speciális harcútoni viszonyokhoz alkalmazkodni tudó és kellő számú véradóval rendelkező intézmény volna szükséges, mert a szárított vér és vérsavó készítményektől, tapasztalataink szerint, kivérzett esetekben alig várhatunk nagyobb eredményt, mint az egyszerű konyhasós infúzióktól. Ezek persze csak harcúton működő sebész vágyálmái, amelyek egyelőre nem látszanak megvalósíthatóknak. Pedig meggyőződésem szerint, az eddigi eredmények megjavításának lehetősége itt kezdődik, s arra csak akkor gondolhatunk, ha előbb megoldottuk a háborús sérültek vérpótlását.

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

Tapasztalatok az elektroshock-kezeléssel a budapesti elmeklinika anyagán.

Irta: *Angyal Lajos dr. és Juba Adolf dr.*

1943. októberében lesz tíz éve annak, hogy a bécsi egyetemi elmeklinikán az insulinshockot a schizophrénia ellen bevezették. Ma, csaknem tíz esztendő távlatából, már biztosan megállapíthatjuk, hogy a különféle shock-kezelési eljárások hatékonyságukban a korábbi kísérletek eredményeit messze felülmúlják. Az insulinshock kapcsán időnként megjelenő epilepsziás rohamot, bár ennek közvetlen gyógyhatása gyakran egészen feltűnő volt, a bécsi iskola éveken át a shock azonnali megszakítását indikáló szövődménynek tekintette; a cardiazolshock-kezelés ellenben éppen a mesterséges epilepsziás rohamok bizonyos számának előidézésével törekedett a schizophrén kórfolyamat befolyásolására, vagy defectus-állapotokban a beteg autizmusának áttörésére és ezáltal a beteggel való »affektív rapport« helyreállítására. Minthogy a cardiazolshock könnyen előidézhető, gyorsan lezajlik és némely schizophrén tünetegyüttesnek, így elsősorban a negativizmusnak áttörésében kifűnő hatásának bizonyult, a schizophrénia göreskezelése az egész világon rohamosan elterjedt, sőt az eljárást a hypoglykaemiás shock-kezeléssel való különböző kombinációkban is alkalmazzák. A hypoglykaemiás shock-kezelés rendjén kiszámíthatatlan időben és csak szórványosan jelentkező epilepsziás rohammal szemben a tettség szerinti időpontban és számban kiváltható cardiazolshock igen nagy könnyebbséget jelent, azonban ez sem tekinthető tökéletes eljárásnak. Ellegendő ezzel kapcsolatban azokra a minden elmeorvos előtt ismeretes nehézségekre utalnunk, amelyekkel a gyógyszeres göreskezelés során találkozunk, így elsősorban a frustraninjekciókat kísérő nagyfokú szorongásra, amelynek következtében a beteget az újabb befecskendezéskor szinte páni félelem lepi meg; a beteg gyakori ellenkezésére; az egyes esetekben igen gyengén fejlett vénákra (cardiazolshocknál jó vénák szükségesek a különleges injectiózási technika miatt), a kifejlődő venathrombosisokra. A gyógyszeres göreskezelés hátrányainak kiküszöbölésére törekedett *Cerletti* és *Bini* akkor, amidőn az elektromos árammal való göreskiváltással kezdtek kísérletezni. Az eljárásnak állatkísérletek által történt kidolgozása és tökéletesítése után *Cerletti* 1938-ban mutatta be emberen a római orvosegyesületben az első elektroshockot. Az eljárás gyorsan elterjedt és a kezelés

módszerére, veszélyeire és eredményeire vonatkozó közlemények is számosak. *M. Müller* az egész problémakör referálása mellett 1941-ben már 110 saját esetéről, valamint a svájci intézetekben kezelt további 500 esetről számolt be; ugyanő részletesen tárgyalja az eljárás technikáját, az elektroshock klinikumát, az ellenjavakat, a sebési és cardiovascularis szövödményeket, a kezelés kapcsán gyakran kifejlődő amnestikus tünetegyüttest, a kezelés alkalmazási területét és eredményeit. Ugyancsak részletesen foglalkozik az elektroshock klinikájával *Meggendorfer* 171 saját esetéről beszámoló közleményében. E rövid előadásunkban mindezeket a kérdéseket mellőzve, csupán a klinikánk beteganyagán szerzett saját tapasztalatainkról számolunk be.

Klinikánkon az elektroshock-kezelést 1942. július óta alkalmazzuk. A shock kiváltására a Siemens f. convulsatort használjuk, amely állandó feszültségre van beállítva, azonban, mind az intenzitás, mind az idő változtatását a theraphiás határokon belül megengedi, u. i. az áramerősség 150–500 MA-ig, az idő 0.1–1 mp-ig a szükséghez mérten változtatható. A shockot a következőképpen idézzük elő: ügyelünk arra, hogy a beteg a kezelés előtti estétől brom- vagy barbiturat-készítményeket ne kapjon; az elektrodotkat 2–5% NaCl oldattal átítatva az előzetesen megnevesített halántéktájékon rögzítjük; a nyelvet a fogak közé előre behelyezett, gaze-be burkolt gyapottekeressel védjük; a sock kiváltásakor a segéd a beteg vállát rögzíti és mandibuláját felfelé nyomja, hogy ezáltal a több szerző által közölt humerus-törés és állkapocs-ficam létrejöttét megakadályozzuk; a kezelést sohasem végezzük más beteg jelenlétében és vigyázunk arra, hogy a beteg a görcsrohamról az ápolószemélyzettől se kaphasson utólag felvilágosítást. Eleinte heti 3 shockot idéztünk elő, utóbb azonban a több esetben megfigyelt amnestikus syndroma miatt a shockok számát hetenként 2-re csökkentettük.

Az eddig (1942. XI. 2) kezelt és jelenleg kezelésünk alatt álló betegek száma 40, 18 férfi és 22 nő. Betegeink életkora 15–44 év között mozgott. Eseteink legnagyobb része (36) schizophreniás volt, a nők között 3 lactatiós psychosisban, 1 Basedow-psychosisban szenvedett. Ezideig az elektroshock-kezelést egyéb elmebajban nem alkalmazzuk. A roham kiváltása előtt a koponya ellenállásának meghatározását *Pätzold* vizsgálatai alapján mellőztük. Ő ugyanis kimutatta, hogy bár az ellenállás a meghatározáshoz használatos csekély áramfeszültség (0.5 Volt) mellett 485–1350 Ohm között ingadozik, ez a rohamfeszültség (100 Volt) mellett úgyszólván állandóan 300 Ohm, ennél fogva a koponyaellenállásnak előzetes meghatározása nemcsak, hogy nem szükséges, hanem a kapott érték a kezelési feszültségre vonatkozólag hibás és ezáltal túladagolásra vezethet. Mi a kezelés során az idővariációs és az intenzitásvariációs módszert egyesítettük olyan módon, hogy a kezelést általában 300 M A—0.3 mp-cel kezdtük, majd hatástalanság esetén eleinte az időt növeltük 0.1 mp-enként 0.5 mp-ig. Ha a kívánt reactio nem következett be, ezután az intenzitást emeltük 350, majd 400 MA-re. A shock kiváltására általunk használt legnagyobb áramintenzitás 400 MA, legnagyobb időtartam 0.8 mp volt. Eleinte arra törekedtünk, hogy a shockot lehetőleg a legkisebb árammennyiséggel érjük el, ezért a shockadagot alulról akartuk megközelíteni. Ez az eljárás azonban több kellemetlenség forrása, mert egyrészt a kezelés sikere

és zavartalan végbevihetősége szempontjából a hatástalan áramlökések lehetőleg elkerülendők, másrészt a gyors egymásutánban következő áramlökések a toleranciát fokozzák, aminek a következménye abban nyilvánul, hogy az áram-mennyiség lépcsőzetes növelésekor (az áramerősség vagy az idő fokozatos, ugrásnélküli növelése) az ingerküszöböt mintegy magunk előtt toljuk. Igaz ugyan, hogy *Ewald* és *Haddenbrock* észleleteinek megfelelően mi is azt tapasztaltuk, hogy ez az ingerküszöbkitolás csak a frustran áramlökés után bizonyos idővel (néhány perc múlva) következik be, tehát, hogy az áramlökés *azonnali megismétlése* a teljes shockot legtöbbször még az adag növelése nélkül is kiváltja a koponyaellenállás átmeneti jelentős csökkenése miatt, azonban az áramlökés közvetlen megismétlése, éppen fenti szerzők szerint is ingerhalmazódás által a cardiovascularis szövödmények szempontjából veszélyes. Fenti körülményekre való tekintettel az utóbbi időben eljárásunkat úgy változtattuk meg, hogy mindjárt az első alkalommal 350 MA—0.5 mp adagot alkalmazunk, amely az esetek legnagyobb részében a shockot biztosan előidézi. A továbbiak folyamán ezt az adagot a szükséghez mérten emeljük, vagy csökkentjük. Itt említjük meg, hogy *Sogliani* szerint a roham erőssége és lefolyása a theraphiásan kipróbált értékhatárokon belül független mind az áramerősségtől, mind az átfutási időtől: a reactio csupán az egyén görcskészességétől függ; szerinte tehát a küszöbérték túllépése a kipróbált kezelési határokon belül közömbös. *Holzer* hasonló megfontolás alapján a kezelést mindig túladagolással kezdi (100 Volt—0.8 mp) és a küszöbértéket a shock mélységi fokának megállapítása (*Bini* schemája) alapján felülről közelíti meg. *Müller* szerint viszont túladagolás esetén súlyosabb a roham, az ingerbehatás és a shock közötti lappangási idő tetemesen megrövidül, a légzőizmok tónusos görcse következtében keletkező apnoe tartósabb; ezért az adagolásban figyelmet és óvatosságot ajánl. Saját tapasztalataink egyelőre nem elégségesek arra, hogy ehhez a kérdéshez döntően hozzászólhassunk, azonban eddigi észleléseink inkább *Müller* nézetét támogatják. A küszöbérték tartós, fokozatos növekedése, amint ez a cardiazol-kezelés alatt igen gyakran tapasztalható, kb. eseteink 50%-ában volt megfigyelhető. A shockkezelést természetesen minden esetben belgyógyászati vizsgálat (szükség esetén ekg. is) előzte meg és bizonyára ennek tudható be, hogy az eddig kiváltott több mint 400 teljes shock alatt a cardiovascularis készülék részéről szövödménnyel nem találkoztunk. De nem fordult elő eddig anyagunkon sebészeti szövödmény sem, egyetlen állkapocsficam kivételével, amit azonban közvetlenül a shock után, még a beteg öntudatlan állapotában visszahelyeztünk. Minthogy eseteink egy részén a kezelés még folyamatban van, egyes betegeinken pedig csupán kezdeti szakaszban, az egyes esetekben alkalmazott shockok száma 1–25 között mozog. Egy teljes kezelési sorozatban általában 8–12 shockot váltottunk ki, de szükség esetén természetesen ezt a számot jelentősen túlléptük, így egyik betegünkön 20, egy másikon 25 shockot idéztünk elő.

Mielőtt eredményeinket összefoglaljuk, két kérdéssel kell még foglalkoznunk, még pedig a rohamot kísérő amnesia és a tartós kezelés szövödményeként jeletkező amnestikus tünetegyüttes kérdésével. *Cerletti* óta a legtöbb szerző kiemeli, mint az elektroshock kezelés egyik főelőnyét a cardiazolshockkal szemben,

hogy mind a csökevényes, mind a teljes roham teljes amnesiával jár, amely gyakran retrograd. Ennek fontos gyakorlati következménye az, hogy a beteg nem szorong és nem ellenkezik a kezeléssel. Ez az észlelés azonban semmiesetre sem általános. *Buchner* pl. legutóbbi cikkében súlyos szorongásos állapotokat említ. A cikkből idézzük a következőket: »Derjenige Patient, bei dem sich die stärksten Angstzustände zeigen, wird so rasch geschockt, dass er garnicht mehr Gelegenheit hat, durch seine Angst die übrigen Patienten in Erregung zu bringen.« Egy másik helyen ugyanő felemlíti, hogy a shockkezelést zenéi előadásokkal kapcsolja össze: »Die Patienten . . . hören flotte Märsche und Tänze und teilen so ihre Aufmerksamkeit zwischen Rhythmus und Angst.« Ez a súlyos szorongás érthető, ha figyelembe vesszük, hogy *Buchner* a shock-kezelést egy 40–50 ágyas kórteremben óriási orvosi és ápolói segédlettel, egyik ágytól a másikhoz haladva végzi; de kétségtelen, hogy a mi betegeink egy része is fél a kezeléstől, sőt több esetben szorongást is tapasztaltunk. Ennek az oka nem csupán a kezdetben gyakoribb, az utóbbi időben a kezelés említett módosításával mind ritkábbá váló sikertelen áramlökésekben keresendő, hanem egyéb tényezőkben is. Több ízben hallottuk a betegtől, hogy a kezelés a villamosszékre, a kivégzésre emlékezteti és az ettől való félelmét nem szünteti meg a shockra vonatkozó amnesia. Igaz ugyan, hogy ez az amnesia gyakran retrograd, azonban az emlékezéshiány a shock időpontjáig többnyire elég rövid idő alatt megszűnik úgy, hogy a beteg néhány órával, esetleg már félórával a shock után a kezelés előkészületeire és tényére rendszerint visszaemlékszik. Ehhez járul még az a körülmény, hogy a betegek elég jelentékeny részét, kivéve a zavart schizophreniásokat, gyakran az öntudat teljes elvesztésének a gondolata is nyugtalanítja. A shock-kezelés előrehaladásával kapcsolatban megjelenő Korsakow-szerű tünetekről először *Plattner*, majd *Schröder* tett említést. Érdekes *Müller* esete: a beteg, egy betűszedő, előzőleg két ízben cardiazol-kezelésen esett át anélkül, hogy amnestikus tünetegyüttes jelentkezett volna, viszont az ambulans elektroshock-kezelés alatt megjegyzőkéességének olyan súlyos zavara támadt, hogy a kiszedendő sornak csak felét volt képes megjegyezni. Hasonló képeket mi is több ízben észleltünk, például egyik 44 éves nőbetegünk esetében 25 shockra a fennálló paranoid-hallucinatorikus schizophrén kép megszűnt és teljes javulás következett be, azonban a kezelés előrehaladtával párhuzamosan szótalálási nehézségek, a megjegyzőkéesség súlyos zavara, szorongó tanácsstalanság és tájékozatlanság fejlődött ki, amely a kezelés befejezése után még hetekig tartott. Most, egy hónappal a kezelés lezárta után, tájékozódási zavara megszűnt, de megjegyzési képessége még mindig nagyon gyenge. Tapasztalataink erre vonatkozólag megerősítik *Bingel* közlését. Szerinte az amnestikus tünetegyüttes 8–10 shock után kezd feltűnőbb mértékben kibontakozni. Egyik, még kezelés alatt álló betegünkön 10 shock után az emlékezés zavara oly nagyfokú, hogy még a beteg családtagjainak nevét sem tudja elsorolni. Hasonló esetekben újabban már a kezelés alatt B₁ vitamint és különböző benzedrin származékokat alkalmazunk, de eredményről még nem tudunk beszámolni.

A kezelés eredményeiről a következőket mondhatjuk: A 40 eset közül javult 24 schizophrén, meg-

gyógyult a 3 lactatiós psychosisos és 1 Basedow-psychosisos beteg. Teintettel arra, hogy a rendelkezésre álló megfigyelési idő még igen csekély, sőt a betegek nagyrészen még a kezelés sem fejeződött be, egyelőre a javulás fokának meghatározásától tartózkodnunk kell annyival is inkább, mert az említett számok a kezelés lezártaig, illetve az azt követő 2–3 hetes minimális észlelési idő alatt akár kedvező, akár kedvezőtlen irányban tetemesen változhatnak. Ugyanez ok miatt, valamint eseteink csekély számánál fogva, ezidőszerint statisztikai számítások sem lennének helyénvalók.

Befejezésül néhány érdekes észleletről kell beszámolnunk, ami amellet szól, hogy a görcskészség más az elektroshockra és más a cardiazolshockra vonatkozólag. Így egyik 35 éves férfibetegünkön teljes shock 400 MA—0.5 mp-re sem jelentkezett, viszont 10 cm³ cardiazollal sorozatosan típusos epilepsiás rohamok voltak kiválthatók. A kezelés ebben az esetben még folyik, a beteg javulóban van. Egy másik 23 éves férfin 8 elektroshock alatt a tolerancia annyira növekedett, hogy 350 MA—0.8 mp-re sem kaptunk teljes shockot, ugyanitt 8 cm³ cardiazollal sorozatosan epilepsiás rohamok voltak előidézhetők. Ebben az esetben a 6-ik cardiazolshock után súlyos testvázlat-zavarok támadtak, javulás nem következett be. Egy 35 éves férfibetegün elektroshock 400 MA—0.7 mp-cel sem volt kiváltható, 10–12 cm³ cardiazollal jellegzetes epilepsiás shockok jelentkeztek, 7 shock után gyógyultan távozott. Egy 20 éves, 3 hónapja beteg, kataton-negativistikus nőbeteg 20 elektroshockra nem változott majd 3 cardiazolshockra teljesen feltisztult. Végül egy 42 éves nőbetegünkön, akin a kórfolyamat kataton izgalmi állapotban robbant ki, mely később autismusba ment át, 15 elektroshock kísérlet közül teljes shock csak négy ízben következett be 350 MA—0.5 mp-re. A beteg állapota az elektroshock-kezelés alatt nem változott, mire cardiazolshockkezelést kezdtünk el. A shock-adag állandóan 5 cm³ maradt, a beteg 5 cardiazolshockra teljesen meggyógyult.

Ezek az észlelések igazolják, hogy az egyéni görcskészség a cardiazollal és az elektromos áramhatással szemben különböző. Mindebből a megállapításból, mind a elektroshock-kezelés alatt kifejlődő és a cardiazol-kezelésnél teljesen ismeretlen amnestikus tünetegyüttesből logikusan arra kell következtetnünk, hogy a szóbanforgó kétféle shock-kezelés hatásmódja is különböző. Ez nem lephet meg bennünket, ha arra gondolunk, hogy elektroshock esetében az ingerbehátás helye kizárólag a két elektród elhelyezésétől függ, ezzel szemben az érbe adott cardiazol egy az egész vérpályában egyenletesen elosztott ubiquitaer inger, melynek támadási pontja az agyban a kórfolyamat kiterjedésétől függően más és más lehet. Az electiv hatás akár az eddig kimutatott és egyes areákban kifejezettebb szövettani elváltozások, akár a schizophreniás agyakon *Pickworth* által leírt »capillary pattern« változások alapján is elképzelhető. Ugy látszik, hogy a cardiazolshock-kezeléskor a shockhatás mellett egy a capilarisok útján az idegsejtekre gyakorolt élettani hatással is számolnunk kell, ezzel szemben az elektroshock-kezelés hatásában inkább a shockhatás van előtérben. Ezt a magyarázatot támogatni látszanak azok a felsorolt eseteink, amelyekben az alapos elektroshock-kezelés javulást nem eredményezett, viszont néhány cardiazolshockra teljes javulás következett be.

A kolozsvári Szülészeti-Nőgyógyászati Klinika közleménye. (Igazgató: vitéz Páll Gábor ny. r. tanár.)

A terhességen kívüli tejelválasztás.

Írta: Kése György dr. tanársegéd.

Az emlők fejlődése a petefészkek működésének megindulásával a serdüléskor kezdődik. Kísérletes állatvizsgálatok alapján bebizonyosodott, hogy a tejesatornácskák növekedését a tüszőhormon, a mirigylebenyek sejtszövetének burjánzását pedig a sárgatesthormon segíti elő. Utóbbinak hatására a sejtek működővé válnak és alkalmassá lesznek a tejelválasztásra (colostrum-képződés). *Stricker* és *Grüter* mutatták ki először, hogy a tejelválasztást tulajdonképpen az agyfüggelék mellsőlebenszövetétől termelt úgynevezett *lactatiós-hormon* indítja meg. Ezt először *Riddle* és munkatársai izolálták kristályos alakban prolactin vagy galactin név alatt. Ez a hormon a gonadotrop- és az agyfüggelék többi hormonjától teljesen elkülöníthető, minden emlősállat hypophysisében megtalálható nemre való tekintet nélkül. Hatását csak a teljesen kifejlődött emlőre fejtik ki. A kísérletes vizsgálatok alapján tehát megállapítható volt, hogy a tejelválasztás összetett folyamat, melyben a petefészkek fentebb említett két hormonja az emlőmirigyek kifejlesztésével, a lactatiós hormon pedig a tejelválasztás megindításával működik közre. Az emlők a terhesség végén, illetve szülés után érik el legfőbb kifejlődésüket. A tüszőhormon a prolactinnal szemben antagonistaként viselkedik, így értjük meg azt, hogy a tejelválasztás csak a szülés után következik be, amikor a lepény távozásával a szervezet *tüszőhormonszintje* hirtelen csökken és a lactatiós hormontermelés megindul a hypophysis mellsőlebenszövetében.

Bár a hormonális elmélet csaknem teljesen megmagyarázza a tejelválasztás mibenlétét, nem tagadható az újszülött szopásával kiváltott mechanikai inger szerepe sem. Újabban igen sokan nagy jelentőséget tulajdonítanak az idegrendszernek (köztiagyi idegközpontok és vegetatív idegrendszer), melynek szerepe mind állatkísérletekben, mind klinikai észlelések alapján bebizonyosodott. *Cannon*, *Bright* állatkísérletekben kimutatták, hogy sympathektomia után a tejelválasztásban zavarok állhatnak be. Sokszor pszichikus hatások az idegközpontok útján hatnak a belsőválasztású mirigyek működésére (psychogen amenorrhoea, képzelt terhesség). Az agyfüggelék működése függ a felette levő agyalapi idegközpontoktól, a kettő működésbeli egységet alkot. E téren figyelemre méltók *Herold* és *Effkemann* vizsgálatai. Ők azt tapasztalták, hogy ha terhes állatokban a hypophysis kocsányát átmetszik, akkor a tejelválasztás kimarad. E kísérletekből nyilvánvalóvá vált, hogy az agyfüggelék és a regio hypotalamicában levő idegközpontok egymással szoros összeköttetésben állanak. Nem kívánunk az ezirányban végzett kísérletek részletes ismertetésébe bocsátkozni, csak ki akarjuk említeni a *neurohormonális rendszer* fontosságát.

Jóllehet, az emlőmirigyek működése, illetve a tejelválasztás, élettani körülmények között csak terhesség során következik be, bizonyos klinikai észlelések azt bizonyítják, hogy colostrum-képződés vagy akár tejelválasztás — némely betegségben —

terhességen kívül is előfordulhat, egészen kivételesen férfiakon is. Már régen megfigyelték, hogy az emlőmirigyek működése az agyfüggelék különféle betegségeivel, pl. e szerv mellsőlebenszövetének, úgy szintén a regio hypotalamicának daganataival összefüggésben van. Colostrumképződést írtak le olyan esetekben is, amidőn a szervezetben tüszőhormontermelő daganatok keletkeztek (chorion-epithelioma, mola hydatidosa, sárgatesttömlő, stb.). Ezek kiirtása után éppen úgy tejelválasztás indulhat meg, mint a szülés után. Némelyek tejelválasztást észleltek csökkent petefészkek működés, műtéttel petefészkeküktől megfosztott vagy a változás korában lévő asszonyokon. Ezt azzal magyarázták, hogy megszűnően a tüszőhormon gátlása, a lactatiós hormontermelés érvényesülhet.

Egyik esetünkben ilyen terhességen kívüli tejelválasztást észleltünk, melynek részleteit alábbiakban ismertetjük:

30 éves nő. Első hősza 11 éves korában. Havibaja 28 naponként, 4–5 napig tart, 12 éve van férjénél, vérzése azóta egyszer sem maradt ki. Kb. 5 hónap óta menstruációja csak 1–2 napig tart igen kevés vérzéssel. Azt panaszkolja, hogy ez idő óta melléből genyves váladék ürül, de melle fájdalommentes, emlői nem duzzadtak. Az utóbbi időben kissé fogyott. Külső és belső nemiszerveiben kóros elváltozás nincs. Jól fejlett emlői vannak ép bimókkal, belőlük enyhe nyomásra sűrű, szürkés váladék ürül, amely mikroszkópos vizsgálattal tejnek bizonyul. Az asszonyon agyfüggelék-daganatra utaló jelek nem látszanak, a szemészeti és idegyógyászati vizsgálattal is ép viszonyokat találunk. A török nyeregűjé képzett röntgenfelvételen sem látszik kóros. A vizeletben végzett hormonmeghatározás eredménye: tüszőhormon = 40 e. E., prolactin A = 80 e. E., proactin B = negatív. Tehát a hormonkép a petefészkek csökkent működésére vall. A lactatiós hormon csak nyomokban volt kimutatható (a Richter-gyár végezte galambokon).

Az eset leírásából kiténik, hogy az emlőmirigyek szokatlan, terhességen kívüli működéséről van szó. Ilyen esetek — mint már bevezetőnkben említettük — a következő kórképekben fordulhatnak elő. Képzelt terhesség kapcsán, ilyenkor valószínűleg pszichikus hatás folytán az agyfüggelék mellsőlebenszövetének befolyásolására indul meg a tejelválasztás. Különösen a hypophysis mellsőlebenszövet betegségeiben (akromegalia, dystrophia adiposo-genitalis), hypophysis daganat kapcsán (*Krestin* három esete), továbbá az agyalapi központok megbetegedéseiben. *Parhon* esetében a tejelválasztás encephalitis után indult meg. Ezekben az esetekben a tejelválasztás a lactatiós-hormon túltermelésével magyarázható. Számos esetben olyankor fordul elő, midőn a petefészkek működése csökken, vagy teljesen kiesik. *Kehrer* egy 16 éves leányon tapasztalt galaktorrhoeát, akinek vizeletében prolactin túltermelést és tüszőhormon csökkenést tudott kimutatni. Véleménye szerint ilyen esetekben a gonadotrop-hormonok csökkent termelése, valamint a petefészkek hypofunctiója áll fenn; tehát részleges hypopituitarizmussal együtt hyperpituitarismus (galactogen) szerepel. *Hohlweg* és *Junkmann* úgy vélekednek, hogy a petefészkek működésének csökkenésével a feltételezett agyalapi idegközpontok olyan értelemben befolyásolhatók, hogy azok az agyfüggelék mellsőlebenszövetét lactatiós hormontermelésére serkentik. Ilyenformán az emlőmirigyek működése neurohormonális úton jönne létre. Feltehető tehát, hogy a petefészkek, a vegetatív idegrendszer és idegközpontok, valamint a hypophysis mellsőlebenszövet között egyensúly van, melynek zavara — mint fentebb láttuk — tejelválasztásra vezethet. Minthogy esetünkben olyan elváltozások,

melyek tejelválasztást idézhetnek volna elő (terhesség, mola stb.), általános és helyi, valamint laboratóriumi vizsgálatokkal kizárhatók voltak, figyelmünk elsősorban az agyfüggelék felé terelődött. Az irodalomból ugyanis az tűnik ki, hogy ilyen esetek hátterében legtöbbször a hypophysis daganatai állanak (adenomák). Ezt a lehetőséget is kizártuk. Jogosan tehetjük fel, hogy a tejelválasztás a petefészkek csökkent működésére vezethető vissza. Ez annyival is inkább nyilvánvaló, mert a tejelválasztás megjelenése éppen arra az időpontra esik, amidőn a petefészkek csökkent működése kezdődött. Így *Kehrer* esetéhez hasonlóan betegünkben is a petefészkek működéscsökkenése folytán létrejött részleges hypo-, illetőleg hyperpituitarismust vélelmeztünk. Bár a vizeletben a lactogen hormon csak nyomokban volt kimutatható, ez nem szól kórisménk helyessége ellen. A lactatiós hormon ugyanis inkább a tejelválasztás megindításában játszik szerepet. Ezt bizonyítják szoptatós anyák vizeletvizsgálatai, továbbá azon kísérletes vizsgálatok, melyek szerint parenteralisan adagolt lactatiós hormonnal a már beállott tejelés nem fokozható. Az is lehetséges azonban, hogy a lactatiós hormontermelés időszakosan történik. Az agyfüggelék részleges túl működése mellett szól az a tény is, hogy betegünknek egyidejűleg alapanyagcseréje is megnőtt. Ez viszont a fokozott thyreotrop hormontermeléssel hozható összefüggésbe. A pajzsmirigynek, mint az alapanyagcserét irányító szervnek, a tejelválasztásban kétségtelenül szerepe van.

Fentiek alapján indokoltnak látszott, hogy betegünket tüszőhormon kúrában részesítsük. Azt akartuk elérni, hogy az agyfüggelék működését szabályozzuk, illetőleg annak megváltozott működését igyekezzünk helyreállítani. Betegünknek a hószámköz első szakában másodnaponként 50.000 I. E., összesen 200.000 I. E. tüszőhormont adtunk. A kezelés befejeztével haviyérzése ismét rendes mennyiségben jelentkezett és a tejelválasztás annyira csökkent, hogy az emlékből csak erőlyes nyomással sikerült néhány csepp savós-folyadékot kipréselni. A petefészkek zavartalan működésének biztosítására a tüszőhormonkezelést követő második hószámközben tüszőhormonnal egyidejűleg gonadotrop hormont (Glanduantin) is adtunk. Kezelésünk eredményességét igazolta az a körülmény is, hogy a beteg alapanyagcseréje tetemesen csökkent.

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 kórbonctani, rendőri és törvényszéki boncoláshoz. 265 oldal és 10 oldal színes műmelléklettel	5.— P
Soós Aladár: Etrendi előírások IV. bővített kiadás	5.— „
Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája. 290 old., 110 ábra és 16 old. műmelléklettel	4.— „
Benderek István és Külley László: Gyógymasszázs és mechanoterápia. 240 oldal, füzve	4.— „

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

Öregkori tuberculosisban szenvedők szívtherápiája.

Írta: *Szörényi Richard dr.* főorvos.

Az öregkori gümőkór a phthisiologiának egyik rendkívüli és nagyjelentőségű kérdése. A sok szempont közül egyik legfontosabb az, hogy lappangó tünetei miatt gyakran hosszú ideig nem ismerik fel, noha legtöbbször erősen fertőző váladéktermeléssel jár. Ez különösen epidemiológiai szempontból figyelemreméltó s nem tévedünk, ha az öregkori tuberculosis a gümőkór terjedésének egyik legalattomosabb és legveszélyesebb tényezőjének tekintjük. De egészen különleges hely illeti meg az öregkori phthisist sajátos pathologiai, thérapia és prognostikai vonatkozásai miatt is. Nem célunk, hogy ezeket az igen érdekes és szövevényes sajátosságait és immunbiológiai viszonyait boncolgassuk, hanem csupán a thérápiájának egyik speciális irányelvére szeretnők a figyelmet felhívni.

Mondanivalónk nem vonatkozik az öregkorban aránylag ritkábban előforduló akut és hyperakut lefolyású tuberculosis thérápiájára, hanem kizárólag a jellegzetes esetekről kívánunk szólni, amelyekben a kiterjedt hegesedő, indurálódó elváltozások erősen csökkentik a légzőfelületet és ezáltal a kisvérkörben jelentős pangást idéznek elő. Ez esetekben a kisvérkörben jelentkező keringési akadályok a szív nagy megterhelésére vezetnek, aminek az öregkori sklerosis, valamint a gümős toxin behatására degenerált szívizom rendszeren nem sokáig tud megfelelni és beáll a keringés circulus-vitosusa. A kisvérköri pangás fiatalkori tuberculosis esetekben nem kedvezőtlen körülmény, de ennek ellenkezője áll az öregkori tuberculosis legtöbb alakjára. Míg az első esetben a kisvérkör pangása másodlagos lévén, szorosan összefügg a gazdaságos compensatiós szívmechanizmussal és csupán egy bizonyos optimális fokot ér el, addig az öregkori nagy zsugorodással járó phthisis folyton fokozódó elsöleges pangással mind több és több munkát ró a szívre s még váladékszaporulatra és nem specifikus gyulladásokra is vezethet. Különösen fontosak ez utóbbiak, ha figyelembe vesszük, hogy az ilyen zsugorodó folyamatok sokszor súlyos bonctani elváltozásokat — szűkületeket, tárgulatokat — hoznak létre, amelyek a váladékpangás mellett nem ritkán tályogoknak, nekrosisoknak lehetnek okozói.

Mindezek és még sok más itt fel nem sorolt elgondolás és tapasztalat szól amellett, hogy az öregkori phthisisben a fokozódó kisvérköri pangás igen kedvezőtlen jelenség, miért is minden igyekezetünkkel annak megszüntetésére vagy legalább is enyhítésére kell törekedni. Az öreg phthisikusok kisvérköri pangását előidéző ok: a zsugorodás, követlenül alig és közvetve is csak a gyulladás csökkentésével és a váladék ürítésének elősegítésével csak mérsékelten befolyásolható. Következésképpen a thérapia középontjában sokszor nem is annyira a specifikus folyamat, mint inkább a hajtóerőt szolgáltató szívizom serkentése áll. A baj azonban ott kezdődik, hogy a szívizom maga is már rendszerint annyira beteg, hogy a szokásos gyógyszereléssel nem sikerül megfelelő és tartós eredményt elérni. Éppen ezek a kórfolyamatok azok, amelyekről néhány eset felemlítése mellett szeretnék tapasztalataim alapján röviden megemlékezni.

Néhány évvel ezelőtt, amidőn értesültem Törönek a corhormonnal végzett élettani vizsgálatairól és ezzel kapcsolatban annak a szívizomra kifejtett hatásáról, elhatároztam, hogy a vezetésem alatt álló székesfővárosi II. kerületi tüdőbeteg gondozó intézetben, akkor éppen szép számmal kezelés alatt álló, öregkori gümőkóros betegek magam is kísérleteket kezdek. Be kell vallani, hogy a kezdeti eredmények egyáltalában nem voltak egyöntetűen jók, de később és főleg az utóbbi időben mind meggyőzőbbekké váltak. Felesleges lenne itt újra rámutatni a corhormonnak Törő által megállapított és részletesen leírt tulajdonságaira, csupán azt kell kiemelni, hogy saját tapasztalataink szerint a beteg szívizomra nemcsak objective registrálható kedvező hatást tud kifejteni, hanem más, előzőleg már hatástalan therápiák számára is megközelíthetővé tudja azt tenni.

Rátérve saját eseteinkre, az alábbiakban két érdekesebbet ismertetünk.

1. 66 éves, 56 kg-os, lesoványodott, magas férfi, évek óta fennálló köhögéssel, köpetürítésről és utóbbi időben fokozódó nehéz légzésről panaszkodik. Fél év alatt 16 kg-ot fogyott. Ezt megelőzőleg sohasem volt beteg. Röntgenképe kétoldali, főleg a felsőlebenyekre kiterjedő hegesedő, öregkori tuberculosishoz felelt meg. Megállapítható volt továbbá még a mediastinumnak balfelé mérsékelt eltolódása, valamint a szív közepes megnagyobbodása. Az alsó lebenyekben kifejezett bronchitise volt, a köpetében bőven voltak gümöbacillusok. A vizeletben 3% cukor, de acetone nem volt.

Tüneti és dietás kezelésre állapota szemlélatomást javult, jó toleranciája eukormentesítését kis szénhidrát megszorításra lehetővé tette. Fél év alatt 9 kg-ot hízott. Bronchitise erősen csökkent, de köpete változatlanul fertőző maradt. Vidékre utazott.

Kb. 1 év múlva visszafertőzött a fővárosba és köhögése, nehéz légzése miatt újból felkereste az intézetet. Köpetét alig bírta felköhögni, mellékesen csekély mellkasi fájdalmakról is tett említést. Testsúlya nagyjában változatlan maradt. Tüdejében a hegesedés még kifejezettebb lett, ugyancsak a mediastinum dislocatiója is. Az alsó lebenyek légtartalma fokozódott, a szívárnyék további nagyobbadást nem mutatott. Az alsó lebenyekben jelentős bronchitis volt kimutatható. Köpetében bőven voltak gümöbacillusok. Vizeletében mérsékelt mennyiségű fehérjét találtunk.

Két hónap elteltével anginás rohamot kapott, mely ezután gyakrabban ismétlődött nála. A szívárnyék nőtt, szív működése arythmiás, a vérnyomása 175 Hgm/-ről 155 Hgm/re szállt le. EKG szívizombántalom mellett szólt.

Többféle eredménytelen kezelés után 35×2 kem³ corhormont adtunk, erre rohamai mindinkább gyengültek, végül elmaradtak. Néhány hónap múlva az EKG-ben is számottevő javulás mutatkozott. Eddig összesen három ízben kapott corhormonkúrát. Jelenleg panaszai lényegesen csökkentek. Alig köhög és köpete is igen kevés. Gümöbacillusokat már hosszabb idő óta kimutatni nem tudunk. Kímélő életmódját folytatva ezidő szerint (70 éves) jól érzi magát.

2. 69 éves, 76 kg-os nő. Fiatalkorában »tüdőcsucs-hurutja« volt és igazán súlyos mellhártyagyulladás ment keresztül. Évek óta kínzó köhögése és a legkisebb megerőltetéskor nehéz légzése van. Kétoldali, de különösen a jobb oldalra terjedő erősen hegesedő-zsugorodó természetű öregkori tüdőgümőkórt állapíthatunk meg nála. A szívárnyék megnagyobbodott, a rekeszek fel voltak tolvá. Főleg az alsó lebenyekben erős bronchitist találtunk. A köpet erősen Koch-positív.

A vizeletben 1/2 ezrelék a fehérje. Vérnyomása 145 Hgm/m. Arhythmia perpetua. Mérsékelt decompensációs tünetei voltak; EKG kifejezett szívizombántalmat jelez.

Megfelelő életmód és gyógyszerelés mellett corhormonkezelést kezdtünk nála, mire 5 hét alatt teljesen compensálódott; bronchitise, kínzó köhögése, sőt köpete is erősen csökkent s benne gümöbacillusokat csak igen gyéren lehetett kimutatni. Subfebrilitása, arhythmiaja elmaradt. Erősen ingadozó vérnyomása 190 Hgm/m

körül stabilizálódott. EKG-je egy idő múltán szintén kedvezőbb lett. Vizeletében fehérjét csak nyomokban találtunk.

Jelentkezése óta immár 22 hónap telt el és ezalatt csupán egyikben volt szükség a kezelés megismétlésére. Tüdőlelete jelenleg erősen javult, noha a hegesedés még kifejezettebb. Köpetében bacillusok csak igen kis mennyiségben és elvétve találhatók. Közérzése jó és annak ellenére, hogy háztartásában éppúgy dolgozik, mint azelőtt, szíve teljesen compensált maradt.

Az ismertetett két eseten kívül számos hasonló-ról tudnék még megemlékezni, de az igazság kedvéért nem szabad négy teljesen refracter betegünket sem elhallgatni. Azt, hogy mi volt a hatástalanság oka, legtávolabbról sem sikerült megállapítani. Mindenesetre az okot egyedül a szívizom állapotában keresni nem volna helyes, annál kevésbé, mert máskor hasonló, sőt sokkal súlyosabb esetekben is sikerült kedvező hatást elérni.

Említésreméltó továbbá, hogy a kezdeti, nem kifogástalan eseteink, a későbbi kezelés folyamán jó részt kielégítően alakultak. Magyarázatul egyfelől az szolgálhat, hogy az első időben talán nem alkalmaztuk elég ideig s nem is kellő nagy adagokban a corhormont, de másfelől az sincs kizárva, hogy a praeparátum első sorozatainak stabilitása, illetve fehérjementessége körül valamelyes zavar lehetett. A mai készítmények megbízhatósága azonban már nem lehet vitás és arról számos kedvező eredményű esetünk is tanuskodik.

A corhormont eseteink legnagyobb részében 40–80 cm³-es mennyiségben, nem ritkán napi 2 cm³-es adagokban alkalmaztuk. Adagolása teljesen veszélytelennek bizonyult és nem találkozunk ellenjavallattal. Nem zárja ki más gyógyszerek egyidejű alkalmazását sem. Ez utóbbi körülmény különösen azért is fontos, mivel maga a corhormon nem rögtön ható, hanem teljes hatását csak napok, helyesebben hetek múlva kifejtő gyógyszer és így nincs akadálya más, azonnal ható szerek egyidejű alkalmazásának. Külön ki kell emelnünk még azt, hogy a gümős folyamatra nemcsak hogy káros hatást nem fejt ki, hanem a keringési viszonyok megjavításával kedvezően befolyásolja.

Végül, ami hatásának tartósságát illeti, szabályszerűséget találni nem tudunk. Úgy látszik, ez teljesen egyéni és szükségképpen nem áll a szívizombántalom súlyosságával sem összefüggésben. Tapasztalataink legfeljebb arra utalnak, hogy újabb kezelés rendszerint csak kb. 1/2–1 év elteltével válik szükségessé.

Mindezek alapján véleményünk szerint az öregkori tüdő tuberculosishoz erősen zsugorodó alakjai közül mindazon esetekben, amidőn a kisvérkörben káros hatású, kifejezett keringési akadály, illetve pangás jelentkezik, illetőleg első jeleit látjuk az elégtelen szív működésnek, kellő adagban alkalmazott corhormonnal nemcsak hogy a betegek tünetileg segíthetünk, hanem gyógyulásukra kedvezőbb előfeltételeket teremthetünk.

SEDIVAL TABL.

Natr. phenylaethylbarb. natr. glycerophosphor, bromisovalerylurea és polybromat. Sedatív hatása mellett enyhe altató hatást is fejt ki

3-szor naponta 1-1 tableta vagy este 2-3 tableta altatóan

SEZENT PÉTER GYÓGYSZERVEGYÉSZETI LABORÁTORIUM
Budapest, V., Pozsony-út 1. — Telefon: 121-547

Dr. DEÉR ENDRE SEROBAKTERIOLOGIAI LABORATORIUMA
 BUDAPEST, IX., RÁDAY-UTCA 18. TELEFON 186-006

Meinicke

Wassermann I

Wassermann II.

Kahn

Kiss

Antigének

»Sanguityp«

Vércsoportthatározó

VÉRSZEGÉNYSÉG
ELLEN

HAEMOPLEX

Dr. Deér

ACTIVÁLT
FERRUM
HYDROGENIO
REDUCTUM

Neohexal

A húgyutak valamennyi fertőzéses folyamatának, továbbá az influenza és a megfűléses betegségek kezelésére.

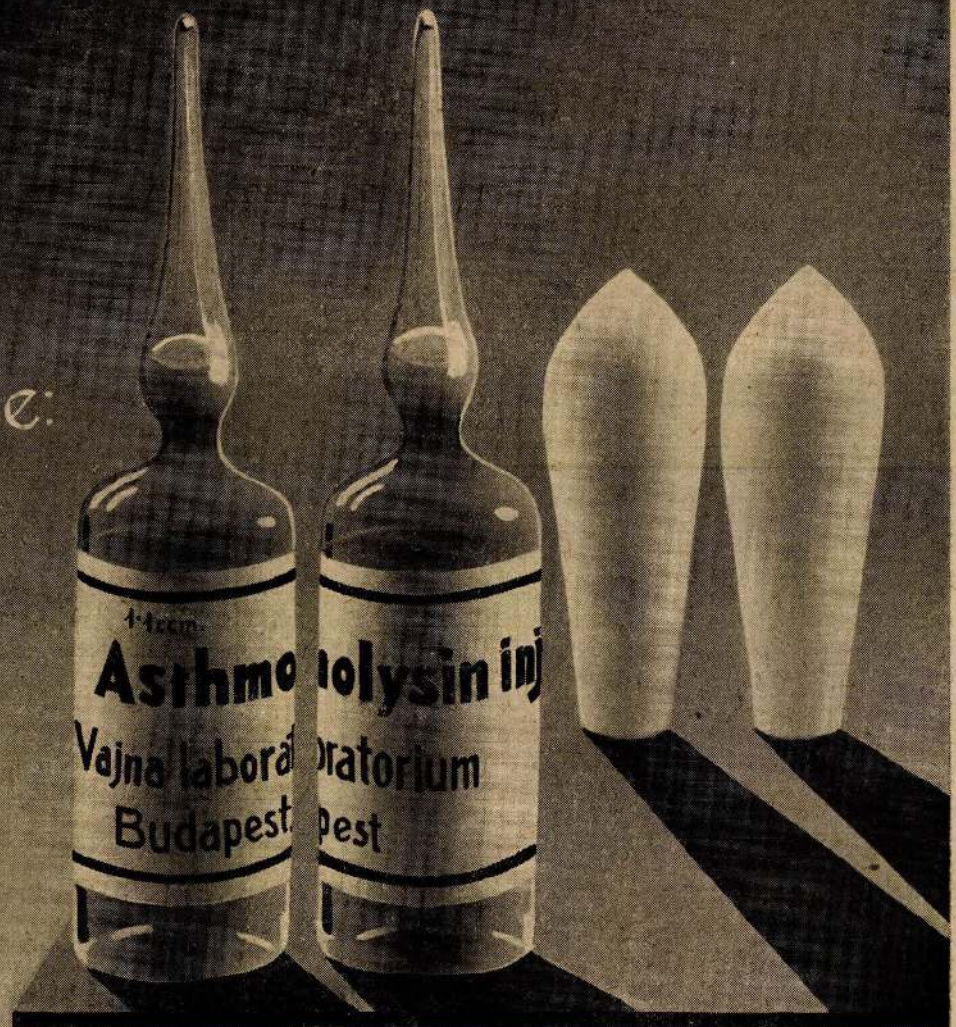
Üvegcsőben 20 db 0.5 g-os tableta



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

MAGYAR
GYÁRTMÁNY

Asthma
bronchiale:



ASTHMOLYSIN

injekció — kup

IRODALMI SZEMLE

SEBESZET.

Rovatvezető: *Benes Lajos és Rhorer László.*

A kísérleti bélezáródások hatása a mellékvesére. *M. Loewenck L. Löffler.* (Deutsch, Zeitschrift f. Chir. 256. 8—12.) Patkányok vékonybélét lekötve, azok mellékveséjében olyan elváltozásokat talált, melyek toxikus infectious hatásokra is létrejönnek. Súlyosságuk attól függ, hogy milyen magasan történik a vékonybél leköttetés és hogy milyen hosszú ideig áll az fenn. A vékonybélnek ezen elváltozásai a klinikai képpel párhuzamosan haladnak. Annak kimutatására, hogy a feltételezett ileus-méreg milyen úton kerül a mellékvesébe, patkányokra szabad hasüregét összekötötték az egyik állat vékonybélét lekötve, az ileusmentes patkánynál a mellékvesében nem talált lényeges elváltozást. Így bizonyosra vehető, hogy a szabad hasüregben keresztül lényeges mennyiségben a feltételezett ileus-méreg nem jut a keringésbe (B. 20.)

vitéz *Lázár Dezső dr.*

A kísérleti bélezáródások hatása a mellékvesére. *M. Loewenck L. Löffler.* (Második közlemény.) Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 256. 8—13.) A bérből felszívódott ileus-méreg a májon keresztül haladva, annyira mérgeleteltetik, hogy az art. supr. lényeges mennyiségben nem mutatható ki. De van még egy direkt útja, amely a mellékvese tokvenák és a peri-hepaticus, illetve baloldalt a vena lienalisok között van. Ezek éppen úgy, mint májcirrhosisnál, portapangáskor varicosusan kitágulnak. Mivel minden vékonybéllezáródás portapangással jár, tehát biztosra vehető, hogy az ileus-méreg ezen az úton kerül a mellékvesébe. Ennek bizonyítására ezen kifejlesztett anastomosisokat lekötötték és valóban a mellékvesében az ileus okozta ártalmak lassabban jöttek létre. A mellékvese ártalmaj és a vércukorszint között is összefüggést tételez fel. Ha ugyanis ileusnál ezeket a kifejlesztett anastomosisokat leköti, a vércukorszint-kezelés kevesebb csökken. (B. 21.)

vitéz *Lázár Dezső dr.*

Az appendix carcinoidjairól. *A Lennér.* (Acta Chir. Scand. LXXX. VIII. V.) A szerző ismerteti a különböző teoriákat az appendix carcinoidjainak megjelenéséről és rövid összefoglalót nyújt a tumetanáról. A három leírt eset közül különösen az egyik volt érdekes. Itt a beszűrődés a jobb ovariumra is ráterjedt és mivel a tumort nem sikerült radikálisan eltávolítani, a beteg műtét után sugárkezelést kapott. Midőn a bal ovariumot más megbetegedés miatt el kellett távolítani, feltűnt, hogy a beteg műtét után is szabályszerűen menstruál. Ez csak úgy képzelhető el, hogy a rosszulindult carcinoid-sejtek sugárérzékenyebbek voltak az ovarium normalis szöveti sejtjeinél. (B. 22.)

vitéz *Lázár Dezső dr.*

Uractercysták. *Klimkó és Kálló.* (Bruns Beitr. 174. 2.) Egy esete kapcsán tárgyalja az uractercysták kérdését. A sokféleképpen elnevezett cysták mind pathogenetikailag, mind elnevezésük szerint, két csoportba sorolhatók. Az első csoportba tartoznak azok, amelyeknél a hólyagfal gyengeségéhez még stenosis, vagy egyéb elzáródás is társul és ilyenkor descensus, ectropium, prolapsus vagy aversio keletkezik. A második csoportba hasonló elváltozások miatt cystikus ampullatágulatok jönnek létre (uracterocele cysta és diverticulum). (B. 19.)

Bánky *László dr.*

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

Mongolooidok szemvizsgálata. *Muralt* (Dissert. Zürich). Szerző 22 mongolooidot ír le szemészeti és anthropologiai szempontból. Állandó jelek: alacsony növés, brachycephalia, abnormis psyche, ferde szemrés. Gyakori a széles arc, tömpe orr, kis koponyatérifogat. A szaru többnyire astigmias fénytörésű átlag +3.0 D-s az összrefractio. Gyenge látásélesség normális színérzékkel. A lencse csak 3 ízben volt ép, a többiben változó típusú hályog észlelhető. Túlnyomóan (77%) a cataracta coerulea szerepelt, mely a késői gyermekkor-

ban kezdődik, ritkább a coronaria typus. Az esetek felében epicanthus (koponyaalap ill. orrgyök) visszamarad. Nyolc esetben összetérő kancsalság, hét ízben nystagmus, 44%-ban blepharitis squamosa. (Vontobel régebbi 25 esetével együtt összesen 47 betegre vonatkozik a százalék!) (G. 39.)

- *Grósz István dr.*

Lymphogranulomatosis benigna. *Dressler és Wagner.* (Acta dermatovener. 22. 6). Szerzők a Schaumann-kór két esetét közlik, a) súlyos iridocyclitis, tüdő, csont, lép stb. részvételével. A kórjelzést a nyirokmirigy és mandula szövettani vizsgálata biztosította, b) uveoparotitis, hilus, lép- és májtünetekkel. Mindkét esetben periphlebitisre utaló góccok, illetve üvegtest véresek jelentkeztek. Első ízben történik említés a periphlebitisről a Besnier-Boeck-féle syndromában. (G. 42.)

Grósz István dr.

A sulfamid-kezelés trachomában. *Poleff.* (Ophthalmologica, 1943. 3—4.) A szerző ismerteti a sulfamid-készítményekkel való trachoma-kezelés irodalmát, 1050 eset kapcsán a következőkben szövezi le véleményét: elsősorban a nem specifikus folyamatokra (hurut, szaruhártyafekély) van jó hatása, míg specifikus elváltozásokra (csomók, pannus) csak a kezdeti szakban. A helyi kezelés nem mellőzhető. A sulfamid-kezelés lehetővé teszi a fertőzés kiküszöbölését és a visszaesést megakadályozza. (G. 36.)

Bárdy Károly dr.

TÁBORI EGÉSZSÉGÜGY ÉS HADISEBESZET

Rovatvezető: *Sereghy Emil.*

Narcosisból eredő elváltozások a központi idegrendszerben. *Mehring.* (Der Deutsche Militärarzt. 1942/10.) Egy 18 éves tengerészt vakbélgyulladás miatt aether altásban operáltak. A beteg légzése 15 cm³ aether adása után négy-öt percre kihagyott, majd mesterséges légzésre CO₂ adagolásra újra ritmusossá vált. A szerző a műtét után a beteg állapotát pontosan figyelte és a hat napig tartó ideggyógyászati vizsgálatok eredményéről számol be. Szerinte a 24 óráig tartó eszméletlenséget, a gyakori hányást, a gyenge emlékeztést, továbbá a trophikus zavarokat, hajhullást és a beteg jellembeli megváltozását az aether hatására subcorticalisan fellépő ischaemia okozta sejt és szövetelváltozások idézte elő. Hasonló tüneteket figyeltek meg más szerzők állat kísérleteikben. (S. 6.)

Pongrácz Ferenc dr.

A gázoedema kezeléséhez. *Beck.* (Der Deutsche Mil. Arzt. H. 2. 1943.) A gázoedema kezelésében legfontosabbnak tartja a korai felismerést és a gyors beavatkozást. A korai jelek közé tartozik a hirtelen jelentkező nem lüktető, de feszülő fájdalom, a beteg nagyfokú elesettség, sárgás arcszín. Kezdetben az érverés és hőmérséklet normalis lehet. Rossz jelnek vehető ezek hirtelen emelkedése. A seb környékének löszórpárna tapintata, a körmök barnás, kékesfeketés, élesen elhatárolt színe, a sebváladék jellemző szaga, mind elősegítik a korai felismerést. Legfontosabb azonban a betegség megelőzése. Ennek első feltétele a tökéletes sebllátásban rejlik. Minden szennyezett, szakított seb szélesen feltárandó és tökéletes sebrevisio végzendő. Serum adásával nem ért el jó eredményt. Fontos 24 óráig a szív ellenőrzése. Amputációt csak a legvégső esetben végezt; 121 esetéből 21 halt meg és csak 21 eset került amputációra. (S. 15.)

Pongrácz dr.

Mikor és hogyan operáljuk az agy fertőzött lövésis sérüléseit? *Reiper.* (Der Deutsch. Mil. Arzt. 1943. H. 2—3. Tapasztalata szerint minden fertőzött, lövéses agysérülés operálandó. A műtét előtt suboccipitalis punctióval 15—40 cm³ liquor! kell eltávolítani. A prolapsus ellen a gyakori liquorleocsátás igen jó segítség. A drainaget kisporusu gummisszivaccsal végzi. A késői tályogok fellépésére mindig figyelemmel kell lenni. A késői tályogok fellépésére mindig figyelemmel kell lenni. A műtét utáni meningitisek a 3. és 4. héten végzett műtéteknél a leggyakoribbak. A meningitiseknek nagy része gyakori liquorleocsátásra, levégő befúvásra és nagymennyiségű sulfonamid adására gyógyult.

Az operált agysérültek a szállítást rosszul tűrik. Lehetőleg 3—6 hétig egyhelyben, ugyanannak az orvosnak felügyelete javalt. (S. 13.)

Pongrácz dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Látásproblémák. Többnyelvű olvasókönyv. Falitáblák, rövid útmutató a látásvizsgálatokban. *Csapody István dr.* Ötödik kiadás. (Eggenberger, Budapest, 1943. 43 oldalon és 4 nagyméretű melléklettel. Ára 12 p.)

Csapody István egyetemi rk. tanár új kiadásban bocsájtja a magyar orvosok rendelkezésére boldogemlékű kiváló atyjának valamennyiünk számára szükséges és nélkülözhetetlennek mondható látáspróbat. Az eredeti kiadáshoz képest, de az előző kiadáshoz képest is nagyszámú új fejezettel gazdagította az anyagot, amely immár nem egyszerű látáspróbagyűjteményt ad az olvasó kezébe, hanem többirányú útmutatást a szemüvegrendelés és a szemvizsgálás tökéletesítése érdekében. Ezenkívül értékes felvilágosítást talál az iskolaorvos is, így Cs. Mócsy Márta dr. közlését a kézi munka és látásélesség kérdéséről. Az iskola és látásélesség fejezetében nem teljes mértékben értünk egyet a szerzővel, amikor a kézimunka és rajz alól felmentést elemi osztályokban 3.0 D rövidlátáságtól kezdődően ajánlja, mert nézetünk szerint a már elemi iskolás korban megjelenő rövidlátóság, különösen, ha az megállapíthatóan nem vesztült el, hanem haladó természetű, már akkor is komolyan itélendő meg, ha nem érte el a szerző által határértéknek mondott 3.0 dioptriát, másfelől pedig, ha gyermek fénytörését atropinózott szemmel pontosan meghatároztuk és megfelelő üveggel teljesen kijavítottuk, eleinte engednünk kell a normális szemű gyermekek számára engedett mindennemű munkát és csak abban az esetben mentjük fel bizonyos szemmunkák alól, ha a teljes és pontos correctio ellenére 1/2—1 éven belül fokozódnék a rövidlátóság. A messzelátó szemű gyermek felmentése kézimunka alól azért, mert messzelátóságának nyilvánvaló része 3.0 D-nél több, szintén nem tartható indokoltnak, mert a messzelátó szemek közeli munkával való foglalkoztatása hátránnyal nem járhat, ha a fénytörési hibát kijavítottuk, ellenkezőleg kívánatosnak látszik a szem fejlődése, egészséges és zavartalan munkája érdekében azok gyakorlása.

Igen értékes összefoglalásokat találunk különösen a kezdő szemorvosok és szemvizsgáló orvosok részére a szemizombénulás vizsgálatára, a különböző foglalkozásokhoz szükséges látásélességre, valamint a munkaképesség csökkenésére vonatkozólag is.

A könyv nemcsak tartalmaért érdemel meg tárgyiagos elismerést, hanem kiállítása is olyan, amilyennek a jó látáspróbatának lennie kell: nyomása, papírosai elsőrangú és a kiváló Stephaneum nyomdát dicséri.

Imre József prof.

Taschenbuch der ansteckenden Krankheiten des Menschen. Prof. Kurt Gutzeit. (Urban és Schwarzenberg, Berlin—Wien. Ára 6.60 R. M.) Kis 462 oldalas zsebkönyv, biblianyomó papíron, két igen jó színes táblával. Kitűnő összefoglalásban tárgyalja előbb az általános alapsmereteket (vérvizsgálat, bakteriologia, diagnosis, védelem stb.), azután az egyes fertőző betegségeket, köztük a trópusiakat is. A gyakorló- és a táboriorvos igényeit mindenben kielégítő segédkönyv, ami nagy hasznára lesz felelős, magára hagyatottságában minden orvoskollégának.

Vámosy prof.

Die synkopalen vasomotorischen Anfälle von Walter Schulte dr. 1943. (Georg Thieme Verlag, Leipzig, 99 lap, 4 ábrával. Ára 8.70 márka.)

Szerző az epilepsziás bántalmak közül egy újabb klinikai csoportot igyekszik körülhatárolni. Az idetartozó esetek eddig különféle név alatt szerepeltek. Wilson visceralis vagy vagovasalis rohamokról beszél, epileptoid, psychastheniás rohamokról is neveztek, majd vegetativ (Pette), vasomotoros és synkopalis név alatt szerepelnek. Ezekből választotta szerző az új elnevezést is, mint leginkább jellemzőt. Munkáját 87 katonai betege alapján szerkesztette meg, tekintetbe véve, az irodalmat is. A címben jelzett rohamok eszméletlenséggel és érbeidegzési zavarokkal járnak és jól elhatárolhatók az epilepsziás rohamoktól. Valódi aura nem igen előzi meg. Az elesés sem oly hirtelen és sérülések ritkábbak. Az eszméletvesztés sem oly mély. A beteg arca elhalványul, erősen izzad, gyakori tünet a hányás roham közben vagy utána. Bevezető kiáltás nincs. Görcsös mozgások, rángások alig észlelhetők, inkább egész testével hánykolódik a beteg, végtagjaival csapkod maga körül. Hörgő lélekzés nincs. A szembogarak jól felelkeznek. Babinski nincs. Az egész roham pár pillanattal, egy-két percig tart. Alvás nem követi. Többnyire a reggeli órákban jelentkeznek a rohamok. Ijesztő álmok, szívbillentyű elégtelenség, fekvésutáni hirtelen fölkelés, testi túleröltetés, hőbehatás, kevés alvás elősegítik őket. A klinikai leírása után a körül és elhatárolásra tér át. Majd az orvoslást, a katonai fontosságát tárgyalja. Úgy a gyakorló orvosnak, mint a katonai orvosnak roppant fontos munka.

Reuter prof.

Laxoptin

Ideális, enyhe hatású hashajtó. Éveken át jó eredménnyel szedhető

Lalkus propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra

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

STRYCHNOPHOSPHARSEN,

AZ IDEGCASUSOK
ROBORANSA

„CERTA” GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R.T. BUDAPEST

LANACLARIN-CHINOIN

HAZAI digitalis lanatából készült kristályos öszglycosida készítmény

Gyorsan beálló, teljes digitalishatást ad!

Jól felszívódik, a gyomrot nem izgatja!

Solutio — Tableta — Injectio — Suppositorium

Phlogisan

ung.

125 gr. árt. P 3.70

GYULLADÁST SZÜNTETŐ MÉLYHATÁSÚ
ANTIPHLOGISZTIKUM

Gyártja és
forgalmazza hozzá

Diachemia

STRAUB SÁNDOR GYÓGYSZERVEGYÉ-
SZETI ÉS VEGYÉSZETI LABORATORIUM
BUDAPEST, TERÉZ-KORÚT 27.

Logal

1 tabletta tartalmaz: Kipróbált szer, ártal-
matlan a gyomorra
és a szívre

0.25 g. Acíd. 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” gyógyszerháza
Budapest, VIII., Mátyás-tér 3. szám

Új szakkönyvek

A Basedow-kór belgyógyászati kezelése

Dr. MATITS LAJOS, a Kékesszálló Magaslati Gyógyintézet
vezető orvosának műve. Gondos, szép kiállításban P 12.—

Fertőző-betegségek

A fertőző (ragályos) betegségek és járványok ismertetése a róluk
szóló jogszabályokkal és Budapest Székesfőváros fertőzőbeteg-
ségekről szóló szabályzatának kivonata. Irta és összegyűjtötte
Dr. KERBOLT LÁSZLÓ P 18.—

Gyakorlati tüdődiagnosztika

Tuberkulózis szótár és a tuberkulózisra vonatkozó újabb jog-
szabályokkal. Dr. PUDER SÁNDOR, OTI rendelőintézeti tüdő-
szakorvos műve. 90 magyarázatos-rajzos röntgenfényképpel és rajzok-
kal illusztrálva, szép kiállításban fűzve P 26.—, kötve P 30.—

Valóban képzett orvos KRETSCHMER taná-
nak és orvosi pszichológiájának ismeretét nem
nélkülözheti. A magyar kiadás most jelent meg!

Orvosi pszichológia

Dr. Ernst Kretschmer egyetemi tanár, — a marburgi egyetem
Elme- és Idegkórtani tanszéke igazgatójának műve — 23 ábrával
fűzve P. 28.— kötve P. 33.—

NOVÁK RUDOLF ÉS TÁRSA

Orvosi Szakkönyvkereskedés és Tudományos
Könyvkiadóvállalat

BUDAPEST, VIII., BAROSS-UTCA 21

MALTIRON

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

Hasmenéses csecsemők részére

Javallva: Dyspepsia, dysenteria, entero-colitisek és exsudatív diathesis bélmanifestációi eseteiben.
Alkalmazása: a hasmenést esökkentő gyógytáplálékoknál szokásos irányelvek szerint.

Szabadon rendelhető: Közgyógyyszerellátás terhére

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

VEGYES HIREK

Hátralékos előfizetőinket kérjük, hogy a mai számunkhoz mellékelt csekken tartozásukat kiegyenlíteni szíveskedjenek, nehogy a lap küldését beszüntetni legyünk kénytelenek. Új előfizetést csak a hátralék rendezésével fogadhatunk el.

Jáki Gyula dr., egyetemi c. rk. tanárt, a debreceni sebészeti klinika adjunktusát a bécsi egyetem vendég-előadásra hívta meg.

Szabadságon vannak: *Rejtő Sándor dr.*, július 15—augusztus 20-ig.

A Budapesti Orvosok Kamarazeneegyesülete ezidei évzáró közgyűlésén dr. *Milkó Vilmos* professor elnöki megnyitójában felkérte az orvosközönség összeségét, hogy ezen jótékony célú egyesületet a jövőben is lelkesen támogassák és hangversenyeit minél számosabban látogassák. A közgyűlés a régi tisztikart és választmányt 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: *Belohorsky Gábor dr.*, főtitkár: *Lévay 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.*, számvizsgálóbizottság elnöke: *Mansfeld Ottó dr.*, művészeti bizottság elnöke: *Manninger Vilmos* prof.

A közgyűlés a Kerestképtelen Orvosokat, Özvegyeket és Arvák Segélyező Egyesület részére 300 P, a Budapesti Orvosok Szövetsége és a Budapesti Orvosi Kamara segélyalapja részére 100 P adományozását határozta el.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat 1942. évi illetménykönyvei közül a következők szétküldése folyamatosan van: *Kopits Jenő* és *Kopits Imre*: Az orthopaedia tankönyve, *Pazár Zoltán*: Az ittasság és iszákosság vizsgálata, *Weinstein Pál*: A glaucoma kór- és gyógytana, *Sós József*: Magyar néptáplálkozástan és *Kómvics Oszkár*: Fertőzött fogak kór- és gyógytana.

Ez a küldemény az 1942. évi illetménykönyvek első fele. A másik fele: *Buday*: Alkattan, *Petrilla*: Magyar egészségügy a statisztika tükrében, *Sereghy* és *Urbanyi*: Törések és ficamok c. művek nyomás alatt állnak.

Az idei rendes közgyűlést a Társulaton kívülálló okokból szeptemberre kellett halasztani.

Orvosdoktorra avattattak a budapesti Tud. Egyetemen június hó 26-án *Bata Károly*, *Constantinovicz Ilona Györgyike Matild*, *Egedy Sándor István János Mihály* cum laude, *Frankl Ottó Jenő* cum laude, *Generich Paula Mária Pálma*, *Grimm Jenő Nándor*, *Herczogh Miklós*, *Horváth Boldizsár Mihály*, *Hüttl Tivadar* cum laude, *Kende István*, *Kiss Aranka Róza*, *Krákai Károly Sándor*, *Kis-sármási Mály Sándor*, *János*, *Mányfi Lóránd János Ernő*, *Nestler János*, *Németh Lajos János*

FAGIFOR „CITO“

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lactocreasot-syrup

Ideális enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere
lag. orig. P 3/21, pénztári csom. P 1/61

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

Pálffy Roland, *Reinhardt Ottó Péter József*, *Ritter Jolán Erzsébet*, *Rossmann Béla* cum laude, *Schmelzer Imre*, *Sin Lajos*, *Somogyi Barnabás*, *Soós Erzsébet Katalin*, *Szász Levente Sándor Agost*, *Szeberényi György* cum laude, *Székely József Lajos Gyula Mihály*, *Szilágyi Pál János* cum laude, *Szutrény Antal Sándor Béla*, *Tóth Attila Péter Géza*. — *A pécsi Tud. Egyetemen június 26-án Cseh Erzsébet*, *Antal Mária*, *Kobolka Ferenc*, *Hahn Elemér István*, *Antalóczi Sándor*, *Pancsev Sztojcsó*, *Márton Zoltán*, *Szűcs Vilmos Lajos*, *Barta Szabó Sándor*, *Tóth László Béla*, *Halmos László*, *Hargitai Ferenc István*, ifj. *Szontagh Ferenc*, *Venczél István*, *Haniszkó Gyula Zoltán*, *Entz Albert Ferenc*, *Schmidt Rezső Mátyás*, *Hualla Lajos*, *Marinov József*, *Boldog Gyula Sándor*, *Németh Károly Ferenc*, *Vidág Ferenc*, *Nikiforoff Petrov Stefan*, *Konkoly Thege Aladár Miklós*, *Kungl József Sándor*, *Sörlei József*, *Mousson Pongrácz*, *Körmendy Márton*, *Szigethi József Antal*. Üdvözöljük az új Kartársakat!

Betöltendő orvosi állások: A miskolci Erzsébet-kórházban egy segédorvosi állás. Pályázati határidő a Budapesti Közlönyben történt megjelenéstől 15 nap.

A Chinoin Gyógyszervegyészeti Gyar munkássága június 19-én az Istvánbeli Főműhely kaszinójának dísztermében jólsikerült műsoros délutánt tartott, amelyen *Zempléni László dr.* orvos-órnagy, kórházparancsnok vezetésével az újpesti 513. sz. Honvéd Hadikórház 50 sebesültje, valamint a gyár teljes vezetősége és tisztviselői kara is megjelent. Az előadás tisztja jövedelme, kb. 1400 P, a gyári hősi halottak és hadbayonulatak családtagjainak felsegélyezésére szolgált.

A frontátvonulások áttekintése 1943 március első feléről. A március 1-től 15-ig terjedő időszak frontális szempontból rendkívül sajátos volt, amennyiben az időszak első napjaiban az erős betörési frontok példátlan halmozódása lépett fel (két és fél nap leforgása alatt nem kevesebb, mint 7 erős és 2 mérsékelt fejlettségű betörési front érkezett!); viszont 7-től kezdve csak kevés és nagyon gyenge fejlettségű frontátvonulás mutatkozott. Az egész időszak alatt 8 erős, 8 mérsékelt és 5 gyenge betörési, valamint 2 mérsékelt fejlettségű felsiklási front vonult át felettünk.

A budapesti frontátvonulások részletes történetéből ezúttal kiemelendők a március 1-én 8, 11, 21 órakor, március 2-án 11 és 13 órakor, 3-án 8 és 15 órakor, végül 6-án 12 órakor átvonult erős fejlettségű betörési frontok; továbbá március 6. déltől 8-án délig terjedő, valamint a 9-én reggeltől 12-én kora hajnalig terjedő teljesen frontmentes időszakok.

Aujeszký dr.

Amerikai orvosi hetilap. »Journal«, 1938—41-beli évfolyamok, eladók. Ugyanott eladó PANTHOS-TAT. Max Levy dr., Berlin. 110 voltos gyártmány Galv., Farad. Kaustik). Telefon: 115-730. Érdeklődni reggel és délben.

Háromrevólveres immersziós mikroszkop eladó.
Dr. Sallai, Bercsényi-u. 26/b. I. 3.

Különböző orvosi gépek és műszerek eladók (mikroszkop, Antex-röntgen, vizsgálóasztal, quarz).
Cím: dr. Novaszegel Ferenc, Szeged, Takaréktár-utca 8. sz.

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTÁN

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

EPHERIT-CHINOIN

VASOTONICUM, ANTI-ASTHMATICUM

Tabletta

Ampulla

Pulvis pro receptura

Septikus és toxikus állapot esetén, **azonnal**
már a bakteorologiai diagnózis előtt

DeToxin

Stimuláló és méregtelenítő hatású.
A természetes ellenálló erőket fokozza.

JOHANN A. WÜLFING
BERLIN SW 68.

PACYL

fokozott vérnyomásnál

kiméletesen csökkenti a megnövekedett vérnyomást,
oldja az érgörcsöt,
enyhíti a szubjektív panaszokat.
Perorálisan szedve hatékony.

DIWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A. G. · BERLÍN-WAIDMANNSLUST
Irodalommal és orvosi mintával Hygiea R.T., Kolozsvár, Kando Kálmán u. 13 szolgái

Uricedin

anyagcserebántalmaknál, mint: köszvény, rheuma, ischias, vese-, hólyag-, epe-, máj-bántalmaknál, bélrenyheség és gyomorbajoknál.

Magyarországi vezérképviselet:

Medichemia Gyógyszerkészítmények Gyára R.T.

Budapest, X., Hölg-y-uca 14

J. E. Stroschein

Chemische Fabrik K. G.
Berlin

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

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 száma 2 pengőért.

Hirdetések kizárólagos felvétele
 a kiadóhivatalban.

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

Romániában: Borsos Béla dr. Arad, Str. Gen. Grigorescu 5.

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

A Magyar Orvosi Archivum egész évre 10 P., 70 slk., 400 lel.

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.

SYMPATOL

A SZIV ÉS VÉRKERINGÉS GYÓGYSZERE

Indikációk:

Az erek hypotóniával párosult tónuscsökkenése:

Rekonvalescentia – Hypotónia – Terhesség – Öregkori panaszok

Általános keringési gyengeség:

Grippe – Diphthéria – Tuberculosis – Typhus – Pneumonia

Súlyos kollapsus:

Műtétek – Szülések – Vérvesztés – Shok

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



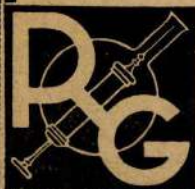
Tudományos osztálya:
 Budapest, VII., Károly
 király-ut. 13-15. VI.

BELLAFIT

1 amp. 1 cm³-e 0,0005 g, 1 tabl. 0,00025 g, 10 cm³ solutio 0,005 g, hazai belladonna-összalkaloidát tartalmaz balraforgató nativ alakban.

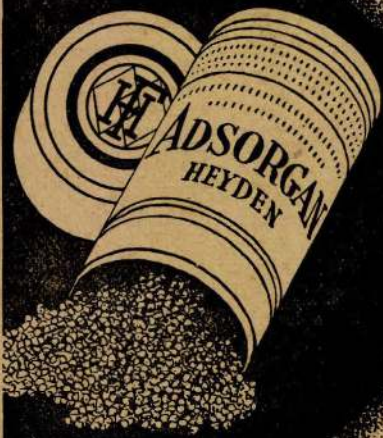
INDIKÁCIÓK: Paralysis agitans, postencephalitikus parkinsonismus (bolgár-kura). A gyomor- és béltractus hypersecretiós és spasticus megbetegedései. Tenesmus, Az epeutak megbetegedései. Asthma bronchiale. Angina pectoris. Érspasmusos megbetegedések. Az urogenitalis tractus göresős állapotai. Abortus imminens. Hyperemesis gravidarum.

ADAGOLÁS: Az indicáció szerint különbözik. Általában 1/2—1 ampulla subcutan vagy intramuscularisan ill. 1—2 tablettá vagy 1—2 cm³ solutio 3-szor naponta.



RICHTER GEDEON vegyészeti gyár r. t., Budapest X.

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



ADSORGAN-HEYDEN

a bél méregtelenítésére

Chemische Fabrik VON HEYDEN Aktiengesellschaft

Magyarországon forgalomba hozza:

Walter & Dummel, Budapest V., Mérleg-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:

Pelláthy István: A malária gyógyítása roninnal. (339—341.)	Irodalmi szemle. (345.)
Györgyi Géza: Az aortaisthmus stenosisa. (341—342.)	Könyvismertetés. (346.)
Melléklet. Az Orvosi Gyakorlat kérdései. (53—56.)	Lapszemle. (348.)
	Vegyes hírek. (348.)

A kalocsai érseki Szent Kereszt Kórház közleménye.

A malária gyógyítása roninnal.

Irta: Pelláthy István dr.

A világ legelterjedtebb betegségének, a maláriának gyógyítása a jelenlegi maláriaellenes szerek mellett sem lezárt feladat. 1940-ben Pakenham és Rennie egy paralytikus beteg oltott maláriáját kezelte hat napon át napi 6 g sulfathiazollal. A hidegrázások száma csökkent, de véglegesen csak chininre múlt el. A szerző a parazitákra gyakorolt hatást nyilvánvalónak tartja. Az első igazán sikeres eredmény 1941-ben Coggeshall, Maier és Best-től származik, 17 malaria tertiana, illetve quotidiana esetet kezeltek promin nevű amerikai készítménnyel (didextrosesulfonát), a lázrohalmokat kioltották, s sulfadiazin 13 beteg közül 10-ben volt hatásos. Ezzel a kedvező adattal szemben áll Irmgard véleménye, aki sem 4-sulfonamid—2'—4' diaminoazobenzol színes azovegyülettel, sem egyetlen származékával sem tudott plasmodium vivaxszal oltott maláriában rohammentességet elérni. Irmgard hivatkozik Yamamoto, Read és Pisco azonos eredményére is, akik a sulfamid származékokat, mint maláriagyógyszereket elutasítják. Makara referátuma szerint a majommaláriára a prontosil specifikus, de emberi plasmodium ellen sem ennek, sem más szernek hasonló hatása nincs. A gyakorlatban a malaria sulfamid-kezelése nem terjedt el, ez az inditatio egyetlen készítmény javallatában sem szerepel.

Saját eredményeim ismertetésével épp az a célom, hogy a sulfamidok új hatásterületére mutassak rá, amely elméletileg a hatásmechanizmus, gyakorlatilag a malária nagy elterjedtsége miatt fontosnak látszik. Az első kórtörténetem 1941-ből származik, akkor kezdtem alkalmazni a malária kezelésében a ronint. Beteganyagom az országos viszonylatban maláriában szegényebb kalocsai vidékről való. Betegeim egy kivételével mind szunyogcsípés útján fertőződtek, korán felkeresték osztályunkat, mert az ismétlődő lázrohamokról maguk is kórismézték a bajt, vagy orvosuk utasította hozzánk. Sajnos, a

belgyógyászati osztály kis ágyszáma nem engedte meg, hogy hosszabb ideig tartózkodjanak osztályunkon, de szóbeli vagy levélbeli utánaérdeklődéssel további sorsukról beszámolókat nyertünk, tekintettel arra, hogy néha csak hónapok múlva jelentkeznek recidiva, azt amúgysem várhattuk volna meg az osztályon.

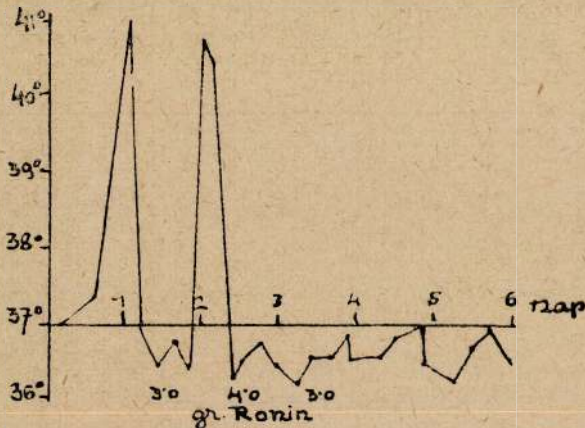
1. M. M. Ápolgatott 1941. VIII. 14.-től X. 5.-ig. Dg.: paralysis progressiva, 1941. VIII. 27.-én A. M.-től terápiás maláriaoltásként 5 ccm vért i. v. és 10 ccm-t i. m. kap. IX. 2.-án hidegrázás, 17 ó körül 38,9° láz, IX. 3.-án 17 ó-kor 38° láz, IX. 4.-től 11.-ig 12 ó körül hdegrázás, 40,5° láz, IX. 12.-én 12 ó-kor hidegrázás, 39,9° láz. Aznap d. u. első ízben adunk 2 g ronint belsőleg, IX. 13.-án 12 ó-kor 40,0° láz egész napra 3 g ronin, IX. 14.-én 16 ó-kor 40,0° láz, egész napra 3 g ronin, IX. 15.-én 3 g ronin, egész nap láztalan, IX. 16.-án és tovább láztalan. A vérképben a lázrohamok alatt 18-as és 24-es oszló alakok láthatók. Plasmodiumok még IX. 15.—20.-ig is kimutathatók. IX. 21.-e után plasmodiumot nem találunk. A beteg még október 5.-ig maradt osztályunkon, lázroham nem jelentkezett. Itt tehát oltott maláriát szüntettünk meg. Recidivája azóta nem volt.

2. T. A. 17 éves. Ápolgatott 1941. IX. 22.-től X. 1.-ig. Harmadnaponta hidegrázás, erős izzadással, utána nagy gyengeség. IV. 22.-én 8 ó-kor hidegrázás 39,2° láz. Vérképben 16-os oszló amoeboid és gyűrűs alakok láthatók. 5 ccm sulfamidomethylthiasol i. v. IX. 23. láztalan, 2×5 ccm sulfamidomethylthiasol i. v. IX. 24.-én 8 óra 46 perckor hidegrázás, hőmérséklet 40,5° C-ig emelkedik, 5 ccm sulfamidomethylthiasol. Délután 2 g ronin per os. IX. 25.-én láztalan, 3 g ronin. IX. 26.-án 3 g ronin, 10 óraker hidegrázás, 40,5° láz. IX. 27.-én 3 g ronin, IX. 28.-án 2 g ronin. Mindkét nap láztalan, tovább is az marad, jó állapotban távozik, beszámolójában elmondja, hogy azóta lázas nem volt.

3. M. G. 45 éves. Ápolgatott 1941. okt. 7.—okt. 12.-ig. Két hete harmadnaponta hidegrázások. Felvétel napján 18 óraker hidegrázás, 39° láz. A vérképben plasmodium vivax amoeboid alakjai mutathatók ki. X. 8.-án 3 g ronint adunk, aznap láztalan, X. 9.-én 3 g ronin, tovább is láztalan. X. 10.-én 1 g ronin, tovább is láztalan. X. 12.-én távozik, recidivája azóta sem volt.

4. B. I. 12 éves (l. 1. görbe). Ápolgatott 1942 VI. 1.-től 20.-ig. Két hete harmadnaponta hidegrázás. Lép 2 ujjnyi, máj tapintható. Vérképben amoeboid és 20-as osz 0 alakok mutathatók ki. VI. 1.-én 18 óraker hidegrázás, 38,2° láz. VI. 2.-án 19 óraker hidegrázás, 40,2° láz, megkezdjük a ronin terápiát: 3 g belsőleg, VI. 3.-án láztalan, 3 g belsőleg és 1 g i. v. VI. 4.-én láztalan, 3 g ronin. Tovább is láztalan, még két hétig tartózkodik osz-

tályunkon, vérszegény, máj- és arsetonin-injectiókat kap.



1. ábra. 4. eset: m. tert.

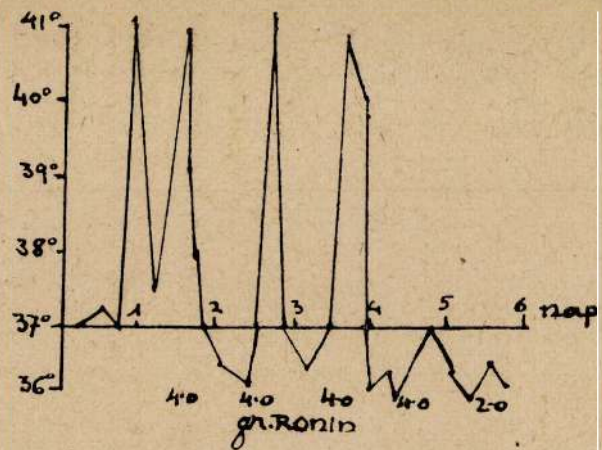
5. R. A. 13 éves. Hidegrázás, lábfájásról panaszkozik, néha hányás. Tarkómerevség, lép 2 ujjnyi. VI. 1.-én 18 órákor hidegrázás, 39.6° láz. Lumbalpunkció: emelkedett nyomás, de meningitisre utaló elváltozás nincs. Vérvében plasmodium vivax alakjai mutathatók ki. Ugyanaznap 3 g ronin. VI. 2.-án 3 g ronin. 19 órákor hidegrázás, 39.5° láz. VI. 3.-án 3 g ronin belsőleg és 1 g i. v. Éjjel 39° láz. VI. 4.-én és tovább: láztalan. Recidiva azóta nem fordult elő.

6. D. P. 36 éves. Május elején minden nap kirázta a hideg, amit nagy láz követett, júniusban orvosától porokat kapott, amire láztalan lett. Jelenleg szeptember eleje óta naponta 14 órákor hidegrázás, utána 40.0–40.7°-ig emelkedő temperaturák. IX. 8–10.-ig osztályunkon is lázrohamok, vérvében 16–20-as oszló alakok. IX. 10.-én 3 g ronin, IX. 11.-én 3 g ronin, délben csak 37.4°. IX. 12.-én 3 g ronin, 18 órákor 38.1°, IX. 13.-án 3 g ronin, láztalan, a gyógyszert kihagyjuk, továbbra is láztalan marad. Plasmodiumok IX. 15.-én még fellelhetők. Kiújulást illetően nem tudunk adatot beszerezni.

7. A. I. 52 éves. Naponta déltájban hidegrázás, utána nagy izzadás, gyengeség. Ápolás alatt volt aug. 20.-tól szept. 18.-ig. VIII. 18.-án 12 órákor hidegrázás, 40° láz. VIII. 27.-én ugyanaz, a vérkenetben oszló és amoeboid plasmodium vivax alakok mutathatók ki. VIII. 28.-án ugyanaz a lázmenet, 2 g ronin. VIII. 29.-én 3 g ronin, 1 órákor hidegrázás, 39.2° láz. VIII. 30.-án 3 g ronin, hidegrázás elmaradt, este 6 órákor 37.6° hőmérséklet. VIII. 31.-én láztalan, 3 g ronin. IX. 1.-én 2 g ronin. Kibocsátásig, IX. 18.-ig láztalan, anaemiája miatt máj-injectiókat kap. Recidiva nem volt.

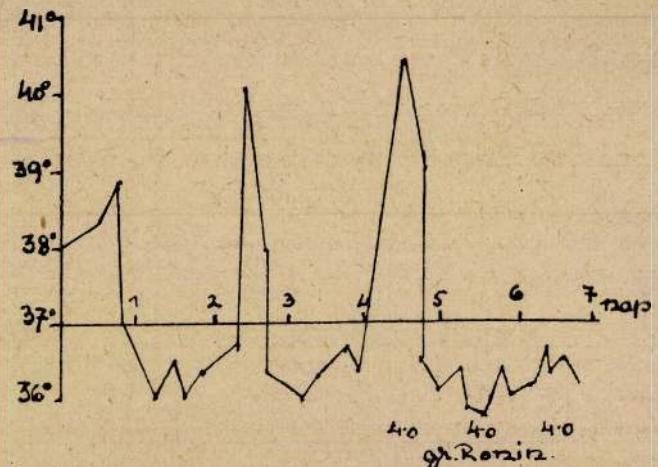
8. Sz. M. kubikus leánya. Ápolatott 1942 VIII. 27.-től IX. 12.-ig. Felvétele előtt 6 nap óta lázas, naponként hidegrázás délután, utána magas láz. VIII. 27.-én 17 órákor hidegrázás, 40.3° hőmérséklet, vérvében plasmodium vivax amoeboid és oszló alakjai mutathatók ki. VIII. 28.-tól 30.-ig napi 1.5 g ronin per os, a lázrohamok szabályszerűen bekövetkeznek. VIII. 31.-től IX. 4.-ig napi 3 g ronin, a lázrohamok szabályszerűen ismétlődnek, valamivel alacsonyabbak, 39°-ot nem haladják meg. IX. 5.-én 2 g ronin per os, 1 g i. v., láz ugyanaz. IX. 6.-tól teljesen láztalan, plasmodiumok nem mutathatók ki. IX. 12.-én jó állapotban távozik. 1942 dec. 10.-én hirtelen egy óráig tartó hidegrázás, utána 39.3° láz, orvosától chinint kapott. Ezt a lázrohamot recidivának tartjuk.

9. M. G.-né (l. 2. görbe). Ápolatott 1943 II. 27.-től III. 10.-ig. Harmadnaponta hidegrázás, láz. II. 27.-én 16 órákor hidegrázás, 40.9° láz, II. 28.-án roninkezelést vezetünk be, 4 g belsőleg, 11 órákor hidegrázás, 41° láz. III. 1.-én 4 g belsőleg, 18 órákor hidegrázás, 41° láz. III. 2.-án 4 g belsőleg, 15 órákor hidegrázás, 40.8° láz. Vérvében malariala plasmodium vivax alakjai mutathatók ki. III. 3.-án láztalan. 4 g ronin. III. 4.-én 5 g ronin, láztalan. III. 5.-én 2 g ronin, láztalan. III. 6.-tól 11.-ig láztalan, kibocsátás. III. 4.-én és 6.-án még egy-egy plasmodium mutatható ki, III. 10.-én makrogametocytát észlelünk.



2. ábra. 9. eset: m. tert. dup.

10. T. Á. 17 éves (l. 3. görbe). Elmondja, hogy a múlt év őszén néhányszor hidegrázása volt, amelyek gyógyszerre szűntek. Felvétele előtt 3 nappal lázas lett, borzongott. Felvételnél, 1943 IV. 2.-án délután 38.9° láz, testszerte urticaria. IV. 3.-án urticariás kiütések elmúltak, láztalan. IV. 4.-én délelőtt 10 órákor hidegrázás, láz: 39.9°. Vérvépet vizsgálva abban számos amoeboid alakot láttunk. Gyógyszert nem kap. IV. 5.-én láztalan. IV. 6.-án a hidegrázás ismétlődik, 40.4° lázzal. Aznap és még 2 napon keresztül napi 4 g ronin. Hidegrázás nem ismétlődik. IV. 7.-én még plasmodiumok mutathatók ki. A kórképet az előző ősszel lezárt hidegrázásokra való tekintettel recidiváló maláriának foghatjuk fel, amelynek érdekessége a prodromalisan jelentkező urticaria.



3. ábra. 10. eset: m. tert.

Eseteinkben* kivétel nélkül megállapíthatjuk, hogy a sulfanilamidopyridin a maláriás rohamokat ki tudta oltani. Egyik esetünkben a beteg ronin adagolás mellett is 9 napig lázas volt és lázmentes csak ezután lett. Azzal tudom magyarázni ezen körülményt, hogy kezdetben 3 napig kis adagot, csupán 1.5 g-t adtunk. A kis adag hatására a malária plasmodiumok resistensebbek lettek s a további kezelés már kevésbé volt hatásos. Szépen bizonyítja a szer hatását oltott malária esetünk. Az adagolási módra célszerűnek látszik a 10.-ik életév felett naponta elosztva 3–4 g-ot adagolni testsúly, erőbeli állapot szerint. Mint egyéb betegségek kezelésénél, itt is bőven kell adagolnunk a gyógyszert, hogy a megfelelő ronin-vérconcentrátiót elérjük, mert a hatósság csak ebben az esetben állhat be. A szer hatásmechanizmusára vonatkozólag feltehetjük, hogy bizonyosan a chininhez hasonlóan a schizontákat pusztítja el és így a beteget a rohamoktól megszabadítja.

* A kézirat lezárásától a korrekturáig még 6, Kuchárik József dr.-nak 5 hasonló sikeres esete volt.

az ivaros alakokra gyakorolt hatást bizonyítani nem tudjuk. Megfigyeltük, hogy a leázatlanodás után néhány napig — 1 esetben 6 napig — a vérben a plasmodiumok kimutathatók, részletes ilyenirányú vizsgálatokat jelenleg is végzek. Gyógykísérleteim egy részét távollétem alatt *Kuchárik József dr.* végezte és eredményeimet különállóan is beigazolta. A gyógyszer adagolása közben néhány esetben komolyabb gyomorpanaszokat, étvágytalanságot, hányingert észleltünk, amelyek a szer kihagyása után hamarosan megszűntek és amelyeket közben sósavpepsin adagolásával enyhítettünk. A gyógyszert rendszerint szájon át adagoltuk.

A sulfamidok hatásmechanismusára felállított nézetek közül *Domagk* szerint a chemotherapiás anyagok, illetve ezek átalakulási termékei a baktériumokat fejlődésükben gátolják, ugyanis kémiai és physikális hatás révén a baktériumok protoplasmájában felhalmozódnak és így fejtik ki toxikus hatásukat. A legújabb nézet szerint ezen származékok a baktérium anyagcsere számára életfontosságú p. aminobensoesavat a protoplasmából a tömeghatás folytán kiűzik, helyükbe a p. aminobensol-sulfonamid lép, utóbbi a baktérium anyagcsere számára alkalmatlan. Ismeretes, hogy a protozoák törzsébe tartozó malária plasmodiumok a chemotherapiás szerekkel szemben rendkívül érzékenyek és így valószínűnek tartom, hogy a sulfamid származékok direct a parazitára hatnak. E gyógykezelésnek nagy jelentősége van abból a szempontból is, hogy a chinin és egyéb malária elleni szer nehezen szerezhető be.

Az OTBA Budapesti Szakorvosi Rendelőintézetének közleménye.

Az aortaisthmus stenosisa.

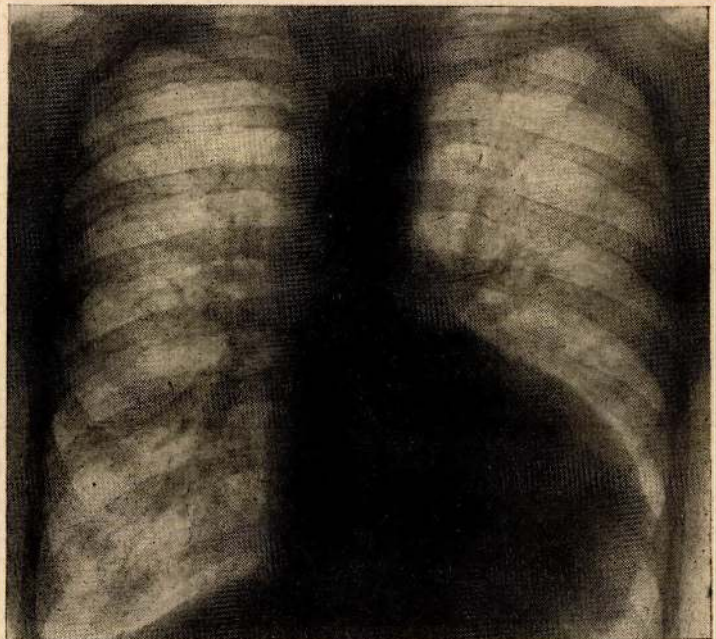
Írta: *Györgyi Géza dr.*, a röntgenosztály főorvosa.

Az isthmus-tenosis fejlődési gátlás következménye. *Rokitansky* »Hemmungsmisbildung«-nak nevezte. E fejlődési rendellenesség megértése végett idézzük emlékezetünkbe a magzati vérkeringést. A magzat testének felső részét a bal kamra, alsó részét a Botall-vezeték keresztül a jobb kamra látja el vérrel. A bal kulcsalatti verőér és a Botall-vezeték közötti aortaszakaszon tehát a magzatban kevés vér halad keresztül. Ennek következtében az aorta e szakasza születéskor szűk és rendes tágasságát csak a 3. hónap után éri el. Vannak olyan esetek, amelyekben ez a szűkület állandósul, vagyis *isthmusstenosis*, jelesül ennek az ú. n. *gyermeki (infantil)* alakja fejlődik ki. A gyermeki alak esetén tehát a szűkület a bal kulcsalatti verőér és a ductus, illetve ligamentum Botalli között foglal helyet. Az isthmusstenosis *felőtt (adult)* típusára viszont a ductus, illetve lig. Botalli magasságában, a későbbi fejlődés alatt képződött szűkület jellemző. *Skoda* elmélete szerint a felőtt alakban a Botall vezeték elzáródását okozó folyamatnak az aortára való reáterjedése hozza létre a szűkületet. Ellentétben némely szerző 1—2 eset alapján tett általánosításával (*Wolke, Bonnet*), nyitott Botall-vezeték mindkét alakkal együtt járhat (l. *Abbott, Benkwitz és Hunter*).

Esetünk:

F. M. 22 é. férfi 3 év óta, főleg ködös időben nehéz légzés miatt panaszkodik. Apja asthmás, anyja egész-

séges. Testvére nincs. Gyermekkorában kanyarója, vörhenye és bányahimlője volt. 3 éves korában szívmege-nagyobbodást állapítottak meg rajta, emiatt állandó orvosi felügyelet alatt nőtt fel. Teste izzadásra nagymértékben hajlamos. Lába nem hideg és nem zsibbad. Néhány év óta nyaka vastagodik és lüktet. Évekkel ezelőtt még hosszabb kerékpártúrákat tett. Ujabban kerékpározni és hosszasan gyalogolni nem bír. Termete a közepesnél alacsonyabb, izmos; bőre halvány. Lábszárai felső testéhez vékonyak. Szívcsücs-lökése balra helyezett és nagyobb kiterjedésű. Nyakán a pajzsmirigyben, a jugulumban és az epigastriumban erős lüktetés. A jobb radialis érverés nagyobb hullámú, mint a bal. Szívtempulata balra erősen megnagyobbodott. Állva és fekvé az egész szív-tájék felett, főleg az aorta hallgatózási helyén halk systolés zörej, mely a jobb kules alá és a bal kules fölé vezetődik és gyengén a lapockák közötti térben is hallható. A *mellkasfelvételen* balra tetemesen megnagyobbodott, majdnem az oldalsó mellkasfalig érő aortás, túltengő szív.



1. ábra. Infantilis jellegű aorta isthmus-stenosis röntgen képe.

(1. ábra.) A felszálló aorta a rendesnél tágabb. Az aorta-gomb nem ismerhető fel, úgyszintén a leszálló aorta sem, a ferdekben készült felvételeken. Az aortaív átmérője a nyelőcsőnek péppel való kitöltésekor határozottan keskeny. A nyelőcső contrastpépes vizsgálata azt mutatja, hogy a nyelőcső feltűnően egyenes, rajta az aorta a rendesen látható helyzetváltozást nem



2. ábra. A bordák kimaródásának magyarázott képe.

okozza. Mindkét oldali 3–9. bordák alsó szélein, az érbarázdáknak megfelelően széles, szabálytalan alakú kimarodások láthatók, amit nyilván tágult bordaközi verőerek okoznak. (2. ábra.) A röntgenvizsgálatból tehát kétségtelenül megállapítható, hogy a betegnek *aorta-isthmusstenosisa* van. A diagnoszt megerősíti a vérnyomásvizsgálat eredménye: (Zárday dr.)

	Index
Jobb karon: 210/100 Hg mm RR	110:7
Bal karon: 180/110 Hg mm RR	100:5
Jobb alsó végtag: 110 mm (oscillometerrel)	
Bal alsó végtag: 120 mm (oscillometerrel)	
Az elektrokardiogramm lelete (Zárday dr.):	

90-es frequentiájú sinus rhythmus. Szabályos ingerképés.

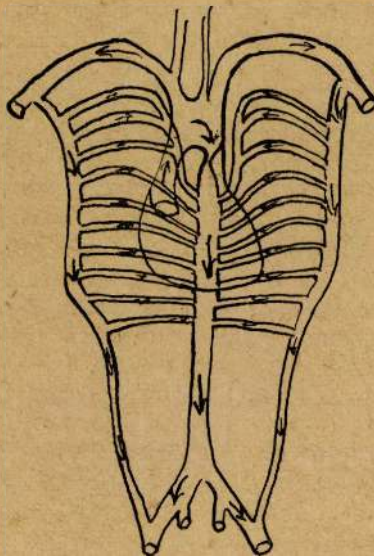
Atypikus intraventricularis vezetészavar. Az R. tengely balra tér el (bal szív túltengés). Határozott szívizombántalom.

Egyéb vizsgálatok: Wa. r. negatív. Süllyedés: 8 mm. Vörös vértest: 4,500,000, Hb.: 90%. Fehérvérséjt: 6000. Ba: 1%, Eo: 7%, Segm: 59%, Ly: 31%, Mo: 2%.

Esetünkben a jobb karban nagyobb vérnyomás mérhető, mint a balban. Ez a bal kulcsalatti verőér szűkülete mellett szól. Valószínű tehát, hogy esetünkben a gyermeki (*infantilis*) *typussal* állunk szemben.

Az isthmus-tenosist *Paris* párizsi prosector 1789-ben írta le elsőnek. A bordákon levő kimarodásokat *Meckel* 1827-ben boncolással, *Rösler* 1927-ben röntgenvizsgálattal mutatta ki.

Az isthmus-tenosis súlyos keringési akadály, mely a verőeres rendszert két részre osztja, amelyek haemodynamikája egymástól eltér. A szűkület felett a vérnyomás a keringésbe iktatott akadály következtében magas, alatta rendes, jelül annak, hogy a vérnyomást szabályozó leghatásosabb tényezők a test alsó részében, jelesül a vesékben vannak. A szűkület lehet csekélyfokú, ezzel szemben teljes aorta-elzáródást is leírtak. Az akadályt a szervezet az oldalsó keringés kifejlesztésével igyekszik legyőzni és a kulcsalatti verőéren a tág art. mammariákon és intercostalisokon igyekszik vért juttatni az aorta szűkületalatti szakaszába, illetve a test alsó részébe. A bordák alsó peremén látható kimarodásokat a tág és kanyargós bordaközi verőerek okozzák. Az art. mammae és epigastrica inf. közötti összeköttetések is kitágulnak (3. ábra).



3. ábra. A vérkeringés isthmus-stenosis általi módosulásának vázlatos ábrázolása.

Az isthmus-stenosisra jellemző *subjectiv* panaszok: fejfájás, szédülés, lüktetés érzése a mellkasban,

izzadás, meleg érzés a felső testen, emellett hideg lábak, zsibbadás, *claudicatio intermittens*, hónalj táji fájdalom (a tág ereknek a n. thoracalis longusra való nyomás folytán: *Kirchhof és Lauer-Schmalz*).

Klinikai tünetek: Az alsó végtag hiányzó, vagy gyenge arteriás lüktetése, erős érverés a nyak és a felső végtag erein. Nagy vérnyomás a felső- és alsó végtagokban. Különbség a bal és a jobbkar vérnyomásában. Balra nagyobb szívtpompulat. Széles, emelő szívcsúslökés. Hangos systolés zörej az egész mellkas területén és a lapockák közötti tájon. A szűkület feletti érterületen gyors érverés. Különbség a két radialis érverés között. A femoralis pulsusnak a radialissal szemben való késése.

Röntgentünetek: A bal kamra túltengése és tágulata. Balra vagy mindkét irányban megnagyobbodott aortás szív, magas, lekerekített szívcsúc. Harántul álló szívtengely. Tágult felszálló aorta. Hiányzó aortagomb. Tágult, kanyargós érbarázdák a bordákon. Aortatágulat a szűkület előtt. Az aorta árnyéka a világos trachealis mezőből hiányzik. Nyitott Botall-vezeték esetén a jobb szívfél tágult és túlteng, a tüdőverőér íve elődomborodik.

A *kymographiás* vizsgálat éles különbséget tüntet fel az isthmus-stenosis és az aortaelgtelenség érverése között. Az előbbire lapos, az utóbbira hegyes aortacsipkék jellemzők (*Kirchhof és Lauer-Schmalz*).

Az isthmus-stenosis gyanuját felkeltő *subjectiv* panaszok egyes esetekben a gyermekkorban, máskor a serdülő vagy a felnőttkor ifjabb éveiben mutatkoznak. E rendellenesség hordozói közül kevesen élnek el negyven évnél tovább, kivételesen isthmus-stenosisal éltes kort is elértek. Magától értetődik, hogy isthmus-stenosisos beteget testi megerősítéstől óvni kell, így ezek katonai szolgálatra nem alkalmasak. A test felső részében levő nagy vérnyomás következtében az isthmus-stenosisos betegek közül sokan halnak meg agyvérzésben, aorta vagy szív-repedésben, haemoperikardium következtében.

Az isthmus-stenosisal egyrészt különböző fejlődési rendellenességek párosulnak, másrészt bizonyos betegségekre hajlamosít.

A felnőttkori alakot kísérheti kéthegegyű aorta-billentű, aortaalatti szűkület, szívhypertrophia és dilatatio, a felszálló aorta tágulata, az aorta ívéből eredő arteriák rendellenessége, aorta hypoplasia, persistens bal vena cava superior, septum-defectus, obliteratív perikarditis és pleuritis, az aorta aneurysma dissecans és az agyi erek aneurysmája. Endocarditis gyakori. A gyermekkori alakhoz viszont bilocularis és trilocularis szív, nyitott foramen ovale, nyitott kamraközi sővény, az arteriás törzs transposíciója, pulmonalis atresia társulhat és más szervek fejlődési rendellenességei sem ritkák. Mindkét alakkal hyperthyreosist is észleltek néhány esetben. *Benkwitz* és *Hunter* ritkaságánál fogva kiemelendő esetet közöl, amelyben az aorta két helyén, a bal art. subelavia és a lig. Botalli magasságában találtak szűkületet. Ez a gyermek- és felnőttkori alakot egyaránt magában foglalja.

Az elmondottakból megállapítható, hogy az isthmus-stenosis klinikai és radiológiai szempontból egyaránt jól meghatározott kórkép s felismerése a további szövődmények megelőzése szempontjából igen fontos. Tudomásom szerint magyar nyelven hasonló eddig nem közöltek.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Tüdőgümőkór sulfonamid kezelése.

Minden hatástanilag új gyógyszert a physiologusok a legnagyobb örömmel köszöntenek, mert újabb reményük van a tüdőgümőkór gyógyítására. Így természetesen megpróbálkoztunk a sulfonamid készítményekkel is, amint ismeretes lett a tüdőlob kezelésében minden eddigit felülmúló nagyszerű hatásuk.

Mindjárt előljáróban kijelenthetjük, hogy a tüdőgümőkórban semmiféle kedvező hatást sem észleltünk.

Kezdetben kis adagokat adtunk, aztán magasabb, lökészerű adagolással próbálkoztunk, de az sem használt.

Annál nagyszerűbb volt a hatása a vegyes fertőzések esetén, s most elkülönítő körjelzésre használjuk: ha adagolására a beteg láza megszűnt, akkor biztosra vettük, hogy az nem gümős eredetű. Beszámoltunk erről pl. a *Monaldi* műtéttel kapcsolatosan is. A műtét után a legtöbb betegnek hőemelkedése van, ami egy-két nap alatt elmúlik. Hosszabb ideig tartó lázas szak esetén eleinte attól tartottunk, hogy fajlagos szórás történt. Sulfonamid-készítményekkel próbáltuk a kérdést eldönteni s az eredmény a hőmérséklet kritikus leesése volt. Kiterjedt kétoldali beszűrődéssel lett láztalan pár nap alatt *Monaldi*s betegünk.

Helyileg is alkalmazzuk: a mellkasfalón át a cavernába vezetett kathéter mellett gyakori volt a felület és mélyebbre terjedő gennyedés is. Ultra-septyl-urea rendszeres behintésével ezt a kellemetlen szövödményt sikerült kiküszöbölnünk.

A sulfonamid készítmények nem ártalmatlanok, az amúgy is legyengült betegeknek hosszabb ideig nem adhatók. Átmeneti adagolásától ártalmat nem láttunk.

Adatainkat és eredményeinket — legutóbbi itt-tartózkodását felhasználva — közöltem *Domagk*-kal s ő azt mindenben megerősítette. Elmondotta, hogy a gümőkór minden formájában igen sokan próbálkoztak a sulfonamid készítményekkel, de eredménytelenül. Egyetlen formájában vált be: a sipolyok helyi kezelésében, amint azt ilyen célból mi is alkalmaztuk.

Hogy a későbbiek folyamán sikerül e megfelelő készítményt előállítani, arra van remény, de az eddigiek a gümőkórral szemben teljesen hatástalannak.

Kovács Ferenc dr.
egyet. ny. r. tanár

Csontvelőszögezés.

A végtagesontok modern kezelésének két fontos követelménye: 1. a törési végek bonctanilag ideális összeillesztése, 2. a működésnek lehetőleg gyors és tökéletes helyreállítása. E követelményeket a régebbi töréskezelő módszerekkel csak ritkán sikerült teljesen megvalósítani. Volt idő, amikor egyes kiváló sebészek (*Lucas—Championnière* stb.) azt hirdették, hogy a töréskezelésben nem az anatómiai reconstructio, hanem a functio helyreállítása a legfontosabb, ezért a

törések túlnyomó részben sem rögzítő, sem nyújtó kötések nem alkalmaztak, hanem a sérült végtag izületeit kezdettől fogva erélyesen mobilisálták és az izmokat masszírozták. Az így elért gyógyulási eredmények azonban csak kis részben voltak kielégítőek. Jött egy másik véglet, amikor a végtagot a törés minősége szerint hosszabb-rövidebb időre tökéletesen merevítő, fix kötésben tartották s a functionalis kezelést csak a törési végek teljes összezsontosodása után kezdték meg.

Az eredmények itt sem voltak jók, mert a bonctanilag is gyakran tökéletlen gyógyulás után sok esetben kisebb nagyobb izületi merevségek maradtak vissza. E hátrányokon részben enyhített, de azokat teljesen nem szüntette meg a *Dollinger* nevéhez fűződő járókötések alkalmazása.

Amikor *Bardenheuer* kb. 40 évvel ezelőtt a csonttörések rendszeres nyújtókezelése mellett tört lándzsát, ez már igen nagy haladást jelentett, mert ezzel az eljárással, mely a korai functionális kezelést is lehetővé tette, már sok esetben sikerült úgy bonctanilag, mint működésileg kifogástalan eredményeket elérni. A *B.* által használt ragtapaszos nyújtás hátrányait az eleinte idegenkedéssel fogadott, de csakhamar fényesen bevált *Codivilla—Steinmann F.* szögnyújtás küszöbölte ki. Még jobbak lettek az eredmények a *Klapptól* származó *Kirschner* által tökéletesített drótnyújtással. A húzó erő itt közvetlenül a csontba kapaszkodik s ily módon sikerül aránylag csekély súlyok alkalmazásával a legnagyobb rövidüléseket és eltolódásokat is kiegyenlíteni.

Minden előnye ellenére a drótnyújtás még mindig nem nevezhető tökéletes eljárásnak. Alsó végtagtörések esetén a sérültek hosszú ideig ágyhoz vannak láncolva, a csonthegképződés befejezése után sokszor izomsorvadás, keringési zavarok, merevségek maradnak vissza, amik a végleges gyógyulás idejét még hosszú hónapokra kitolhatják. Vannak azután elég nagy számmal olyan esetek, ahol drótnyújtással sem érünk célt, úgyhogy nem marad más hátra, mint a véres feltárás és a törvégeknek varattal vagy egyéb módon végzett összeillesztése.

Igy álltak a dolgok, amikor *Küntscher*, a kieli sebészeti klinika főorvosa 1939-ben egy olyan merész újítással állott elő, ami a conservativebb sebészi köröket valósággal meghökkentette és kezdetben a legélesebb elutasító álláspontra készítette. Az új eljárás gondolatát tulajdonképpen a *Sven—Johannsen* nevéhez fűződő és a combnyaktörések kezelésében teljesen új irányt jelentő combnyakszögezés adta meg, de attól mégis alapjában különbözik. Lényege az, hogy hosszú csöves csontok törései esetén a csont velőüregébe helyezünk egy jó hosszú és vastag, de a velőüreget nem teljesen kitöltő fémszöveget, mely ily módon mint egy belső sín, a törési végek tökéletes adaptációját és teljes mozdulatlanságát biztosítja. A szög rozsdamentes V₂A acélból készül, kétlemezes és keresztmetszetén V-alakú. A művelet azzal kezdődik, hogy a törést röntgen átvilágítás alatt kézi erővel, vagy húzással reponáljuk, mert enélkül a szöveget a távolabbi törésvég velőüregébe betolni nem lehet. Ezután a törés helyétől lehetőleg távol (combesonton a nagy tompor csúcsa, tibián a sípgumó felett) kis bőr-

metszést ejtve, megfúrjuk a velőüreget s a nyíláson keresztül egy 20–30 cm hosszú vékonyabb vezető fémdrótot, majd ennek mentén a fent említett lemezes szöveget toljuk előre a velőüregbe mindaddig, míg annak vége a távolabbi törvéggel végül legelőleg 6–8 cm hosszúságig be nem hatol, feje pedig a befúrás felett már csak $\frac{1}{2}$ –1 cm-nyire áll ki. A kis bőrsébet ezután bevarrjuk. A szög nem marad benn véglegesen, hanem azt a gyógyulás befejezése után bizonyos idővel (2–3 hó múlva) eltávolítjuk.

Első pillanatra ez az eljárás, — hogy maga a felaláló *Küntsch*er szavaival éljünk — valósággal barbárnak és az élettani viszonyokat megcsúfolónak tűnik fel. Azt hihetnők ugyanis, hogy ilyen nagy idegen testnek a csontvelőüregébe helyezése, ami a csontvelőt nagy kiterjedésben elroncsolja, zsiremboliára és súlyos fertőzésre ad lehetőséget, felette kockázatos és veszélyes eljárás. De, amint ez már sok merész újítással megtörtént, a gyakorlat itt is alaposan rácsáfolt az elméletre. A velőszögezés, legalább is az eddigi tapasztalatok szerint, practice veszélytelen eljárás. A csontvelő elroncsolásából, — ami különben nem is oly nagyfokú, mert a szög nem tölti ki teljesen a velőüreget — semmi baj nem származik. A csontvelő, amint ezt állatkísérletek is igazolják, rendkívül gyorsan regenerálódik. Roncsolása sem csontnekrosist, sem egyéb bajt nem okoz, a callusképződést nem gátolja meg, sőt azt, úgy látszik, inkább siettet. A fertőzés veszélye minimális és megfelelő asepsis mellett úgyszólván biztosan elkerülhető, zsiremboliáról az eddigi közlések nem tesznek említést. Ezzel szemben állnak az eljárásnak *Küntsch*er és követői által hangsúlyozott nagy előnyei. Technikája aránylag egyszerű, mindenestre sokkal könnyebb, mint a véres csontműtéteké, bár a siker sok apró, csak megfelelő gyakorlattal elsajátítható fogástól függ. Közvetlenül a szögezés után a törési fájdalom azonnal megszűnik, a beteg kóros végtagját szabadon és fájdalom nélkül mozgatja. Semmiféle rögzítő sín, vagy gipszkötés nem szükséges. A beteg hamarosan elhagyhatja az ágyat és törött végtagját rövid idő (8 nap — 3 hét) múlva már meg is terhelheti, bár vannak óvatosabb szerzők, kik a megterhelést 6–8 hét előtt nem engedik meg. A törések, miután a szög minden eltolódást lehetetlenné tesz, ideális bonctani helyzetben, rövidülés nélkül erős (gyakran túlbujánzó) esontheeggel gyógyulnak. A functio gyorsan helyreáll, s így a gyógytartam, ami szociális és gazdasági szempontból roppant fontos, sokkal rövidebb, mint más eljárások után. A szög eltávolítása kis beavatkozás, amivel nem kell nagyon sietni. *Küntsch*er átlag 3 hó múlva távolítja el, de egy esetben $1\frac{1}{2}$ évig maradt benn minden reactio nélkül.

A csontvelőszögezés indicatiós köre *Küntsch*er első kísérletei óta nagyon kibővült. E tekintetben azonban teljesen egységes álláspont még nem alakult ki. Nagyon ajánlható a combesont nehezen gyógyuló és eltolódásra hajlamos haránttörései esetén és feltétlenül javallt minden oly esetben, ahol a törvégek reponált helyzetükben semmi más módon meg nem tarthatók. Ilyenkor ugyanis szögezéssel a sokkal nagyobb beavatkozást jelentő és veszélyesebb véres osteosynthesist elkerülhetjük. Izülethez közel eső és intraarticuláris törések kezelésére a csontvelőszögezés nem alkalmas.

Újabb tapasztalatok szerint (*Cellarius* és mások) a csontvelőszögezés kitűnően bevált a régi és egyéb módszerekkel sikertelenül kezelt állületek gyógyítá-

sára is. *Böhler* és *Ehalt* pedig a nyílt törések kezelésében szerzett kedvező tapasztalataikról számoltak be.

Németországban, ahol a velőszögezést eleinte még a legnevesebb sebészek is hevesen ellenezték, az eljárást már kiterjedten alkalmazzák, nálunk *ifj. Barla-Szabó József* számolt be legutóbb az OTI bal-eseti kórházának betegein szerzett kedvező tapasztalatairól.

Bármily szép kilátással kecssegtessen is a csontvelőszögezés, a túlhajtott optimismustól és az eljárás kritika nélküli alkalmazásától tartózkodni kell. Csak további nagyszámú tapasztalat gyűjtése után tartunk majd ott, hogy az eljárás igazi értékéről elfogulatlanul és véglegesen ítélezhessünk. Kétségtelen, hogy a szögezésnek vannak árnyoldalai is, melyekről a kezdeti nagy felbuzdulás hatása alatt még nem szereztünk tudomást, hiányoznak még a végleges gyógyulási eredményeket feltűntető nagyobb statisztikák és tisztázásra várnak egyes technikai részletkérdések is. Az általános sebészi gyakorlat számára ez az eljárás még nem érett meg, sőt intézetekben is csak ott gyakorolható, ahol rendelkezésre áll a technikában teljesen jártas orvosi személyzet és a szögezés korrekt kiviteléhez feltétlenül szükséges, ma azonban csak nehezen beszerezhető teljes instrumentarium.

Mindent összevetve azt kell mondanunk, hogy a *Küntsch*er-féle csontvelőszögezés a töréskezelésben forradalmi jelentőségű újítást jelent, aminek kihatásait ma még teljesen áttekinteni nem lehet. Ha az eddig észlelt fényes eredményeket további kedvező tapasztalatok fogják követni, úgy a csöves csontok töréseinek kezelésében előreláthatóan kimagasló szerep vár rá, sőt az sem lehetetlen, hogy idővel ez az eljárás a korábbi töréskezelési módszereket teljesen ki fogja szorítani.

Milkó Vilmos dr. egyet. c. rk. tanár,
közkórházi főorvos

Heparin alkalmazása a belgyógyászatban.

A baltimore-i John Hopkins-kórházban *Mc Lean* a szívben és a májban a phosphatid részhez kapcsolva olyan anyagot talált, amely gátolta a véralvadást. Jelentőségét munkatársa *Howel* rögtön felismerte. A következő években sikerült is neki ezt az anyagot nagy mértékben megtisztítani. 1928-ban közölte physikai és chemiai tulajdonságait s heparinnak nevezte el. Utána azonban még 10 évig tartott, amíg megfelelő tisztaságú készítményt elő tudtak állítani s így a kísérletezés számára hozzáférhető lett. A hatóanyag a mucoitinnak polykénsavas estere, amely aminogyököt is tartalmaz. Ezen erős savnak natrium-, ammonium- vagy calciumsóját értjük heparin alatt. A marha májából és tüdejéből állítják elő. Csak vízben oldódik. Oldata kissé sárgásbarna színű. 6–8 pH mellett hosszabb időn át főzhető anélkül, hogy hatását vesztené.

A heparin pozitív toluidinkék reactiót ad. Ez vezetett annak a megállapításához, hogy a szervezetben az *Ehrlich* f. hízósejtekben fordul elő. Ezek metachromatikus szemeséiben képződik. Az olyan szövetek, mint a kiserek körüliek, amelyekben sok a hízósejt, sok heparint is tartalmaznak. A májokban magában több a heparin, mint az egész májban. Heparint a szervezet állandóan tartalmaz. Kétségkívül szerepe van élettanilag is a vérnek folyékony

állapotban tartásában. A hízósejtek a sükségnek megfelelően bocsátják a vérbe, hogy annak bizonyos állandó heparintükrot biztosítsanak. A fölösleget a máj, lép és egyéb szervek reticuloendothelialis sejtjei veszik magukba, részben a szövetek közömbösítik, nagyrészt a vizelettel ürül ki. Pepton-shock, serum anaphylaxia esetén nagyobb mennyiségben lökődik a vérbe s ott tükre jelentékenyen megnő.

Ha a thrombocytákból vagy a szövetsejtekből thrombokinasé lesz szabaddá, úgy ez szabad calcium ionok jelenlétében a prothrombint a vérben thrombinná alakítja át. A thrombin viszont a fibrinogent profibrinné változtatja, amely igen gyorsan, már kis okokból is fibrinként csapódik ki s így a vér meg-
alvad. A heparin hatása abból áll, hogy a thrombokinasé működését gátolja s így blockolja a prothrombint. Erre azonban egyedül nem volna képes. A tisztán előállított, alvadástokozó anyagok rendszerében ugyanis hatástalan. Ha azonban kevés serumot is adunk hozzá, hatása azonnal jelentkezik. A gátláshoz tehát egy másik anyag is kell, amely a serumalbuminok leginkább oldódó fractiójához van kapcsolva. A folyamat reversibilis. A hatás csak bizonyos ideig áll fenn. A vérhez adott heparinmennyiség és az alvadási idő kitolódása arányos egymással. In vivo a heparin gyorsabban elbomlik, mint in vitro. Hatása rövidebb ideig tart, ezért nagyobb mennyiségre van sükség. Különböző emberek vére, különböző fokban reagál heparinra, sőt még ugyanazon emberen is változó lehet különböző időben a hatás. Ennek az oka talán az albuminfractióhoz kötött anyag változó mennyisége.

A heparin szájon át adva hatástalan. A teljesen megtisztított készítmény injectiója melléküneteket nem okoz. Bőr alá adva csak nagyobb mennyiségben hat s akkor is kisebb fokban, mivel a szövetnedvek nagy thrombokinasetartalmuk folytán a heparin hatását gyorsan megszüntetik. Izom közé adva hatalmas haematoma támadhat a heparin nagy helyi töménysége miatt. Ezért érbe kell adnunk, hogy azonnal felhiguljon s alvadástgátló hatását az egész vérmennyiségben kifejthesse. Amerikában állandó cseppinfusio alakjában juttatják a vérbe, óránként 20 mg-nyi mennyiségben. A svédek napi 3 oltást adnak az érbe. Az első nap egyszer 150 mg-ot és kétszer 100 mg-ot; utána napokig háromszor 100 mg-ot. Az oltás után az alvadási idő erősen kitolódik, a vérzési idő azonban rendez marad s csak igen nagy adagok után hosszabbodik meg. A vér fibrinogentartalma és a thrombocytaszám nem változik.

A heparin jól felhasználható vérátömlesztéskor az adóból vett vér alvadásának meggátlására. Legfontosabb alkalmazása a thrombosisok megelőzésében és kezelésében van. A vérrögképződéskor a thrombocyták agglutinációját is gátolja. Belgyógyászatilag coronaria thrombosis esetén próbálkozhatunk vele. Sajnos, e betegségnek előjelei nincsenek s így megelőző szerepe a heparinnak nem lehet. A kifejlődött betegségben a hatás igen bizonytalan. Mindenesetre, ha még nincs teljes elzáródás, megkísérlelhető. Eredményt csak hosszabb időn át tartó, erélyes kezelés mellett várhatunk, mivel a sérült szívizom igen nagymennyiségű thrombokinasét képez. Agyi erek thrombosisa, emboliája esetén több kilátással alkalmazhatjuk. Tüdőembolia után is megrövidítheti a gyógyulási időt. Kiterjedtebb tüdőinfarctus esetén azonban, ha attól kell tartanunk, hogy vérzést vált ki a mellüregbe, alkalmazásától el kell tekintenünk. 3—5 napon át adjuk napi 300 mg-os mennyiségben.

Endocarditis lentában a heparin egyedül adva hatástalannak bizonyult, de sulfapyridinnel együtt ennek hatását támogatni látszik. Némelyek azt hiszik, hogy a heparin immunbiológiai ingert is gyakorol a szervezetre, amely a fertőzéssel szemben fokozott képzésében nyilvánul meg. Mindenesetre, ha az eddigi eredmények nem is nagyon biztatók, az egyes esetekben mégis megpróbálhatjuk, mivel ezen, rendszerint halálosan végződő betegségben a gyógyítási lehetőségek minden módját ki kell merítenünk.

Állatokon mesterségesen létrehozott exsudatív pleuritist heparinnal kezelve azt észlelték, hogy így a folyadék felszívódása gyorsabb s kéregképződés, összenövés kifejlődése elmarad. Ezen alapon ajánlják egyesek pleuritis exsudativa esetén heparinnak a mellüregbe fecskendezését. Intrapericardialis adása adhaesiók megakadályozására veszélyes, mivel vérzés támadhat, mely szívtamponade következtében hirtelen halált okozhat.

Ellenjavalt a heparin minden vérzésre hajlamos betegségben, gyomorfekély-, golyva- és aranyérműtétek után. Fennálló szív- és vesebaj szintén óvatosságra kell, hogy intsen. A havi vérzés fennállása nem ellenjavallja. Ha alkalmazásakor nemkívánt vérzések támadnának, úgy vérátömlesztést kell végeznünk vagy protamin sulfatoltást kell adnunk, amely a heparin kétszeres adagját közömbösíti. Ez utóbbit azonban nem teljesen veszélytelen volta miatt csak végső esetben adjuk.

Heparin-készítmények a La Roche f. liquemin, a promonta f. vetren és a svéd vitrium. Forgalombahozzák még a Schering, Heyl és Tsa és a dán Leo gyár is.

Vándorfy József dr.
egyetemi magántanár, kórházi főorvos

A pyodermák gyógykezelése Neomagnollal.

Pyodermákon a bőr azon genny-gyulladásos megbetegedéseit értjük, melyeket úgyszólván kizárólag pyogen-coccusok, mégpedig staphylo- és streptococcusok idéznek elő. Az esetek kisebb részében bacillus pyocyanus, szűrhető vírusok, fonálgombák és vegyi anyagok is okozhatnak a bőrben gennyképződéssel járó gyulladást. Ezekre a gyulladásos folyamatokra jellemző a megtámadott szövetek elhalása és elfolyósodása, minek eredménye a genny- és pörkképződés. A vastag pörk feketés-barna és az általa borított fekélyhez szívósan tapad. A feketés-barna szín vér hozzákeveredését, tehát a mélyebb szövetek sérülését jelenti.

Az ép bőr felszínén, a tüszőkben és a mirigyek kivezető csöveiben majdnem mindig megtalálhatók a pyogen-coccusok közül a staphylococcusok különböző fajtái és a streptococcus is elég gyakran. Az ép bőr védoberendezései: az ép hám és a savköpeny azonban nagy fokban útját állják a megbetegedésnek, illetve védik a szervezetet a megbetegedéstől. Ezért ahhoz, hogy megbetegedés jöjjön létre, a bakteriumokon kívül sükséges az illető szövet világrahozott, vagy szerzett, tartós, vagy időleges hajlama. A szervezet általános leromlása, vagy bizonyos változásai is hajlamot teremtenek a gennyfertőződésre.

A megbetegedés alapfeltétele az, hogy az ép szövetek egységét valami megbontsa és így a kórokozók a szövetekbe hatolhassanak. Ahhoz, hogy a pyogen-coccusok a bőrbe bejuthassanak, sükséges az ép hám

sérülése, mint behatolási kapu, mely utat nyit a coccusoknak, melyek így behatolva megtelepedhetnek a szövetekben. Az esetek legnagyobb részében a bőrnek valami sérülése, erózió, horzsolás, dörzsölés, nyomás, szőrszálak vongálása, vegyi vagy fizikai ártalom az, ami a szövetek egészséges viszonyait ártalmasan megzavarja. A legkülönbözőbb viszkető bőrgyulladások, állati paraziták, rüh-atkától, tetűtől okozott viszketés által kiváltott kaparási laesiók fertőződnek másodlagosan, főleg legyengült, tisztátalan egyéneken. A rühösségnek különösen gyakori szövődménye, noha magától a rüh-atkától független. A bejutott mikrobák közül azonban csak azok okoznak megbetegedést, melyek az illető szövetben szaporodásra képesek. Tehát szükséges, hogy a bejutott coccusok fertőzőképességükben érintetlenek legyenek és a szervezet részéről ugyanakkor helyi, vagy általános hajlam álljon fenn.

Aszerint, hogy a bőr felületi, vagy mély rétegében történik a megbetegedés, alakulnak ki a már ismert és egymástól jól elhatárolható és elkülöníthető kórképek. Az egyes, jól ismert kórképek leírására nem térek ki, mert ez túlhaladná közleményem keretét. Csupán azt jegyzem meg, hogy eseteim között legnagyobb számban impetigo vulgaris (Bockart), ekthyma simplex, folliculitis coccigenes barbae fordult elő.

Azon tapasztalatom, hogy az 5%-os Neomagnol, illetve chlormész-oldattal kezelt harcéri sebek másodlagos sebgennyedése vagy teljesen elmarad, vagy nagyon rövid lefolyású, vezetett arra, hogy a Neomagnol-kezelést kipróbáljam a pyodermákon is, hiszen a kórokozók mindkét esetben pyogen-coccusok.

Itt is, mint a sebek kezelésekor a Neomagnol 5%-os oldata vált be legjobban. Ha az alapbaj valami viszkető bőrbetegség, akkor először azt kell megszüntetni, csak azután térünk rá a pyoderma kezelésére. Mielőtt a tulajdonképpeni kezelést megkezdénénk, a gennyel telt hólyagokat és a mélyebb gennyes góccokat feltárjuk, a pörköket melegvízes lemosással, fürdetéssel, vagy ha nagyon szívósak, 3%-os horvaseselines kötéssel távolítjuk el. Az elhalt szövetrészeket leválasztva a lepedékes fekélyek alapját szárazra töröljük és az így megtisztított fekélyekre és laesiókra 5%-os neomagnolos borogatást teszünk. Ügyelnünk kell arra, hogy a borogatás állandóan nedves legyen, ezért a borogatást 1—2 óránként váltjuk, vagy még jobb, ha a borogató ruhát többször locsolással tartjuk nedvesen. Mélyebbre terjedő gyulladások, így folliculitis coccigenes barbae és általában a szőrtüszők gyulladásai esetén 5%-os neomagnolos pára-kötést helyezünk fel.

Tapasztalatom az, hogy ezzel a kezeléssel a folyamat továbbterjedése azonnal megszűnik és rövid pár nap alatt a gyulladással járó folyamat visszafejlődik. A lepedékes alapú, gyulladt, élénkörös fekélyek 2—3 nap alatt feltisztulnak, a gyulladással járó tünetek visszafejlődnek és a fájdalom megszűnik. Mélyebb szövetekben lévő beszűrődés rövidesen elhatárolódik és felpuhul. A fekélyek és laesiók feltűnő hamar besarjadnak. Ha a gyulladással járó folyamat nagyobb szövetszételéssel, illetve roncsolással jár, akkor — miután a tovaterjedés és a gyulladás megszűnt — az anyaghiány telődését, hámosodást serkentő kenőcsökkel (Mikulicz, Pellidol) siettetjük.

Nyakas Akos dr. kórházi sebészorvos.
(Nagybánya.)

Orvostörténeti jegyzetek.

Kovács Józsefnek, a mi jeles sebésziünknek (és Vörösmarty Mihály utolsó orvosának) nehéz sora volt gyermekkorában, mert szülei igen szegény emberek voltak. Öreg éveiben is gyakran emlegette, hogy »én korán hozzászóktam, másokon segíteni, mert már hatéves koromban segítettem apámnak az ökröket befogni«. A szabadságharc Kalocsán találta s ő, a 16 éves gyermekifjú, felcsapott honvéddnek, de typhusa miatt el kellett hagynia a katonaságot. Pestre került, itt végezte a középiskolát és mások tanításával kereste kenyerét. Mikor azonban túlesett az egyetemi tanulmányokon, az a szerencse érte, hogy régi barátja, Tomori Anasztáz, hatalmas örökséghez jutott s ismerve Kovácsnak éles megfigyelő képességét és bámulusos bíráló esztét, magával vitte őt nagy külföldi útjára s együtt járták be Dániát, Belgiumot, Német- és Franciaországot, ami nagy hasznára vált a fiatal sebésznek. Ő különben keményfejű, de jószívű és igaz ember volt, ki keveset beszélt, de ha mondott valamit, az többnyire jól volt mondva. Csintalan gyermek volt s nagyon szeretett a tengeliczi toronyban harangozni. Egyszer az az eset történt vele, hogy harangozás közben kiesett a toronyból és emiatt egyik pajtása folyton gúnyolta. Kovács végre is türelmét veszítette s kihúzza zúbkését, annak hegyét a gúnyoló pajtás hátába szúrta. Jó szívére mutat, hogy még később öregségében is emlegette: mennyire sajnálja és röstelli ezt a gyermekkori hevességét. Tanár korában sok jó mondása került közforgalomba. Így még egészen fiatal korában azt írta: »Nem csoda, hogy a régiek szerették a sok istent. Ha sok isten van, bátran folyamodhatik akárki a sok közül egyikhez, melyiknek az ügye éppen szakába vág s remélheti, hogy pártolóra talál ennél vagy annál bármiféle ügyben. De így, ezzel az eggyel nagyon nehéz boldogulni«. Bár jó katolikus volt, szeretett ünnepnapokon műtétet végezni, azt mondván, hogy »aki jót cselekszik, az imádkozik«. Szigorúatait szegény ember léteire nagyon nehezen rakta le s mikor végre diplomához jutott, azt szokta mondani: 4000 forinttal kevesebbe van a semminél. Tanár korában, ha a páciens azt kérdezte tőle, hogy az általa ajánlott műtétnek biztos sikere lesz-e, sokszor azt felelte: »Én csak orvos vagyok, nem pedig biztosító társaság!« Hallgatóinak pedig, mikor azt látta, hogy jegyzetük készülnek, azt szokta volt mondani: »Nem ajánlom, hogy jegyzeteket. Több hasznát veszik, ha arra ügyelnek, amit tesznek és még több hasznát veszik, ha megpróbálják meg is bírálni azt, amit tesznek«. Genialis sebész volt, ki nem utázkodott senkit s úgy vélte, hogy nem nagy baj, ha őt sem utánozza senki. A sebész is, mint minden művész, »non fit, sed nascitur«. A pénzt azonban szerette. Egy alkalommal Vaszary Kolos esztergomi érsek meghívta, hogy a tyúkszemeit írta ki. Ezt Kovács meg is tette, de a »műtét« után ötezer forint honoráriumot kért. Vaszary összeapta a kezét: hogy lehet ennyit kérni egy tyúkszemért? »Hja kérem, felelte Kovács, ha valaki egy egyetemi professzorral vágatja ki tyúkszemeit, akkor fizesse is meg az árát!« Mindent összevéve, aláírhatjuk azt, amit *Eötvös Károly* írt Kovács szellemi képességeiről, azt mondván, hogy »Kovács elméje a ritkán előforduló nagy elmék közé tartozott. Ennek az elmének tömege szinte zsbasztó hatást gyakorolt reám. Mint az áradat: úgy ömlött ebből az elméből a gondolatok, ötletek, élecek, mélyreható bírálatok s talpraesett észrevételek tömördekségek. Annál sajnálatosabb, hogy az orvosnövendékek valóságos sztrájkot kezdtek a már élete végét járó, cukorbeteg tanár ellen: azzal vádolva őt, hogy túlzott szigorral bírálja őket és nagyon sokat buktat. A nagyközönség, sőt a sajtó egyrésze is a hallgatók pártjára állott s az egész ország pereatot kiáltott Kovácsra, mi őt nagyon elkeserítette. A következő félévben a másik sebésztanárhoz, Réczeyhez, több mint kétszázam íratkoztak be, míg Kovácshoz mindössze négyen. Igaz, hogy Kovács a szigorlatra jelentkező orvoskandidátustól azt kívánta, hogy »aut disce, aut discede«, hogy vagy tanuljon, vagy menjem a fenébe; de csak azért, mert maga is meg volt győződve azon francia mondás igazságáról, mely azt mondja, hogy a félművelt, félig képzett ember mindenre képes, de semmire sem való.

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, gyógyszervegyészeti vállalat, Budapest 62.

FERTŐZÉSEK MEGELŐZÉSÉRE

Formamint

PENTAMETHANALLACTOSAT

SZÁJ- ÉS TOROKFERTŐTLENÍTŐ

Anginanál, hüléses megbetegedéseknél, diphtheria baktériumhordozóknál

GAZDASÁGOS CSOMAGOLÁSBAN IS

BAUER & CIE

BERLIN SW. 68



Éjszakai nyugalmat BIZTOSÍT A **NOCTAL**
 (Acidum β -bromallyl-isopropyl-barbituricum)
 ANÉLKÜL, HOGY A KÖZÉRZETET RONTANÁ

Üvegcsőben 10 darab 0.2 g-os tablettá

J. D. RIEDEL - E. DE HAËN A.-G. BERLIN
 Magyarországi képviselő: Dr. LÁNYI LAJOS BUDAPEST, VIII., RIGÓ-UTCA 10 • TELEFON: 339-756



MAGNESIUM-PERHYDROL

az évtizedek óta bevált MgO_2 -eredeti készítmény. A Magnesium-Perhydrol sav-, erjedés- és rothadásgátló, szagtalanító és enyhén hashajtó hatású. Rendelik gyomorsavtúltengés (nem okoz másodlagos savemelkedést!), gyomor- és nyombélfekély, erjedéses dyspepsia, gastro-kardialis tünetcsoport, acetonuria, idült székrekedés eseteiben. Forgalomban van a 15 és 25%-os MgO_2 Magnesium-Perhydrol poron kívül (csomagolások á 50 és 250 g), Magnesium-Perhydrol tablettákban á 0.5 g. (Csomagolások 20 és 100 drb-al.)

VEGYÉSZETI GYÁR, DARMSTADT. 1827 ÓTA
 Magyarországi vezérképviselő: Wirth Károly, Budapest, V., Báthory-utca 10.

IRODALMI SZEMLE

TABORI EGÉSZSÉGÜGY ÉS HADISEBÉSZET

Rovatvezető: *Sereghy Emil.*

A gázképző baktériumokkal történő fertőzésről. *Pfanner.* (Der Deutsche Militärarzt. 1943. 2.) A harc-téren működő sebész a helyi általános tünetek alapján dönti el, hogy vajjon jó- vagy rosszindulatú gázfertő-zésről áll-e szemben. A szerző évekig tartó háborús sebészi tapasztalatok alapján a gázfertőzéseket 3 cso-portra osztja. 1. Gázüszök. A Welch-Fraenkel és a Noyy f. bacillusok által okozott gázfertőzés. Jellemző az izomzat aseptikus elhalása és a gázfejlődés. Gyul-ladás és gennyképződés hiányzik. Igen súlyos fertőzés.

2. Gázphlegmone. Erre jellemző a gennykeltőkkel való kevert fertőzés, a gyulladás, oedema, gennyedés. Kevésbé súlyos fertőzés.

3. Gázgangraena. Ennél a gennykeltőkkel kevert fertőzés áll fenn, de itt még az alig virulens aerob bak-tériumok (coli, proteus) és anaerob bac. sporogenes szerepelnek. A bőrálatti és az izomközi kötőszövetben gyakran lép fel.

Mind a három esetben a kezelés: széles feltárás, nyílt kezelés, nyugalom, vértransfusio, sulfonamidok adásából áll. (S. 18.)

Pongrácz dr.

A hosszú csöves-csontok velőszögezése Küntscher szerint. *H. Heim.* (Der Deutsche Mil. Arzt. 3. 1943.) A szerző Küntscher után számos szögezést végzett. A csöves-csontok eddigi töréskezelésével szemben a Küntscher-féle velőszögezésnek a következő előnyeit sorolja fel: 1. Helyes állásban való tökéletes rögzítés. 2. Utólagos elmozdulás nincs. 3. Sínré, extenszióra, gipszkötésre nincs szükség. 4. A szállítás veszélytelen, fájdalommentes. 5. Azonnal elvégezhető az actív, passív mozgatás. 6. Korai megterhelés. 7. A vér- és nyirok-keringés akadálytalan. 8. Korai felkelés. 9. Az ápolás egyszerű, az ápolási idő megrövidül. 10. Utókezelés nincs. 11. A rokkantságnak, járulékoknak csökkenése. A felsoroltak alapján a csöves-csontok töréskezelésében a Küntscher-féle szögezést igen jelentős előrehaladásnak kell tekinteni. (S. 14.)

Pongrácz dr.

Sipolyfeltöltés után jelentkező tetanusról. *G. Zehrer.* (Deutsch. Mil. Arzt. 3. 1943.) A későbbi tetanus egy esetéről számol be. Az eset érdekessége abban áll, hogy a beteg sérülésekor már kapott 5 cm³ tetanus antitoxint és a 7 hétig makacsul gennyedző sipolyának thoro-trasztal való feltöltése után 6 nappal mégis tetanust kapott. A beteget 5 hétig tartó kezeléssel sikerült meg-mentenie. Fontos tehát tudni, hogy a háborús sérülések után fennmaradó sipolyok anaerob baktériumokkal fer-tőztek lehetnek és nemcsak a műtét, hanem a sipolyok egyszerű feltöltése is kiválthatja a merevgörösöt. (S. 17.)

Pongrácz dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

Periphlebitis retinae Scheuermann (Dissert, Zürich.) A visszatérő fiatalkori üvegtesti vérzésnek háttérben bcs vena-falelváltozások állnak. Marchesani a Buerger-f. thrombangitis obliterans kóroktani jelentőségét hangsúlyozta. Szerző öt esetet ismertett, ahol a tuberculosus jelei kétségtelenül fennálltak. (4 ízben tüdőfolyamat - egy ízben coxitis). Noha számos eset ismeretes actív bcs. hiánya mellett, a tény még nem szól gümőkóros eredet ellen. A pozitív lelettel bíró esetek viszont tisztázzák a betegség aetiologiáját. A Buerger-kór szerepe feltétlenül alárendelt jelentőségű. (G. 40.)

Grósz István dr.

Pupillaszéli tömlők. *Starkle* (Dissert. Zürich.) Mio-ticummal intenzíve kezelt glaucomásokon olykor fél mm-nyi feszes hólyagocskák lépnek fel a szembogárszél pigmentjében, panaszok nélkül (Vogt). Ezek csakhamar megpukkadva eltűnnek. Szerző nyúlón igyekezett tartós miosis kapcsán hasonló elváltozást létesíteni. A szokásos cseppek azonban sem egymagukban, sem combi-nálva (Pilocarpin, eserin, doryl, prostigmin, tonephin) nem vezettek cystaképződéshez, bár 29 hétig kezelte

az állatokat (gyengén fejlett pupillaszél). A hosszas keze-kezelés azonban tág és fénymerev pupillát eredménye-zett. (G. 41.)

Grósz István dr.

Dacryoadenotomia indikációi és eredménye. *Rintelen.* (Ophthalmologica, 1943. No. 3/4.) A könnymirigy részleges kiirtása javalt: 1. A könnytömlő vagy a könny-utak megszüntethetetlen elzáródásánál. 2. Súlyos pa-naszokat okozó relatív stenosisoknál. 3. A könnyutak mély stenosisánál vagy olyanoknál, akik dacryocystor-hinostomia műtétére nem tudják magukat rászánni. 4. Ha a könnycsorgás hyperplasia vagy subluxatio kö-vetkezménye, vagy gyógyíthatatlan központi idegrend-szeri betegség okozza.

A műtét eredménye jó, ha fokozott volt a könny-termelés. 1/2-3 1/2 évig figyelte betegeit és hiányos könnytermelést sohasem észlelt. (G. 33.)

Bárdy Károly dr.

Friss go.-os fertőzés kezelése. *Spörri.* (Dissert, Zü-rich.) Szerző hét esetet ismertett, ahol rövid idővel (5-50') előbb g.-os váladék freccent az orvos szemébe. A betegség kitörésének megelőzésére a következő eljá-rást követik: a szemhéj bejódózása után argyrolos öblí-tés ismételve, majd óránként, sőt éjjel cseppentés a 25%-os oldatból. Két tejbefecskendés az izomba. sterili-zálás 60 fokon tíz percig, forralás egy percre.

A helyikezelés túlságosan erőyes, míg a subcután tejbefecskendezés már kitört betegség esetére tartandó fenn. Ref. (G. 35.)

Grósz István dr.

ORR-, TOROK-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYASZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

Adatok a transspheoidálisan operált hypophysis-tumorok klinikumához. *Berendes.* (Archiv. f. Ohren-, Nasen-, etc. 151. Bd. 4. H.) Szerzők a *Chiari* szerint operált extranasalis, transspheoidális hypophysis mű-téti technikával szerzett tapasztalataikról számolnak be. Természetesen csak a töröknyeregben ülő daganat-okat operálták ilyen módon. A töröknyereg durájának elérése után azt mindig megpungálták, hogy nincs-e cysta jelen. ez esetben keresztalakú metszéssel állandó levezetést biztosítottak. Ha tumor volt jelen, annyit kanalizáltak ki belőle, amennyi csak elérhető volt. A mű-tét után az iköbölbe minden esetben rádiumot vezettek be. A kiújulás rövidebb-hosszabb idő múlva elég gya-kori volt. A műtéti halálozás a különböző szerzők szer-int 5-20%; egyszerűségénél fogva mégis ez a behatolás indokolt, szemben a transfrontális behatolással, ha úgylátszik, hogy a daganat eltávolítása 1. radicalisan nem oldható meg, 2. ha a klinikai lelet alapján előre-láthatólag a transfrontális műtét is csak a daganat megkisebbitéséből áll. 3. ha csökkenteni kell a műtéti kockázatot egy későbbi transfrontális behatolás szá-mára, 4. ha a cysta tartalmát az iköbölbe véglegesen levezetve a cysta további növekedését kikapcsolhatjuk, végül az eljárás előnye, hogy a rádium bevezetésére az iköbölbe kedvező lehetőséget nyújt. (A. 13.)

Csóványos László dr.

Az ornyálkahártya Boeck-féle sarkoidjáról. *Mühe.* (Der Hals-, Nasen- u. Ohrenarzt I. Teil Bd. 33. H. 3.) A Boeck-f. sarkoid az ornyálkahártyán gyulladással jel-leget mutat, ezért a kórismét csak a másutt is fellépő sarkoidok mellelt állíthatjuk fel. A Boeck-f. sarkoidot oly tuberculosus bacillus okozza, amelynek virulenciája annyira csekély, hogy anti-anyagot sem tud provo-cálni; ezért a cutan reactio is negatív. Ha az eredeti megbetegedés tuberculosissá válik, vagy superinfectio lép fel, a gyenge virulenciájú bacillus által okozott sarkoid eltűnik és a cutan reactio pozitív lesz. A Boeck-f. sarkoid által okozott nyálkahártyagyulladás 10%-os pyrogallussavas kenőccsel kezeljük. (A. 18.)

Szecsey György dr.

Dobhártyakép és nyálkahártyajelleg. *Schwarz.* (Erbblätter für den Hals-, Nasen- u. Ohrenarzt, Jg. VI. H. 3.) Betegek és egészségesek dobhártyáinak sorozatos endoszkopias vizsgálataiból következtethetünk az egész szervezet nyálkahártya jellegére. Megkülönböztethe-tünk biologiailag magasértékű és esökkentértékű nyál-kahártyát; az utóbbi esetben a dobhártya homályos, za-varos, tejszerű. Az ilyen egyének hajlamosak a huru-tos megbetegedésekre, sőt ozaenára és orrpolyposisra is. (A. 17.)

Szecsey György dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Az ittasság és az iszákosság vizsgálata, valamint ennek jelentősége az igazságszolgáltatásban. Irta: Pazár Zoltán dr., m. kir. rendőrorvos, kép. törvénysz. orvos. (A MOKT. kiadása 1942. CLXXXIII. kötet 121 o.)

A 26 fejezetre osztott, gondosan megírt munka első sorban hatósági orvosok számára készült, de a kérdésnek alapos tárgyalása alkalmassá teszi arra, hogy a határterületeken dolgozó orvosok, kutatók és jogi szakemberek is értékes forrásmunkának használják. Ezt elősegíti a mű alapos irodalmi összeállítás és jó tárgymutatója.

Az első 2 fejezet az alkohol méregtani jelentőségével, felszívódásával, elégésével és kiürülésével, a III-VI. fejezet a heveny és idült alkoholmérgezés klinikai tüneteivel foglalkozik. Utóbbit a szerző »szokványos« alkoholmérgezésnek nevezi, mivel az idült szó elhúzódozó folyamatot jelent és szerinte »az alkoholizmus fogalmában inkább a gyakran megismételt cselekményen van a hangsúly«.

Az igen fontos VII. fejezetben az alkohol minőségi és mennyiségi reakcióit, illetve meghatározását tárgyalja. Közülük a Widmark-f. mikrochemia; eljárást tartja, egyszerűsége miatt legmegfelelőbbnek. Ennek igen alapos elméleti és gyakorlati ismertetése után szerző arra a végső következtetésre jut, hogy az ittassági vizsgálat alapja a klinikai vizsgálat marad; ennek viszont legfontosabb, az igazságszolgáltatást egyedül érdeklő része, az elmevizsgálat. A fenti tünetek vizsgálata és a véralkoholmeghatározás ennek alátámasztására valók.

További érdekes fejezetekben szerző az alkoholizmus és az öröklés, továbbá az alkat, végül a teherbíró-képesség és hajlamosság részletezéseivel foglalkozik.

Igen tanulságosak és gyakorlati szempontból fontosak a psychotechnikai vizsgálatokról és általában a motorvezetők vizsgálatairól szóló fejezetek, valamint az ittassági vizsgálatnak az igazságszolgáltatásban való jelentőségéről szóló fejezet (XXI). Igazat kell adnunk szerzőnek, aki szerint az ittasság enyhe foka csak a gépjárművezetésre való alkalmatlanságot jelentheti és semmiesetre sem befolyásolja a büntetőjogi beszámíthatóság kérdését.

A jó magyarsággal megírt hasznos és hízagpótló kézikönyvet az ittasságra vonatkozó fontosabb törvények és rendeletek egészítik ki.

Lehoczky Tibor dr.

A csecsemő helyes táplálása és gondozása. Irta: dr. Bielek Tibor és dr. Waltner Károly. (Az Országos Egészségvédelmi Szövetség kiadása, 1943, ára 60 fillér. Megjelent 100.000 példányban).

A csecsemőhalálozás csökkentése a Zöldkereszt egyik legszebb, de legnehezebb feladata. A védőnő személyesen nem tud minden anyát mellett tanácsával, felvilágosító munkásságával ott állni. Ezt a hiányt igyekszik pótolni ez a 92 oldalas, Főméltóságú Kormányzónk Hivese vezető soraival ellátott könyvecske.

Ez a kis könyv felöleli a csecsemő testi és szellemi fejlődését, a természetes táplálás előnyeit, a mesterséges táplálás veszélyeit, az elválasztást, a vitaminokat,

a gyomor és bél normalis működését. A II. rész megmagyarázza, hogyan öltöztessük a csecsemőt, milyen legyen a fekhely, hogyan füröszsünk, levegőztessünk, napoztassunk, tornáztassunk és milyen játékokat adjunk a csecsemő kezébe. A III. rész rámutat arra, hogyan kerülhetjük el az egyes betegségeket. Mindezt egyszerűen, kitűnő magyarsággal, mindenki által könnyen érthetően írták meg a szerzők. Kerülték a fél-orvosnevelésnek még a látszatát is. A sok kis rajz csak elősegíti azt, hogy a mondottakat jól emlékeztünkbe vessük. Ezt a kis könyvecskét minden anyának ismerni kell s hiszem, hogy hozzájárul a csecsemők életbentartásához.

Csapó dr.

Lipoidgranulomatose der Weichteile. Von: Prof. L. v. Haranghy. (64 lap, 24 ábra, Eggenberger, Budapest. J. Ambrosius Barth, Leipzig 1942. Ara: 4 márka.)

Hand-Schüller-Christian lipoidgranulomatosis olyan esetét ismerteti részletesen a szerző, amelynél az ismeretes tüneti triasból: (exophthalmus, csontelváltozások, diabetes insipidus) klinikailag csak az utóbbi állott fenn, hypophysis körüli, kisagyi, továbbá a pericardiumot, aortát, pancreast, lépét, májat illető granulomákkal. A lágyrész granulomák szövettani analysise alapján a kórfolyamatban a granulatio tekinthető elsődlegesnek, hozzásimuló másodlagos lipoidos átalakulással. A lipoidlerakódások kialakulásában localis tényezőknél kívül felfogása szerint az az infundibulum körüli granulomák által kiváltott lipoidanyagforgalmi zavar játszik közre. A lipoidgranulomatosis és a lymphogranulomatosis közötti biológiai analogiára rámutatva új momentumként tételzi fel a szerző a lipoidgranulomatosis pathogenesisében az allergia szerepét. Ezt a szövettani leletek értelmezésével meggyőzően alátámasztja. A világos fogalmazású, igen gondos és szépen illusztrált munka alkalmas arra, hogy a különben eléggé ritka lipoidgranulomatosisok pathogenesisének további kutatását termékenyebb irányba terelje.

Romhányi György dr.

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

Lalkus propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra

„NAGY KRISTÓF“ gyógyszer-tár, IV., Váci-utca 1

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 vastagbél-folyamatoknál és parenteralis dyspepsiáknál úgy lázas, mint láztalan állapotban.

Irodalommal és mintával szívesen szolgálunk.

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

diavit
A+B+C+D VITAMIN
Tápláló szója-maláta
alapanyag

TÖRZSKÖNYVEZETT ÚJ MAGYAR
POLYVITAMIN KÉSZÍTMÉNY

1 tábla 36 szelet

Diachemia

STRAUB SÁNDOR GYÓGYSZERÉSZETI ÉS VEGYÉSZETI LABORÁTORIUM
BUDAPEST, VI., TERÉZ-KÖRÚT 27.

Új orvosi szakkönyvek!

Az első teljes magyar elektrokardiographia!

MOST JELENT MEG!

Gyakorlati elektrokardiographia

I. kötet: Az elektrokardiographia TANKÖNYVE

II. kötet: Elektrokardiographiai ATLASZ

Dr. RADNAIPÁL v. egyet. belklin. tanársegéd műve

Műnyomópapíron 240 ábrával (700-nál több elektrokardiogramm elvezetés felvétele) Két kötetben kötve P. 44.—

**AZ ORVOSI PSZICHOLÓGIA VILÁGIRODALMÁNAK
REMEKMŰVE MAGYAR NYELVEN!**

Orvosi pszichológia Dr. Ernst Kretschmer
egyetemi tanár műve
fűzve P. 28.— kötve P. 33.—

Fertőzőbetegségek

A fertőző (ragályos) betegségek és járványok ismertetése a róluk szóló jogszabályokkal és Budapest Székesőváros fertőzőbetegségekről szóló szabályzatának kivonata. Irta és összegyűjtötte Dr. KERBOLT LÁSZLÓ P. 18.—

Az iskolaorvosi feladatok és az egészségtanítás technikája

Dr. MECZNER LÁSZLÓ iskolaorvos műve P. 3.60

Iskolaegészségtan

Dr. ZSINDELY SÁNDOR e. m. tanár műve P. 6.80

NOVÁK RUDOLF ÉS TÁRSA
Orvosi Szakkönyvkereskedés és Tudományos
Könyvkiadóvállalat

BUDAPEST, VIII., BAROSS-UTCA 21.

METALIX

Röntgenberendezések

Orvosi elektromos
berendezések

Röntgencsővek

Kvarclámpák

a legtökéletesebb kivitelben

Szaktanács
és tervezés:

METALIX RÖNTGEN RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

Budapest, IV. Múzeum krt. 37. Tel. 182-680, 383-135

Cardiotonicum

AUROGARD

KÉSZÍTI:
SZILÁGYI • BPEST.
Dr. MADÁUS megbízásából • •

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift. 22—23. sz. **Pfister W.:** Fertőzött és fertőzéssel veszélyeztetett sebek chemotherapiája. **Meissner P.:** Gipszkötés jelentősége az első egészségügyi alakulatokban. **Sturm A. és Hertlein Th.:** Egészséges fiatal egyének vérnyomás-mérési eredményeinek statisztikai értékelése, mint adat a venás hypertoniához. **Faber F.:** A stomakake therapiás és prognostikai szempontból fontos kóroktani jelentősége. **Brehme Th.:** Egyszerű és biztos eljárás csecsemők és kisgyermekek heveny táplálkozási zavarainak kezelésére. **Müller Mernach O.:** A felkartörés jó nyújtókötése.

24—25. sz. **Schulten H. és Broglie:** Az orosz főfájásos lázról. **Hillebrand:** Heresérülések műtéti ellátása. **Schlosser:** Gyomor- és bélfekély, mint háborús szolgálati károsodás. **Güttlich A.:** A kisagy-hídszögleti daganatok paralythinhaer mütete. **Lampé Ed. és Strassburger H.:** Bakteriológiai gyomor-bélnedvizsgálatok és ezek gyakorlati jelentősége. **Camerer I.:** A véraspirátiónak, mint baleseti haláloknak jelentősége. **Griesbach R.:** Fertőző gümőkóros beteg értékelése különös tekintettel a törvényekre és a házassági tanácsadásra. **Kowarschik I.:** Rövidhullámú kezelés új módja. **Kuhlendach H.:** Az izzadási próbáról.

Wiener Klinische Wochenschrift. 21—22. sz. **Plattner F.:** Specifikus hím tulajdonságok biológiai alapjai. **Susan O.:** Epesebézet 60 év után. **Dentick P.:** A here és ondóhólyag betegségeinek klinikája. **Pirker H.:** Férfi és sport.

23—24. sz. **Nonnenbruch W.:** Idült vesebetegségek belgyógyászati és műtéti kezelése. **Henning N.:** A fekélybetegségek étrendi utókezelése. **Vors F.:** Gyakorlati nemibeteggonozás. **Högler F. és Loibl R.:** A prontosil-lázról. **Haslinger K.:** Prof. Rubritius H.

Wiener Medizinische Wochenschrift. 22—23. sz. **Seyfried H.:** Foglalkozásilag veszélyeztetett munkások védelme és gondozása. **Hamburger F.:** A nő test- és szépségápolása. **Rantesalo V.:** Megjegyzések a finnországi gyermek fertőző betegségeihez. **Bolland E.:** A betegápolás technikája.

24—25. sz. **Hofmeier R.:** Egészséges gyermekek táplálása a háborús viszonyok figyelembevételével. **Birkmeyer L.:** Koponyasérülések utáni főfájások. **Falkensammer L.:** A háborús nephritis.

Sweizer Medizinische Wochenschrift. 23. szám. **Hauptli O.:** A vastagbél rákja a végbél kivételével. **Juba A. és Föörz L.:** Combinált tetracor-tonogen szakkezelés. **Paschoud H.:** Súlyosan fertőzött sebek hatásalan sulfamidkezelésének biológiai okai. **Strebel I.:** Pollen és hypotoniás allergia tüneti és oki kezelése. **Haudurry P.:** Yersin Sándor és a pestisbacillus felfedezése. **Gubler E.:** Fogorvosi gyakorlat Zürich kantonban.

24. sz. **Löffler W. és Zwingli J.:** Csoportos gümőkóros primoinfectio a katonaságban és a polgári életben. **Keh-**

lingen E.: Gümőkór és hadsereg a tényleges szolgálatban 1939. és a következő években. **Morgenthaler:** Gümőkór és hadsereg a tényleges szolgálatban 1939. és következő években. **Fræi C.:** Rendszeres röntgenátvilágítási eredmények egy hadseregegységben az 1942-es felváltási szolgálat kezdetén. **Bezencon Ch., Cornin G., Tache H., Rochat P. és Urech E.:** Feljegyzések egy juravidéki falu gümőkóros epidemiológiájáról. **Backmann E., Kartagener M. és Löffler W.:** Katonai biztosítási problémák. **Backmann E.:** Gondolatok a gümőkór prophylaxisáról.

25. sz. **Weber H. H.:** Kritikai és casuistikus adatok a háborús Röntgen-átvilágítások kérdéséhez. **Albertini A.:** A fiatalkori coronariasklerosis kérdéséről. **Rieben G.:** Rectális sulfonamidtherapia lehetősége és technikája. **Merkelbach O.:** Mikor készíttessen az orvos a physikális vizsgáló eljárások alapján electrocardiogramot? **Strebel I.:** A pollen és hypotoniás allergia tüneti és oki kezeléséről.

VEGYES HIREK

Halálozás. **Kőrössy László dr.,** a Szent Paula szülőotthon igazgató-főorvosa június 27-én hirtelen elhunyt.

Személyi hírek. **Benedek László** professzort a bulgár ideg-elmegyógyászok országos közgyűlése »az egyetemes ideg- és elmegyógyászat fejlesztése körüli kimagasló érdemeinek elismeréséül« tiszteletbeli taggá választotta.

Szabadságon vannak: **Rejtő Sándor dr.** július 15—augusztus 20-ig. **Horánszki Béla dr.** július 1—31-ig.

Szerkesztőségünk és a kiadóhivatal július és augusztus hónapokban hétfőn és szombaton hivatalos órát nem tart.

Nagypraxisú orvosi rendelő teljes felszereléssel belgyógyásznak vagy nőgyógyásznak kiadó. Ugyanott orvosi folyóiratok is eladók. Megtekinthető délután 4—8-ig Bp., VIII. József-u. 32. I. 9. Telefon: 146-595.

DIGESTOL Klinikailag kipróbált és évtizedek óta bevált **gyomor- és bélregulátor** Emésztésvajító, savkötő és enyhén hashajtó tulajdonságai folytán hyperaciditas, gastrointestinalis zavarok, gyomorbelihurut, gyomoratonia, ideges dyspepsia, idült székrekedés, üdülők valamint vérszegények gyomorpanaszainál kitűnő eredménnyel alkalmazható **SZENT PÉTER** gyógyszervegyészeteti laboratórium Budapest, V., Pozsonyi-út 1. — Telefon: 121-547

FELELŐS KIADÓ: VAMOSSY ZOLTAN.
A szerkesztő kedden és pénteken 12 és 1 óra között fogad.

STRYCHNOPHOSPHARSEN, AZ IDEGCASUSOK ROBORANSA

„CERTA” GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM RT. BUDAPEST

ANARA-CHINOIN

gőzeinek beszippantása azonnal enyhíti a nátha tüneteit!

HASZNÁLATRAKÉSZ TUBUS!

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

PACYL

fokozott vérnyomásnál

kiméletesen csökkenti a megnövekedett vérnyomást,
oldja az érgörcsöt,
enyhíti a szubjektív panaszokat.
Perorálisan szedve hatékony.

DIWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A.G. - BERLIN-WAIDMANNSLUST
Irodalommal és orvosi mintával Hygiea R.T., Kolozsvár, Kando Kálmán u. 13 szolgál

Uricedin

anyagcserebántalmaknál, mint: köszvény, rheuma, ischias, vese-, hólyag-, epe-, máj-bántalmaknál, bélrenyheség és gyomorhajókánál.

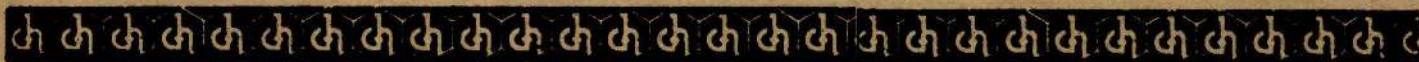
Magyarországi vezérképvislet:

Medichemia Gyógyszerkészítmények Gyára R.T.

Budapest, X., Hölgý-uca 14

J. E. Stroschein

Chemische Fabrik K. G.
Berlin



DEMALGONIL-CHINOIN

FÁJDALOMCSILLAPÍTÓ INJECTIO

Alkaloidákat nem tartalmaz, nem kábít.

5 ampulla

DEMALGONIL-CHINOIN CSEPPEK

Tablettákat nem kedvelő betegek, gyermekek számára. • Tartós alkalmazásra.

15 kcm-es üveg



ORVOSI HETILAP

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

Telefon: 345-113.

Ingyenes hívfhasználat.
(Kérje a portástól.)

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy
22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámunk javára.
Romániában: *Boros Béla dr.* Arad, Str. Gen. Grigorescu 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 lel, 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 lel.

ANDROFORT

1 amp. 5, 0 ill. 25 mg, 1 cm³ sol. 5 mg, 1 linguetta 7'5
mg testosteron acetatot tartalmaz.

BITESTIN

1 amp. 10 g friss testis hatóanyagait tartalmazza.

BITESTIN FORTE

1 amp. 5 g friss here kivonatát, valamint 5 mg tes-
tosteron acetatot tartalmaz.

A sexualis sphaera zavarai, hypogenitalismus, kryptorchismus,
neurasthenia sexualis. Senilis involutio, senium praecox, pros-
tatahypertrophia, otosklerosis, pruritus, öregkori szívzavarok.

SYNTESTRIN

1 amp., 1 dragée, 1 supposit. és 1 g kenőcs 1 mg, 1 linguetta
1/2 mg 4'-dioxo- γ - β -diaethylstilben -dipropionátot
tartalmaz.

A petefészekműködés hiánya vagy esökkenése okozta genitális
és extragenitális megbetegedések.



Richter Gedeon Vegyészeti Gyár Rt. Budapest X.

A FOLLIKULUS-HORMONNAL AZONOS HATÁSÚ

CYREN-B

diaethyldioxystilben-dipropionat

bevált a follikulus-hormonkezelés valamennyi javallatánál a nő-, bel- és bőrgyógyászatban



Forgalomban:

Cyren-B és Cyren-B »forte« tabletták és ampullák.

»Bayer«
LEVERKUSEN

Magyarországi vezérképviselő: MAGYAR PHARMA GYÓGYÁRU R.-T.
BUDAPEST, V., Arany János-u. 10. Kolozsvár: Mussolini-út 18.

Neohexal

A húgyutak valamennyi fertőzőes folyamatának, továbbá az influenza és a megfűlésees betegségek kezelésére.

Üvegcsőben 20 drb 0.5 g-os tableta



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, HÓGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON.

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC, V. BERDE KÁROLY, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR, BALÓ JÓZSEF,
VÁMOSSY ZOLTÁN, MÉHES GYULA, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE, VIDA KOVITS KAMILLÓ.

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

SZERK.: FRITZ ERNŐ.

TARTALOM:

Józsa Adrián: A priapismus. (349—351. oldal.)
Bogyi Balázs: A reticuloeytakrizis meghatározására új egyenlet. (352—355. oldal.)
Irodalmi szemle. (356. oldal.)
Könyvismertetés. (357. oldal.)
Henselmann Aladár: Orvosi elődeink az ország falain. (358—361. oldal.)

Ratkóczy Nándor: Megjegyzés Tóth István egy. m. tanár »Röntgenbesugárzás okozta cataracta« c. közleményére. (361. oldal.)

Lapszemle: (362. oldal)

Vegyes hírek: (362. oldal.)

A budapesti Tudományegyetem Urológiai klinikájának közleménye. (Igazgató: Minder Gyula ny. r. tanár.)

A priapismus.

Irta: Józsa Adrián dr.

A priapismus vagy satyriasis ritka kórkép. Legtöbbször 20—50 év között jelentkezik. Első leírása 1772-ből származik. *Hinman* amerikai urológus 1914-ben összeállítva a priapismus világirodalmát, mindössze 170 feldolgozott esetet talált. 1923-ban *Player* és *Kutzmann* statisztikai feldolgozása csak 14 újabb esetet tudott hozzáfűzni. Az eddig ismertett esetek száma alig haladja meg a 200-at.

A satyriasis nemcsak természeténél, hanem esetleges komplikációinál fogva is komoly betegség. A penisnek e kórosan fokozott időleges vagy állandó erectiója abban különbözik a rendes merevedéstől, hogy nincs sexuális érzéssel összefüggésben, nem kíséri ejaculáció s a betegnek sokszor tűrhetetlen fájdalmat okoz. Ellentétben a rendes erectióval, a beteg aránylag könnyen tud vizelni, mivel sphincter-görcs nincs és a corp. cavern. urethrae is csak kis fokban telik meg vérrel.

Mechanikája sok tekintetben hasonlít a physiológias erectióéhoz, amely mint ismeretes, úgy megy végbe, hogy a merevedőtestek verőerei értágító idegek hatására tágulnak, az *Ebner* párnák elsülülése által ürterük fokozódik, majd a lacunák közti izomgerendák símaizomsejtjei ideg behatásra elernyednek és ilyenformán a cavernák jobban tágulnak, lehetővé téve a barlangostestek ad maximum vérrel való telődését. Mind ezen folyamat bonyolult ideghálózat, reflexívek behatása alatt áll. Eléggé világos, hogy minden olyan folyamat vagy elváltozás, amely az erectió központot, illetve azokat az összeköttetéseket, amelyek e központból indulnak ki, érinti, vagy arra compressiót gyakorol, előidézhetheti a priapismust, akár tumor, vérzés vagy más elváltozás az ok. A penis helyi, vagy a környező szervek betegségei, amelyek a vérkeringést megzavarják, ugyanilyen kóros tényezővé válhatnak.

A *satyriasis pathologica* még ma sincs teljesen

azt látjuk, hogy az kórosan megnagyobbodott, a corp. cavernosák merevek, jól kitapinthatók, felettük a bőr rendszerint sötét vörös. Átmetszve a corpust, a szöveteket vérdúsaknak találjuk, különösen a barlangtestekben s ha a kórkép oka thrombosis volt, azt már szabadszemmel is jól láthatjuk. Ilyenkor a vénák rögösödését a vena pudenda és a plexus prostaticus thrombosisa követi. Elhanyagolt esetekben mint szövődmény a szövetek gennyes gyulladása állhat elő, — ilyenkor a barlangostestek feszesek, hullámzanak és a gennyes folyamat reakciójaként, mint klinikai tünet, nagy láz, hidegrázás, septicus állapot következik be.

A penis sajátos anatómiai szerkezete kétségtelenül fontos szerepet játszik a satyriasis pathológiájában. A merevedőtestek vázát alkotó cavernák markánsabbak, mint a corp. cavern. urethrae, amely utóbbi ezért is corp. spongiosumnak neveznek. A barlangostestek erectió alveolái nemcsak fejlettebbek és tágabbak, mint a szivacsos testé, hanem szövettani szempontból is differenciáltabb szervnek mutatkoznak. Ezzel az anatómiai berendezéssel és vérstasisal magyarázható az a localisatiós lehetőség (*Della Favera*), hogy mindig a corp. cavernosa penisnek a megbetegedés főfészkei.

Causalis pathogenesis. A thrombosis szerepére nézve a vélemények még ma is megoszlanak. *Goebel*, aki behatóan foglalkozott satyriasisban a thrombosis szerepével, azt állítja, hogy a barlangostestek endothelioma adottságuknál fogva a rögösödést hosszabb ideig meggátolni képesek. Ez a megállapítás fontos szerepet játszik a physiológiai merevedéskor is, mivel a vérkeringés lassúbbodott és így meg van a praedispositiós lehetőség a thrombus képződésére. Műtéten átesett egyénekben rendszerint csak igen sűrű stasisos vér található, úgyhogy több szerző, így *Hinman* is inkább *pseudothrombosis*-ról beszél, rámutatva ugyanazon okokra, — a vér lefolyásának lassúbbodása, a vér összetételének és az érfalak modificációja — amelyek valódi thrombus képződésben is szerepet játszanak. Általában sűrű, sötét vérről tesznek említést, amelyek incisió által kiürültek. *Hinman* 170 esetet hozott nyilvánosságra, amelyből 34 esetet műtéttel gyógyítottak de egyik esetben sem

ján hozzáfűzhetjük, hogy a thrombosis lehetősége — mint ahogy azt operált eseteink is bizonyítják — kétségtelenül fennáll.

A haematoma szerepével kapcsolatosan meg kell állapítanunk, hogy traumatikus, vagy más eredetű befolyás által a véredény falán valóban keletkezhetnek repedések és ez által vérömleny jöhet létre. A tunica albuginea által feszülés alatt tartott haematoma ha kifejezett — az erectio képét mutathatja. Ez magyarázná a vérzésre hajlamos bántalmakban, traumatikus vagy sexuális excessusok után jelentkező kóros merevedést.

A priapismus oka többféle lehet. Oki felosztásuk általában Scheuer beosztása szerint a legáttekinthetőbb.

I. Helyi okok:

A. Idegbehatásra (reflectorikusan) keletkezettek.

a) Gyulladásos izgalmi állapot a húgycsőnek.

b) Az elülső vagy a hátulsó húgycsőben levő daganatok.

B. Mechanikai okok:

a) A húgycső kóros folyamatainak átterjedése a barlangostestekre (gyulladás, trauma, neoplasma).

b) Centrális okok:

az agy és a gerinevelő anatómiai elváltozásai ez lehet: traumatikus, neoplastikus, gyulladásos.

II. Általános betegségek részjelensége:

a) Fertőző baj (Lu., tabes),

b) Intoxicatio (mérgezők),

c) Alkati és vér rendszerbetegedések (leukaemia, polycythemia rubra).

Ehhez a beosztáshoz lényegében a legtöbb szerző beosztása hasonlít. Vannak, akik lehetségesnek tartanak idiopathikus alapon is satyriasis, amely erotikus túlkapásokkal kapcsolatosan keletkezhet. Ugy magyarázzák, hogy a rendes ingerek, amelyek az erectiót előidéznek, még valamilyen okból tovább működnek. Ez a kórosan hosszú ideig tartó inger azután valódi priapismusra vezethet.

Goebel az u. n. idiopathikus priapismus okául a barlangos testekben keletkezett vérömlenyt tekinti, amely merevedés alatt, esetleg coituson kívül keletkezik. Mint érdekességet megemlíthetem, hogy a pszichikai irodalomban találunk eseteket, amelyeket lelki okokkal indokolnak, s amelyek szakorvosi kezelésre meggyógyultak. Ezekben az esetekben okul egy abnormis psychosist kell feltennünk (exhibitionismus, onanismus).

A priapismus leggyakrabban a vér rendszerbetegségekkel kapcsolatosan, elsősorban leukaemiában fordul elő. Amerikai szerzők szerint a satyriasis 33%-ban, európai szerzők (Cattaneo) adatai szerint 40 százalékban leukaemiás eredetű. Ilyenkor a priapismus mechanikus úton magyarázható. Egyrészt a véredények tágulata, majd rhexise következtében beállott vérömleny, — nincs kizárva, hogy a központi idegrendszerben keletkezett vérzések, — másrészt, amelyre Salzer hívta fel a figyelmet, a kórosan megnagyobbodott medencebeli nyirokesomók a n. errigentesekre nyomást gyakorolva okozza a satyriasis. Klinikai szempontból fontos az, hogy ez a körkép a leukaemia korai tünete lehet. Linger egy esetében a leukaemiás vérkép a priapismus megjelenése után csak az ötödik hónapban alakult ki.

Polycythemia rubra kapcsán Minder észlelt egy esetet, amelyet részletesebben később eseteink között

Fertőzőbetegségek közül gümös marasmussal kapcsolatosan Kauders, typhus abdominalisban Kaufmann említi meg egy-egy esetet. Whrite és Kapp typhusos reconvalescentiában rámutatnak egy igen fontos mozzanatra, — a vér fokozott alvado képességére. Polyarthritist kíséretében Patel és Imbert közölnek egy esetet, amelyet az utóbbi szerző a corp. cavernosum phlebitisével magyaráz. A véredények leutikus elváltozása játszik szerepet a lueses fertőzés mellett létrejött esetekben. Nukols 10 hetes lues congenitas csecsemőn állapított meg priapismust. A fertőzőbetegségek másik csoportjában nem az érfal idült kórbonctani és hystologiai elváltozása, hanem az érfalra átvédődött heveny gyulladás az elsősleges ok. Így kankóban szövödményként keletkezett cavernitis — Broich és Kaufmann egy-egy esete. Rendkívül ritka és az irodalom csak egy esetet említi appendicitissel kapcsolatosan (Rosenthal), midőn a vena profunda penis thrombosisa okozta a kóros állapotot.

A daganatok aszerint, hogy hol helyezkednek el, közvetlenül vagy közvetve okozhatnak merevedést. Egyrészt úgy, hogy a kis medencében a nervus erigentesekre nyomást gyakorolnak, vagy pedig a vérkeringés zavarát, pangást, esetleg thrombosit okozhatnak. Alyea egy betegén a merevedőtestekből kiinduló sarcomát és ennek következtében thrombosit állapított meg. Creite egy esetében haemangioendtheliomát, Goggi egy 10 hónapos csecsemőn peritheliomát talált.

Mérgezőekkel kapcsolatos satyriasisos esetek nemcsak klinikai szempontból, hanem ritkaságuknál fogva is figyelmet érdemelnek. Emődi ólom, Calmon Co/2 mérgezésben észlelt 1—1 esetet. Ugyanígy közlések történtek diabetes, yohimbin-mérgezőkkel kapcsolatosan is.

Ami gyógyítását illeti, az mindig az októl függ. Általánosságban conservativ és radicalis eljárásokkal történhetik. Ha reményünk van arra, hogy conservative eredményt érhetünk el, mindig ezt kell először megkísérelnünk, — s csak sikertelenség esetén gondolunk gyökeres megoldásra. Természetesen sokáig nem szabad kísérleteznünk, mert a fertőzés veszélye nagy.

A priapismus legenyhébb formáiban, mint amilyenek az ideges eredetűek, a reflexes erectiók (urethritis), elsősorban az alap bajt kell kezelnünk. A valódi satyriasisos esetekben először megnyugtatókkal, majd fürdővel, mélyhővel, Röntgenbesugárással próbálkozunk. Esetleg eredményre vezet a bódítás, lumbalis csapolás vagy az ismételt parasacralis érzéstelenítés.

E. W. Riches egy conservativ eljárást ismertet, amelyet minden olyan esetben alkalmaz, amelyben a központi tumor és a leukaemia kizárható. Eljárásának lényege a rectalis diathermia. Fokozatosan megy fel 40 C^o-ig. A beteg összesen 10—20 kezelést kap. Ezzel a methodussal közleménye szerint igen jó eredményeket ért el.

A conservativ és a gyökeres eljárások között mintegy átmenet a Colston és Mc. Kay ajánlotta eljárás. Lényege a barlangostestek punctiója és a tün a vér kivonása, majd a cavernák átmosása, amelyre ők serumot használtak. P. Bayer ezzel az eljárással szintén jó eredményt ért el, de ő savó helyett physiologiás konyhasóoldatot alkalmazott.

A gyökeres eljárások közül a betmetszés és a barlangostestek csonkolása kerülhet szóba. Velpeau volt az első, aki 1852-ben egyik priapismusos bete-

rá, hogy egyik betege a barlangostestét véletlenül megsebezte és utána satyriasisa meggyógyult. A műtét, mint ismeretes, abban áll, hogy a mony tövétől kiindulól, annak hossz tengelyében mindkét oldalt körülbelül 4–5 cm-nyi incisiós sebet ejtünk. Fontos, hogy a tunica albuginea is fel legyen metszve, mert ezzel a merevedőtestek a nyomás alól felszabadulnak. Néha elegendőnek bizonyul csak az egyik oldal bemetszése. A műtétnek gondos sterilitásban kell történnie, mert a merevedőtestek anatómiai szerkezetüknél fogva fertőzésre nagyon hajlamosak.

A másik gyökeres módszerrel, a corp. cavernosumok csomokolásával csak igen ritkán élünk s csak akkor, ha a conservatív eljárások, valamint a többi gyökeres eljárás nem vezetett eredményre, illetve ha sepsis veszélye forog fent. Ilyenkor a corp. cavernosumokat a crusoktól a glansig csomokoljuk, természetesen a corp. cav. urethraet érintetlenül hagyjuk.

A műtétes megoldásra szoruló priapismus-esetek igen ritkák.

Az elmúlt 15 éves anyagunkban mindössze 3 esetet kellett műtéttel megoldani. A betegek kórrajzkivonatát és műtéti eljárásainkat az alábbiakban közlöm.

1. eset. P. A. 34 éves napszámos. (János-kórházi esetünk). Felvétele előtt 4 nappal éjtszaka vizelési inger támadt, de telt hólyagját nem ürítette ki. Reggelre penise megmerevedett és azóta heves fájdalmai vannak a himtagjában. Vizelni tudna, de mivel penise az erectio következtében csaknem hasfalát érinti s emiatt a vizeléskor le kell nyomnia, — tűrhetetlen fájdalmai miatt — vizelni nem mer. Nemi életében nincs említésre méltó. Nemi bajt tagad. Felvételtor testhője 38.2 fok, merev penise csaknem érinti hasát. A bőr felette kissé livid, a barlangos testek maximálisan teltek, feszesek, jól kitapinthatók; a húgyeső szivacsos teste szabad. A minőségi és mennyiségi vérképek rendesek, a vér és a liquor serologiai próbái negatívak. A vizeletben kóros alakkelem nincs, a Rtg. vizsgálat sem mutat eltérést. Az ideggyógyász rendelkezést nem talált.

Gyógyeljárásaink során először sedativumokkal, Rtg. besugárzással, majd lumbalis punctióval és sacralis érzéstelenítéssel próbálkoztunk, de hiába. A beteg állapota közben fokozatosan romlott, fájdalmai fokozódtak; ezért műtétre határoztuk el magunkat. Narcosisban (op. Minder prof.) a corp cavernosumokon egy-egy 4–5 cm-nyi hosszanti bemetszést ejtünk. Erre sűrű szurokszerű stasisos vér ürül. A penis csakhamar egyharmadára zúgorodik. Thrombosis nem találtunk. Szádlás után sebzés. A beteg 2 hét múlva egészségesen távozik.

Ebben az esetünkben rögsödést tehát nem találtunk feltevésünk szerint, — mivel minden vizsgálati lelet negatív volt; a baj oka alkalmasint congestio okozta stasis volt.

2. eset. 61 éves napszámos. 3 hét óta penise fokozatosan merevedik, kb. 8 nap óta állandó erectióban van, ezalatt nemi izgalmat egy alkalommal sem érzett. Mivel állapotát nem értette, penisét kenőcsökkel dörzsölgetni kezdte, azt hívén, hogy az enyhülést fog hozni, de ellenkező hatást ért el vele. Fájdalmai, amelyek eleinte tűrhetőek voltak, tetemesen fokozódtak. Vizelni elég könnyen tudna, ha végzése a merevség miatt nem volna bajos. Nemi életében feljegyezni való nincs, soha beteg nem volt, most sincs más panasza.

A beteg vizsgálata alkalmával rögtön feltűnik bőrnek élénk piros színe. A mony ad maximum erectióban, livid, a corp. cavernosumok ujjnyi vastag kötegek alakjában tapinthatók, rugalmasak. A húgyeső könnyen átjárható, rectálisan eltérés nincs. A serologiai próbák, Rtg.-vizsgálat negatívak. Vérnyomása 200/145. A vörösejtek száma 8.600.000, a fehéreké 13.000. Kórisménk: Polycythemia rubra, következményes priapismus.

Conservatív eljárásaink, mint az előző esetekben, itt sem jártak eredménnyel, ezért műtétet végzünk.

Aetherrel való bódításban (op. Minder prof.) a börtetés után feltűnik a szövetek nagyfokú pangásos vérbősége. A tunica albuginea rendkívül feszes, átmetésze után a merevedőtestek tömött, livid képletek alakjában tűnnek elő. A bemetszés után szürpserű stasisos vér ürül — hasonlóan előző esetünkhöz — azzal a különbséggel, hogy itt a rögsödést kétség kívül meg lehetett állapítani. A thrombusokat óvatosan eltávolítjuk, majd szádlás után sebzés. 3 hét alatt meggyógyult.

3. eset. 55 éves gazdatiszt. 6 év óta hideg hatására vagy fárasztó munka után 1–2 óras merevedése van. Orvosa tanácsára langyos fürdőket vett és brómot szedett, amelyek egy ideig használtak is. Bejövetele előtt egy héttel légoltalmi szolgálata közben hosszabb ideig hideg teremben tartózkodott, merevedése támadt, amely fürdők és gyógyszerek alkalmazása ellenére, nem szűnt. Két nap óta csaknem tűrhetetlen fájdalmai vannak, vizelni azonban tud. Nemi életében éppen kellemetlen és hosszú erectiói miatt tartózkodó volt. Említésre méltó betegsége nem volt, nemi bajt tagad.

Felvételekor penise duzzadt, merev. A vizsgálatok mind negatív eredménnyel jártak. Az ismeretes conservatív módszerek itt is eredménytelenek voltak. Egyrészt a beteg tűrhetetlen fájdalmai, másrészt rosszabbodó általános állapota, láza miatt műtétre kényszerültünk. A műtétet narcosisban végzük (op. Minder prof.) A barlangos testek elkülönítése és börtetés



1. ábra.

szése után kitűnik, hogy thrombus okozta opliteratióval van dolgunk. A bemetszés nem bizonyult elegendőnek, a penis változatlanul merev maradt, ezért a barlangos testek csomokolására kényszerültünk. Elhatározásunkhoz nagymértékben hozzájárult a beteg leromlott, sepsisre hajlamos állapota is. Mindkét corp. cavernosum penisét a crusoktól kezdődően a glansig felszabadítva csomokoljuk. Szádlás után sebzés. Zavartalan sebgyógyulás.

Összefoglalás. A gyakorlatban sokszor nehéz az aetiológiai vagy a pathológiai tényezőket kimutatni. A thrombosis szerepe, mint ahogy azt a két fenti esetünk is bizonyítja, kétségtelen; bizonyos azonban az is, hogy a priapismus oka megváltozott belső állapotok előidézte vérkeringésslássabbodás, vérbesűrűsödés is lehet, mint ahogy ezt 1. esetünkben kellett feltegnünk.

A kolozsvári Tudományegyetem belgyógyászati klinikájának (igazgató: vitéz Haynal Imre ny. r. tanár) és a beszercei honvéd esapatkórház (parancsnok: Tóth Lajos orvos-örnagy) közleménye

A reticulocyta krízis meghatározására új egyenlet.

Írta: Bugyi Balázs dr. tartalékos orvoshadnagy, klinikai tanársegéd.

A Biermer—Addison-féle vészes vérszegénység gyógykezelésében alapvető fontosságú azon legkisebb antianaemiás hatóanyagoknak, amely lehet májkivonat vagy gyomornyálkahártyakészítmény, az adása, amely még a legnagyobb therapiás hatást fejti ki. Ezen optimalis hatóanyag mennyiségnek a megállapítása általános klinikai tapasztalat szerint a substantia reticulofilamentosával bíró, vitalisan festhető vörösvérteteknek (reticulocyta) az összes vörösvértetekhez viszonyított arányszámának nagymértékű megnövekedése (reticulocyta krízis) alapján állapítható meg. A reticulocyta krízis nagysága a kiindulási vörösvértetestszámtól függ — azonos májadag bevitele esetén — és azzal fordítva arányos. Hála a haematológiai, különösképpen hazánkban Boros professzor irányítása alatt elindult kvantitatív irányzatnak, az optimalis antianaemiás hatóanyag bevitele esetén fellépő reticulocyta krízis nagyságára a vörösvértetestszámtól függően sikerült matematikai formulákba önthető számszerű összefüggéseket is találni.

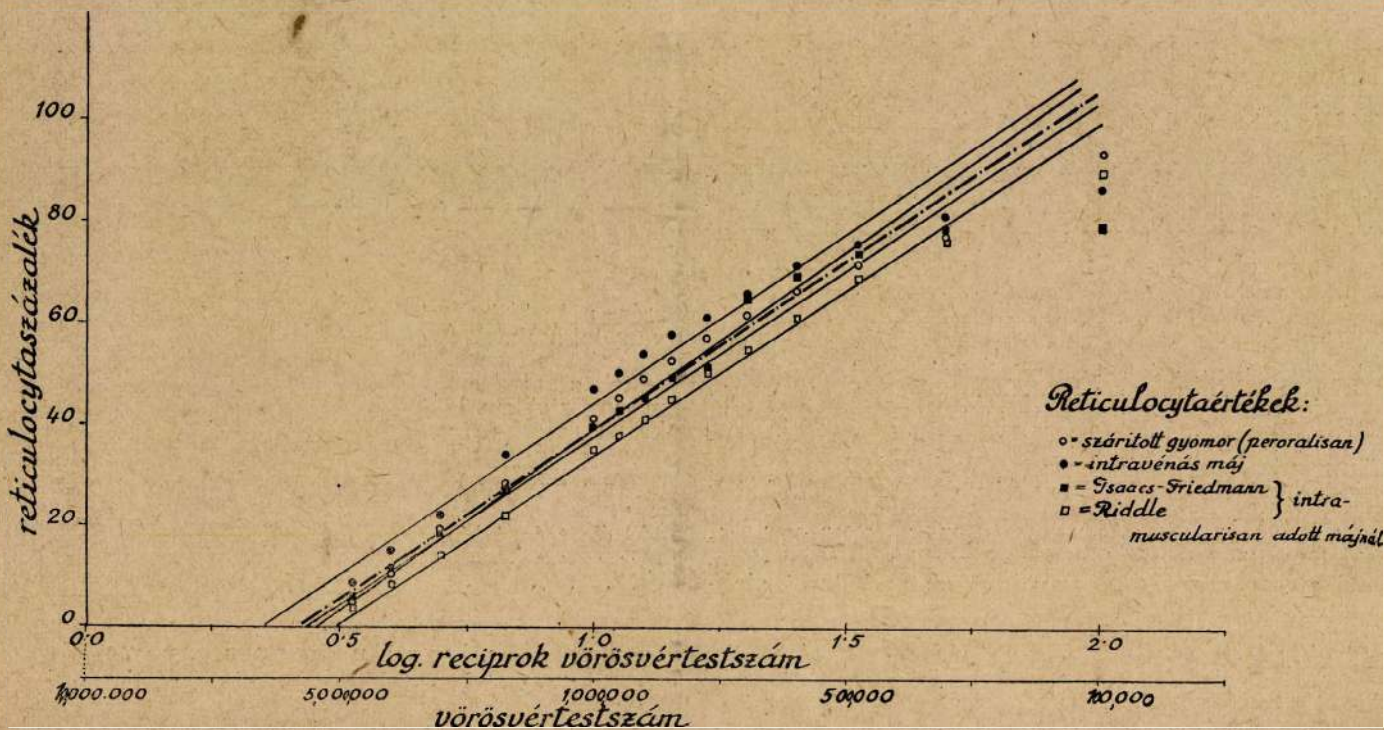
Ezen egyenletek a következők: intramuscularisan bevitt optimalis májadag hatására Riddle, valamint Isaacs és Friedemann dolgoztak ki egyenleteket, amelyek úgy Boros, mint Schulten kitűnő haematológiai tankönyvei szerint a gyakorlatban nagyon jól beváltak.

Riddle egyenlete: $R = \frac{0.73 - 0.2 E_0}{0.73 + 0.8 E_0}$; Isaacs és Friedemann egyenlete: $R = \frac{82 - 22 E_0}{1 + 0.5 E_0}$; Intravénásan bevitt májkészítmény esetére érvényes Riddle-nek az alábbi egyenlete: $R = \frac{93.7 - 24 E_0}{1 + 0.47 E_0}$, míg végül a peroralisan bevitt gyomornyálkahártyakészítményekre érvényes Riddle és Sturgis egyenlete: $R = \frac{91.6 + 25.9 E_0}{1 + 0.57 E_0}$

ahol »R« a reticulocyta százalékos arányszámát jelenti az összes vörösvértetekre vonatkozólag, az »E₀« pedig a kiindulási vörösvértetestszámot millióban kifejezve. Az egyenletek gyakorlati használhatóságát és helyességét számos utánvizsgáló erősítette meg és így az ezen egyenletekből számított értékeket használtuk fel saját számításainkban.

A fenti négy egyenlet szerény véleményem szerint több tekintetben hiányos, így 1. csak 3,500,000 kiindulási vörösvértetestszámon aluli anaemia esetére érvényes, noha Schulten szerint a ma kezelésre kerülő perniciosus betegek túlnyomó része ezen a vörösvértetestszámon kerül annál is inkább kezelésre, mert a Boros által megadott cytomorfológiai elváltozások alapján ily viszonylag magas vörösvértetestszám mellett is a perniciosus jól diagnosztizálható; 2. hogy a nyert egyenletek parabolakarakterük folytán grafikusán csak nehezen interpolálhatók; 3. hogy azok a reticulocyta krízis biológiai hatásmechanizmusát illetően semminő felvilágosítást sem nyújtanak; 4. végül, hogy csak speciális készítményekre, illetve beviteli formákra szorítkoznak és más reticulocyta krízist kiváltó anyagok hatására, mint pl. a C-vitamin, gyomor- és duodenumnedv, nyál, stb. semminő formában sem vihetők át. Ezért igyekeztünk egy közös egyenlethez jutni a fenti, helyesnek elfogadott négy egyenlet alapján.

Reticulocytaszázalék = k. log. reciprok vörösvértetestszám



1. ábra.

Dr. Deér Endre serobakteriologiai laboratoriuma

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

Coliantin
Gonoantin
Pertusantin
Staphyloantin
Streptoantin
Staphylo-streptoantin
Typhoantin

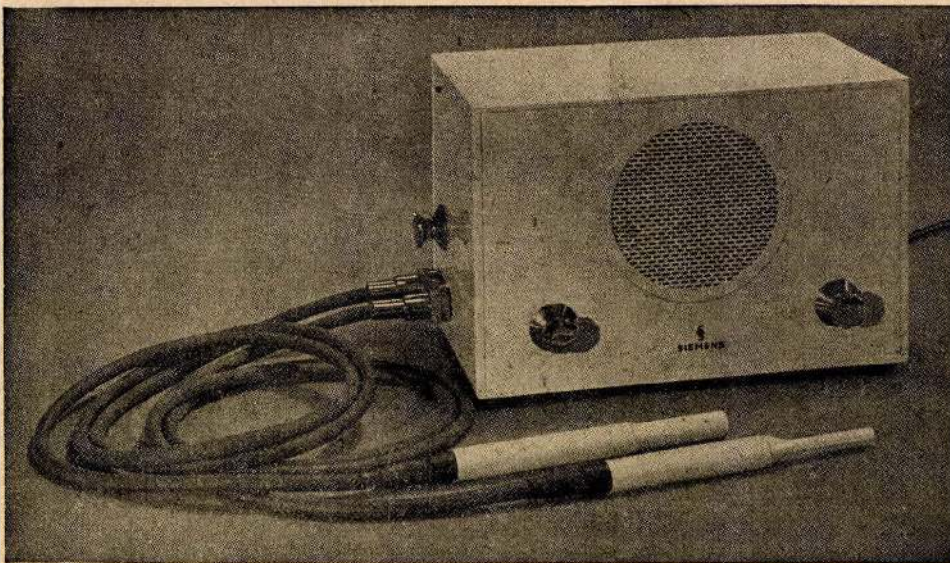
VACCINÁK

SEC. DR. DEÉR

VÉR SZEGÉNY SÉG ELLEN

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

ELEKTROAKUSZTIKUS SIEMENS-FÉMKERESŐ



gyorsan és biztosan megtalálja a legkisebb idegentestet, még könnyűfémről is!

Nem veszélyezteti az orvos egészségét;
 a megszokott műtőasztalon dolgozhatunk vele;
 nem kell hozzá külön szakorvos!
 Kis helyet foglal el, könnyen hordozható és jól sterilizálható. — Beszerzési ára olcsó.

Ismertetőt készséggel küld:

MAGYAR SIEMENS REINIGER MŰVEK R.-T.

RÖNTGEN- ÉS ORVOSTECHNIKAI GÉPGYÁR, BUDAPEST, VI., NAGYMEZŐ-U. 4. TEL. 224-860



A chinin minden indikációjánál ma

PROCHININ

(Védett név)

használandó

Adagolása azonos a chininével, csak maláriánál 50%-kal magasabb

Összetétel:

5,0% Chinidin
47,5% Cinchonin
47,5% Cinchonidin

Kereskedelemben levő formák: substantia, tabletták 0,25 és 0,5 g, csomagolások 25, 50 és 1000 tablettával

A M. kir. Országos Közegészségügyi Intézet C.1824/1943. számú határozata alapján a Ph. H. IV.-ben hivatalosan felvéve.

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof
Chininfabrik Braunschweig Buchler & Co., Braunschweig
Vereinigte Chininfabriken Zimmer & Co. G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Az egyenletek parabolatermészete valószínűvé tette, hogy a változók egyikének (vörösvértetszáma) a logaritmusával lesz a másik változó — a reticulocytakrisis — arányos. Másrészt tényként fogadható el az a tétel, hogy a kiindulási vörösvértetszámmal fordítva arányos a reticulocytakrisis nagysága (*Osgood és Ashburn*). Az érdeknélküli számítási részleteket elhagyjuk. Felvettünk egy derékszögű koordinatarendszert, ordinátáján a reticulocytaszázalékot, abscissáján pedig a reciprok vörösvértetszámnak a logaritmusát tüntettük fel (lásd az ábrát). Amint az ábra mutatja, a mérési hibahatáron belül esően mind a négy egyenletről számított értékek az ily módon megválasztott koordinatarendszerben egymással szigorúan párhuzamos egyeneseket adtak, amelyekre az alábbi közös egyenlet volt felállítható: $R = k \cdot \log. 1/E_0 - a$, ahol » $1/E_0$ « a reciprok vörösvértetszámot, » k « egy állandó nagyságot — az egyenes iránytangensét — jelenti. Az » a « konstans értékéhez úgy jutni, hogy az egyenesek nem a koordinatarendszer kezdő pontjából indulnak ki és ezen eltérést fejezi ki az » a «, amely minden egyenesre eltérő értéket szolgáltatott.

Az egyeneseket megtekintve látható, hogy a számított értékek a meghúzott egyenesektől 300.000-nél kisebb vörösvértetszámtól lefelé mutatnak fokozódó mértékű eltérést, amely asymptotikussá válása a megvont egyenesnek — miután e vörösvértetszám az élettel összeegyeztethetetlen — gyakorlati jelentőség nélküli. Ezzel szemben fontos annak megállapítása, hogy az egyenes az egészségesek 5.000.000 körüli vörösvértetszámára extrapolálva a tényleges értéknek megfelelő 2–15‰ reticulocytaszámot adta. A középértékként megvont egyenes 5.700.000 körül metszi az abscissát, ahol tehát a reticulocyták arányszáma nulla, azaz ezek hiányoznak a keringő vérből. *Boros* kitűnő haematológiájában megemlékezik azon felfogásról, hogy egyes szerzők véleménye szerint a physiologiás vörösvértetszám 5.700.000 körül van, ami az egyenes ily természetű viselkedésével teljes összhangban áll.

A koordinatarendszer kiindulópontjának más-kénti megválasztásával az egyenlet az alábbi egyszerűbb formában írható fel: $R = k/\log. 1/E_0$, ahol az egyenletnek numerus logaritmijét számolva, az alábbi exponentialis formához juthatunk: $1/E_0 = 10^{R/k}$. *A perniciososa betegek optimalis máj- vagy gyomorthérápiája esetén a bevitel formájától függetlenül azonos törvényszerűséghez jutunk a reticulocytakrisist illetően.*

Ezen exponentialis egyenlet *Weber és Fechner*-nek az ingerhatásra vonatkozó törvényszerűségével feltűnő hasonlatosságot mutat. Eltérés annyiban áll fenn csupán, hogy ingerként nem a vörösvértetszám

megnövekedése, hanem a vörösvértetszám reciprok értékének a megnagyobbodása, azaz a vörösvértetszám csökkenése, tehát a szervezet egy hiányérzetének van ingerhatása. Nincsen inger, ha a vörösvértetszám 5.700.000 körül van, ekkor 0% vörösvértetszámhiánya van a szervezetnek. Ekkor nincsen reticulocyták a keringő vérben. Egészséges egyének 5.000.000 vörösvértetszáma esetén az $1/E_0$ érték nagyobb voltának megfelelően nő a reticulocytaszázalék is. Az a felfogás, amely a reticulocytáknak a keringő vérben való megjelenését, illetve azok számának a megnövekedését az $1/E_0 = 10^{R/k}$ egyenletnek megfelelően a reciprok vörösvértetszám ingerhatásaként fogja fel természetesen sem ezen feltételezett inger hatásmechanizmusára, sem pedig arra a kérdésre, hogy a reticulocyták előalakja-e vagy sem az erythrocytáknak, nem hivatott felvilágosítást nyújtani, azonban nyilvánvalónak látszik, hogy minden olyan törekvés, amely a vörösvértetszámnak a reticulocytaszámra gyakorolt hatásmódjával foglalkozik, ezen egyenlet értelmezését is magában kell foglalja.

Az $1/E_0 = 10^{R/k}$ egyenletben a » k « tényező a máj-, illetve a gyomornyálkahártyakészítménnyel optimalisan gyógykezelt perniciososa betegek, illetve egészséges egyének esetén konstans nagyságú, olyannyira, hogy egészségesek esetén a reticulocytaszám akkora, amekkora akkor lenne, hogyha azonos vörösvértetszám melletti perniciososa beteg optimalis antianaemiás gyógykezelésben részesülne. Nem, vagy legalább is nem kellően gyógykezelt perniciosos betegek esetén a » k « tényező változást szenved el, amelynek nagysága egyrészt a betegség súlyosságától, másrészt a bevitt májkészítmény adagjától függ.

Összefoglalás. A vészes vérszegénységben szenvedő betegekben optimalis máj- illetve gyomornyálkahártyakezelés hatására fellépő reticulocytakrisis nagyságának a meghatározására a klinikai tapasztalat által helyesnek és gyakorlatilag is használhatónak bizonyult egyenleteket az alábbi közös egyenletre sikerült visszavezetni: $R = k \cdot \log. 1/E_0 - a$, ahol » k « az egyenes irány tangense, amely minden esetben változatlan értékű, míg » a « konstans értéke az egyenesek helyzetét mutatja meg a koordinatarendszerben és nagysága az egyes beviteli formák szerint változik.

Az egyenlet exponentialis formában felírva: $1/E_0 = 10^{R/k}$, a *Weber—Fechner*-féle ingerhatás törvénnyel való hasonlósága révén úgy fogható fel, mint a reciprok vörösvértetszámnak a reticulocyták arányszámára gyakorolt ingerhatása. Ugyanazon törvényszerűség áll fenn a reticulocytakrisis nagyságát illetően a máj- és a gyomornyálkahártyakészítményeknek bármely formában való bevitelkor. Az egészséges szervezet, mint optimalisan kezelt perniciososa beteg viselkedik a reticulocytaszámot illetően.

ULTRASEPTYL-UREA SEBHINTŐPOR

Fertőzött és fertőzésre gyanús sérülések, műtéti utófertőzés,
gyenes folyamatok kezelésére

12 és 75 g-os üvegek

CHINOIN

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET.

Rovatvezető: *Benes Lajos és Rhorer László.*

Fejlövés kapcsán kifejlődött diabetes insipidus. *Dr. W. Lambrecht.* (Bruns Beitr. 174. 2.) 19 éves katona betegének sérülését ismerteti, aki koponyáján oldal-lövést kapott. A lövedék a koponyán, a fül előtt hatolt át és az állkapocsnak mindkét processus coronoideusát megsértette, anélkül, hogy kimutatható koponyatörést okozott volna. Nagyon hamar, a sérülése után, diabetes insipidus tünetei fejlődtek ki. Naponta ötször adott hypophysis kivonattal rövidesen sikerült a folyadék-bevitelt a napi 25 literről 4 literre leszállítani. Mivel koponyasérülést nem sikerült kimutatni, a tünetek kifejlődését a hypophysis és köztiagy távolhatás révén létrejött sérülésével magyarázza. (B. 23.)

vitész László Dezső dr.

Szöveti diagnózisai értékelései nagy anyag be- küldött gyomor- és duodenumnak, különös tekintettel az ulcusrákra. *Dr. W. Herzog.* (Bruns. Beitr. 174. 2.) 14 év alatt 1451 gyomor és 47 duodenum praeparatumot vizsgáltak át szövettanilag. Ezen vizsgálatok alkalmával a gyomor fekélyét és rákját sokkal gyakrabban észlelték, mint a duodenum megfelelő elváltozásait. Ezek a leletek a sectio eredményekkel ellentétben állanak. A gyomorfekély háromszor, a gyomorrák kétszer gyakrabban fordult elő férfiaknál, mint nőknél. A legtöbb gyomorfekélyes 40 és 60 életév között került műtetre, míg a rák az 50 és 70 életév között. A friss fekély esetek ritkák voltak. A beküldött gyomorfekélyek szövettani diagnózis csaknem kizárólag ulcus chronicus callosus pepticus volt. Az elhelyezkedése leggyakrabban a gyomor praepylorikus részén volt fel- található, ritkábban a kisgörbületen. Részletesen ismer- teti a szövettani kép jellegzetességeit, melyekből a fekély oki teoriái és gyógyulással szembeni resisten- tiája levezethető. 3.2%-ban fordult elő több fekély egy- szerre a gyomorban. Gyomorfekélyvel együttjáró jel- legzetes gastritises elváltozást nem talált. A gyomorrák leggyakrabban találakú, felhányt sáncoszerű szélével jelentkezik. A gyomorkapuban vagy a pars pyloricá- ban a leggyakoribb. Szöveti anyag fele mirigyes fel- építésű, a másik fele szolid és kevert típusú volt. Kül- ten feltevése, aki a gyomorfekélyt és gyomorrákot egy- mástól teljesen független megbetegedésnek tartja, melyek csak ritka esetekben kombinálódnak, nem való- színű. A chronikus gyomorfekély rákos elfajulása leg- szigorúbb szövettani megfigyelések mellett, 11%-ban volt megállapítható. Duodenumfekélynél rákos elfaju- lást nem találtak. Peptikus fekélyképződés úgy ráknál, mint a nagyon ritka gyomorsarkománál gyakori. (B. 25.)

vitész László Dezső dr.

Gázüszök az arcon. *Dr. W. Lambrecht.* (Bruns. Beitr. 174. 2.) Az arc gránátszilánk okozta sérüléséből, a nyakra és a vállra is kiterjedő, nagyon súlyos gázüszökfertő- zésnek tovaterjedését sikerült ismételtén, nagyon ki- adós feltárással és sebkimetszéssel megakadályozni. Tapasztalata szerint a korán adott gázoedema serum nem tud a gázüszök fejlődésének gátat vetni. Az opera- tio kiegészítésére jónak találta a gyakori hyrogen- hyperoxydos kötősváltást. Megemlíti még, hogy ameny- nyiben keresztülvihető, a marphanilos száraz kezelést is jónak tartja. (B. 24.)

vitész László Dezső dr.

SZÜLESZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ottó József és Pallós Károly.*

Jóindulatú petefészekdaganatok klinikai kórisme- zésének nehézségei. *Schrank,* (Zbl. für Gyn. 10/1943.) Két prágai klinikán az utolsó években három olyan beteg került műtetre, akiknél a klinikai kórisme, sőt a műtéti lelet is rosszindulatú petefészekdaganatot vélt felfedezni és csak a műtét után végzett szövettani vizs- gálat döntötte el a daganatok jóindulatú voltát. Két esetben petefészek-fibroma, a harmadik esetben részben tömlősen elfajult adenofibroma volt a szövettani vizs- gálat kórisméje. A tévedést részint a beteg kora (57, 59, illetve 65 év) okozta, részben a petefészekrák tüneteihez megtevesztésig hasonló elváltozások (megkötöttség, göröngyös felszín, leromlottság, egy esetben ascites). Szerző a három esettel kapcsolatban taglálja a pete-

fészek-fibromák irodalmát, az esetleges elkülönítő kór- isme lehetőségeit. A tárgyalás természetesen elméleti jellegű, miután mind jó, mind rosszindulatú daganat esetében fennáll a hasmútét javallata és a betegre ez elméleti tévedésből kár nem hárul. Szerző betegei is zavartalan gyógyulás után hagyták el a klinikát. (O. 4.)

Zoltán dr.

A hormontartalmú kenőcsök hatása a bőrre és a nyálkahártyára és ezek alkalmazása a therápiában. *Dr. Ems Kleest.* (Zbl. Gynaek. 1943. 25.) Szerző a hormontartalmú kenőcsök hatását nagy anyagon vizs- gálva, kétségtelenül megállapítja ezek hatásosságát. Meggyőződött ezek percutan alkalmazhatóságáról, eredményei más irodalmi adatokhoz hasonlóan és azok- kal megegyezően jók. Kiemeli ezen kenőcsök különösen jó hatását a eptefészek-működés-változás következtében fellépő dermatosisok esetében, ezen kenőcsök különös hatásosságát abban látja, hogy ilyen formában a hor- mon egyenesen a megbetegedett helyen alkalmazható. Így igen jelentékeny mennyiségben és gyorsan hat. A folliculus hormont tartalmazó kenőcsök alkalmazá- sának indicatiói portioerosio, decubitus, pruritus vulvae, kraurosis vulvae, ekzema és ulcus cruris. (P. 2.)

Kadvány Sándor dr.

Az arc bőr ekzemája és a folliculus hormon. *Karl M. Herrligkoffer.* (Zbl. Gynaek. 1943. 25.) A szerző három különböző korú betegének (pubertas, praekli- makterium, menopausa) arc bőrkeményését folliculushor- mon tartalmú készítményekkel eredményesen gyógyí- totta, s így tapasztalati úton meggyőződött arról, hogy a bőr ily megbetegedését az ovarium csökkent mükö- dése, vagy működés-változása okozta. A gyógyítás fő elvei: 1. magas koncentrációjú hormonkészítmény, 2. megfelelő nagy adag, 3. megfelelő hosszú ideig, sőt a gyógyulás idején is túltartó hormonbevitel. (P. 1.)

Kadvány Sándor dr.

Adat az újszülöttek spontán májrepedéséhez. *Eber- hart Murtau.* (Zbl. Gynaek. 1943. 25.) Szerző 8 esete kapcsán ismerteti az újszülöttek szülés alatt fellépő májrepedésének okait és körülményeit. Úgy az iro- dalmi, mint saját eseteinek vizsgálata kapcsán hang- súlyozza a májrepedés létrejöttének sokkalt a gyakoribb voltát a medencevégű és műtétes szülések esetében. Előfordul azonban spontán szülés kapcsán is, mint ahogy ezt az általa közölt 8 eset közül 1 esetben látjuk. Ennek okául a májparenchyma fejletlenségét tartja, ami már a rendes szülés kapcsán fellépő nyomásemel- kedésre és vérbőség hatására is megrepedhet. (P. 3.)

Kadvány Sándor dr.

ORR-, TOROK-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

A Wittmaack f. otosklerosisműtét 10 évi eredmé- nyeiről. *Schmidt.* (Msch. f. Ohrenheilk. etc. 1943. 5. fü- zet.) A hamburgi orr-, gége-, fülklinikán 10 év alatt 200 esetben végezték a Wittmaack f. műtétet. A mű- téti elv rövid ismertetése után szerző a következőkre hívja fel a figyelmet: a hallásromlás klinikai lefolyása egy fülön átlyagban 8 évre tehető; a Wittmaack f. oto- sklerosisműtéttel a hallásromlást 85%-ban sikerült megállapítani; a műtéti kockázat majdnem semmi; az esetek 44%-ában pulzáló fülzúgást észleltek, melynek 71%-a szűnt meg a műtét után; a mintegy 35%-ban jel- lentkező magas entotikus fülsengés műtéttel sem volt befolyásolható. Szerző a legmelegebben ajánlja az oto- sklerosis e műtéti megoldását, annál is inkább, mert egyéb műtéti megoldással sem sikerült még ezideig tartós eredményt elérni. (A. 19.)

Ajkay Zoltán dr.

Infiltrációs anaesthesiában végzett tonsillectomia és pajzsmirigy. *Link.* (Der Hals-, Nasen- u. Ohrenarzt. I. 33. H. 3.) Szerző szerint infiltrációs anaesthesiában végzett tonsillectomizált betegeknek 90.1%-ban meg- duzzad a pajzsmirigyük. A befecskendezett érzéstelení- tő folyadék nyomása sympathikus bénulást idéz elő, ami által a pajzsmirigyben pangás keletkezik. Hege- sen lenőtt mandulák esetében e tünet még kifejezet- tebb. (A. 16.)

Szecsény György dr.

STRYCHNOPHOSPHARSEN, AZ IDEGCASUSOK ROBORANSA

„CERTA” GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R.T. BUDAPEST

KÖNYVISMERTETÉS

Klinikai szemészeti előadások. *Albrich Konrad*. (Pécs. 1943. 274. l.)

A pécsi szemklinika vezetőjének legújabb könyve értékes ajándék hallgatóinak is, minden szemész kartársának is. Művével arra vállalkozik, hogy vonzó és gazdag tartalmú képekben keltsen érdeklődést a szemészet iránt. Arra törekszik, hogy legalább gondolkodó hallgatói meglássák a szemészet helyét a kórtanban és a gyógyító orvostudományban, sőt, hogy meg is kedveljék ezt a közülük oly soknak nehéz és idegen tárgyat. Bizonyos fokú szemészi tudásra a gyakorló orvosoknak is nagy szükségük van. A klinikai előadásoknak ennél jóval többet kell nyújtaniok. Az egyetemi oktatás feladata kettős, egyik a tudomány korszerű képviselete, másik a gyakorlati kiképzés. Albrich könyve mindkettőre példát ad. Kész szemorvosok is élvezettel és sok tanulsággal olvashatják azt a tíz remek értekezést, amelyek a látásról, a kanacsalságról, a trachomáról, a keringési zavarokról, a közellátásról, mint szemhajtról, a látóhártyaleválásról, a pupilláról, a fontosabb idegbajok szemtüneteiről szólnak. Ugyanígy Boros magántanár értekezését az allergiás szembajokról. Mikor a szerző 1930-ban Imre professzort pécsi katedráján követte, már ismert neve volt, mert tudását és nagy szorgalmát bebizonyította az Orvosi Könyvkiadó Vállalat sorozatában megjelent könyvében, a szem-betegségek és szemtünetek összefüggéséről a szervezet egyéb betegségeivel. Most megjelent előadásai jóval bővebb terjedelemben tárgyalják a szemészet egyes kérdéseit, mint a tankönyvek, hogy az olvasó lehetőleg mindent megtaláljon, amit az irodalmi adatokból, mint értékest, le lehet szűrni. Az általános, átfogó szempontok, a biológiával, a kórtannal és más szakokkal való kapcsolat bemutatása volt a célja, hogy így biztosítsa hallgatóinak érdeklődését. Klinikai előadásainak ezt az első, nagyon értékes kötetét Imre professzornak ajánlotta tanári működésének 25. évfordulója alkalmából. *Csapody István prof.*

Allgemeine Elektrokardiographie. Írta: *Koch Ebenhard-Giessen*. A függelékét írta: *Koch-Momm Elisabeth, Bad Nauheim*. (7. átdolgozott kiadás. 1943. Steinkopff, Dresden és Leipzig. 56 oldal, 47 ábrával. Ára: RM 2.25.)

A nagy német physiologus könyvének 7. kiadása fekszik előttünk. Bővebb, mint az előzőek, egyes fejezeteket szerző teljesen újra írt meg ebben a kiadásban. Az egész könyv, épp úgy, mint az előbbi kiadások is, teljesen a differentia-elméletre vannak felépítve. Speculatív munka. Ki tudja, vajjon a kutatás igazolni fogja-e a ma még csak munkaelmélet szerepét játszó felfedezéseket? Az egyes Ekg.-rendellenességeket megmagyarázni akaró ábrák mindenesetre igen érdekese-

és az elektrokardiographia elméletével foglalkozó kutató örömmel fogja az igen szép kiállítású, teljes egészében műnyomópapíron nyomott kis könyvecskét forgatni.

Zárday Imre dr.

Kinderzeichnungen in vergleichendpsychologischer Beleuchtung. Untersuchungen an serbischen Kindern, von *Dr. Baumgarten und M. T. Amer*. (Mit 57 Abbildungen. 1943. Bruno Schwabe u. Co. Verlag. Basel. 48 lap. Ára 3.50 sv. franc.)

Németellenes politikai szándékkal írott füzetke, melyben különösen kiemelik a szerzők, hogy az idegen környezetbe (Svájc) menekült szerb gyermekek rajzaiból kitetszik olyan népnek a képe, amely nyugodtan szeretne otthonában élni, házához ragaszkodik, szeretettel ápolva ezeket a vonzalmakat. Niúcs bennük semmi gyűlölet, mint ahogyan ezt p. Dix német gyermekek rajzaiból megállapította. Az ellenség gyűlölete ezeknek a gyermekeknek eszméletében nem szerepel, de megengedik a szerzők, hogy ez az érzés talán az ellenség láttára mégis kifejlődhetik. Különbö a gyermekek vizsgálata nem derített ki újat. Feltűnik, hogy szerzők nem vették tekintetbe, hogy az idegen környezetben élő, s magukat a környezettel megértetni nem tudó gyermekek lelkiállaga minden tekintetben más-kép felelkezik, mint a megszokott környezetben.

Reuter prof.

Új és nélkülözhetetlen orvosi szakkönyvek!

Orvosi pszichológia

Dr. Ernst Kretschmer egyetemi tanár műve 23 ábrával

fűzve P 28.—

kötve P 33.—

GYAKORLATI ELEKTROKARDIOGRAPHIA.

Két kötetben. I. kötet: Az elektrokardiographia TANKÖNYVE. II. kötet: Elektrokardiographiai ATLASZ. *Dr. Radnai Pál* v. egyet. belklinikai tanársegéd műve. Műnyomópapíron, 434 oldal, 240 ábrával (700-nál több elektrokardiogramm elvezetés felvétele), két kötetben kötve P 44.—

A BASEDOW-KÓR BELGYÓGYÁSZATI KEZELÉSE.

Dr. Matits Lajos, a Kékesszálló Magaslati Gyógyintézet vezető orvosának műve P 12.—

ALLERGIÁS SZEMBETEGSÉGEK.

Dr. Németh Lajos egyetemi tanársegéd műve P 10.—

VITAMINOK ÉS HORMONOK.

Dr. Góth Endre műve. 368 oldal, 177 ábrával és 15 táblázattal. Kötve P 24.—

GYAKORLATI EGÉSZSÉGÜGYI KÖZIGAZGATÁS.

Közegészségügyi jogszabályok. Bővített második kiadás. *Dr. vitész Kerényi Aladár* műve. 1554 oldal. Kötve P 44.—

KÖZSÉGI EGÉSZSÉGÜGYI KÖZIGAZGATÁS

GYAKORLATI UTMUTATÓJA. *Dr. Kerbo't László és dr. Szporny Gyula* műve. 312 oldal. Kötve P 30.—

SZEMÉSZETI RÖNTGENDIAGNOSZTIKA.

Dr. Luzsa Endre e. m. tanár műve. 75 ábrával P 12.—

A MAGÁNORVOSI ÉS HATÓSÁGI ORVOSI BIZONYÍTVÁNYOK KIÁLLÍTÁSÁRÓL.

Dr. Bayer Emil P 5.—

AZ UROLÓGIAI MEGBETEGEDÉSEKBE SZERZETT ÚJABB TAPASZTALATAINK.

Dr. Minder Gyula egyet. tanár. 97 ábrával. Kötve P 10.—

NOVÁK RUDOLF ÉS TÁRSA

Orvosi Szakkönyvkereskedés és Tudományos

Könyvkiadóvállalat

BUDAPEST, VIII., BAROSS-UTCA 21.

Laxoptin

Ideális, enyhe hatású hashajtó. Éveken át jó eredménnyel szedhető

Lalkus propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra

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

SEDIVAL TABL.

Natr. phenylaeethylbarb. natr. glycerophosphor, bromisovalerylurea és polybromat. Sedatív hatása mellett enyhe altató hatást is fejt ki

3-szor naponta 1-1 tabletta vagy este 2-3 tabletta altatónak

SZENT PÉTER GYÓGYSZERVEGYÉSZETI LABORATORIUM

Budapest, V., Pozsonyi-út 1. — Telefon: 121-547

Orvoselődeink az ország falain.

Történelmi falak mohos köveit járták most száz éve nagynevű őseink. Azt hiszem, kevesen tudnak erről. Ne vakolják és ne meszeljék be a történelem kőbe vésett sorait s ne rontsanak le ékes faragványokat — hangzott a vészkiáltás orvosgyűléseken magyar orvosok ajkáról a nemzeti éledés hajnalán és azontúl is a hetvenes évekig. A magyar régészet hőskorának, műemlékeink megmentésének első szószólói orvosok voltak. Hálára kötelezték ezzel minden magyart és adósukká tették hazánk történelmét.

Most száz éve tartották a magyar orvosok és természetvizsgálók harmadik vándorgyűlésüket Besztercebányán és Szliácson. 1843 augusztus 4-én régészeti szakosztály alakítását sürgetik a vándorgyűlés keretében. Az 1844-i kolozsvári gyűlésen, mely az elnöklő Teleki József gróf (Erdély kormányzója, a Tudományos Akadémia elnöke) szerint a két haza magyarjainak első összefüvetele volt a mohácsi vész óta, a szakosztály megalakul. Külön régészeti társulás eszméjével is foglalkoznak, mert az évenként 3—4 napig tartó vándorgyűlés kevés teret nyújt archaeologiai munkásság kifejtésére.

A kolozsvári gyűlésen tudósaink nestora, a pesti egyetem volt rectora, Wenzel Ottó »Néhány észrevétel, mennyire fekszik az archaeologia a magyar orvosok gyülekezetének feladatában« címmel vázolja, hogy nagynevű kartársak, úgymint Schönwisner, Szalágyi, Kalancsics, Haliczky nagyszerű érdemei mellett is nálunk még bölesőjében fekszik a régészet tudománya. Ez nem mostohája, hanem édes testvére a természettudományoknak. Csalhatatlan jelek szerint sok archaeologiai kincs rejlik még a két haza földjében. Kéri a magyar orvosokat, hogy ápolják tovább is a régészetet, míg ez szert nem tehet »neki egyedül sajátosságos tudományos egyesületre«.

1846-ban Kassán és Eperjesen egy bártfai kirándulással kapcsolatban felhívást intéznek az országgyűléshez s a Tudományos Akadémiához műemlékeink megmentésére. A kassai dóm renoválásának feltétlen szükségét hangoztatják. Ásatásokról számolnak be (például a budai Szép Juhászé mellett kiásott pálos templom romjairól) és az ország legszebb templomi értékeit ismertetik. Páratlanul értékes művelődéstörténeti okmány a magyar orvosok vészkiáltásának ez a jegyzőkönyve. Szószertint ismertetést érdemelne.

1847-ben, Sopronban lelkesen veszik tudomásul, hogy akadémiánk az orvosoktól nyert hívó szóra felfigyelt és felszólítással fordult a hatóságokhoz műemlékeink megmentésére. A soproni gyűlés eredményeiről a szabadságharcot követő kényszerű szünet miatt csak 1863-ban, Pesten tudnak beszámolni. Örömmel fogadják a bejelentést, hogy soproni indítványukat az akadémia felkarolta s archaeologiai bizottságot alakított. A pesti gyűlés kérelmet intéz a haza minden lakosához, hogy régészeti értékeiket a Nemzeti Múzeum számára adományozzák. Szükségesnek tartják, hogy a kiásandó és a meglévő történelmi értékű építészeti maradványok korszerű helyreállítására hatóság szabályok foganatosíttassanak. A hatóságokat gyámolító pártolásra szólítják fel.

Arányi Lajos, a pesti egyetemen a kórbonctan első tanára, orvosi nyelvünk egyik Kazinczyja, ki minden szépért és haladásért lelkesedik s a kornak talán legnagyobb polyhistora, műemlékeinknek emléktáblával való megjelölését javasolja a pesti orvosgyűlésen. A sort Buda várával kezdetné s a megjelöl-

endő helyeket rajzokkal jelöli meg. (Több már elfeledett történelmi házat és egyéb emléket nevez meg.) A szükséges összeget a következőképp óhajtja megszerezni: »én az embernek nem éppen a bor (Köln város példájától eltérőleg, hol a csapszéki perselybe egy új krajcárt hajítanak be minden pintnyi bor után), hanem bármi kellemes befolyás által előidézett kedves hangulatát kívánám a régészet, vagyis tüzetesebben a történelem érdekében kizsákmányoltatni«. A 24 kedvderítő események némelyike: ki perét megnyerte, valamint az illető ügyvédje is; kinek első fia születik; kik nyájas déli vagy esti lakomának, keresztelőnek, halotti tornak meghívott kedves vendégei, stb.) Buda városa tanácsának az orvosok ez alkalommal mintaemléktáblát ajánlanak fel.

A rajnai várakra visszaemlékezéssel így sóhajt fel Arányi: »Visegrád jutott mindig eszembe ily hamvaiból feltámadozó vár-főnix láttára és mélyen sóhajtottam, mert érzem, mily messze áll nemzetem a régészet iránti kegyeletben a szomszéd nemzetek mögött... Az volna alázatos s egyszersmind buzgó óhajomásom, hogy a fehérvári bazilikának, mint vallásos, politikai, tudományos és művészeti életünk szent ereklyéjének s az egész művelt világ által elismert unikumnak kiásatásával kezdenők meg a háladatos munkát«.

A székesfehérvári ásatások kezdeményezője és vezetője már 1848-tól Henszlmann Imre orvos, a pesti egyetem tanára (végzett Páduában; III. Napoleon építészeti szakértője; munkái egyrészét az ő költségén jelentette meg) Pesten, 1863-ban orvosok előtt az ásatás eredményeiről beszámolva hangoztatja, hogy a feltárt emlékek történelmünk főkútforrásának bizonyultak s az archaeologia, mint tudományra is kihatással vannak. Felszólítja az orvosokat, forduljanak a helytartótanácsához, a hercegprímáshoz s a magyar püspöki karhoz, hogy a megkezdett munka akadályai elháríttassanak annál is inkább, mert »Székesfehérvár nemes tanácsa a kutatások színhelyének betöltéséhez már hozzá is fogott s így az emlék örök feledés sírjába szállhat«.

1865-ben, Pozsonyban több orvos régészeti előadása közül kimagasló Arányi Lajos értekezése a vajdahunyadi várról, melyet rajzaival ismertet. A gyűlés a munkából száz példányt rendel. A felkeltett érdeklődés nyomán országos mozgalmat indítanak a vár megmentésére és tatarozására. A gyűlés tagjából bizottságot állítanak össze, hogy őfelségét személyesen megkérjék a támogatásra. Ezen a gyűlésen számol be Henszlmann »Újabb régészeti felfedezések s ezek viszonya a történelemhez« címmel, mely munka évtizedekre alapvetőnek bizonyul.

Az 1867-i rimaszombati gyűlésen a szakosztály archaeologiai társulatot is alakít 3 alapító- és 14 rendes taggal. Ez a társulat a következő évben Egerben *Ipolyi Arnold* lakásán ülésezik s terjedelmes felirattal fordul a kultuszminiszterhez. Régészeti értékeink hathatósabb védelmét, történelmi épületeink stílusának megóvását s az újonnan építendő középületek stílusának ellenőrzését kívánják a minisztertől. Arra is kiterjed a figyelmük, hogy a műegyetemen és a papneveldékben a stíluszerű építkezések bővebb oktatását javasolják.

1873-ban Henszlmann a *kalocsai ásatásokról* számol be. 1876-ban az ország ókeresztény, renaissance és átmeneti stílus emlékeit ismerteti az orvosokkal. Ugyanakkor Arányi a visegrádi ásatásokról emlékezik meg s kiásott emléktárgyakat mutat be. Az 1872-i herkulesfürdői, majd a 75-i előpatoki gyűléseken

GYORS, TARTÓS ERŐSÖDÉS, RATIONÁLIS SZÖVETTÁPLÁLÁS TERMÉSZETES ÚTON

Gyomor és bélbetegségek, tuberkulózis, vérszegénység, idegbetegségek és Hyperemesis eseteiben

Sanatogen

A TEST FEHÉRJE- ÉS AZ IDEGÁLLOMÁNY NÉLKÜLÖZHETETLEN
ALKATRÉSZEINEK ADAGOLÁSA

Irodalmat küld:
Bauer & Cie., Sanatogenwerke, Berlin Sw. 68

St. Blasien



Dijmentes képes leírattal

Szanatórium

300 m tengerszint felett, legkedvezőbb éghajlati adottságok,
kimondottan gyógyklíma

Németország legmagasabban fekvő magángyógyintézete

tüdőbetegek

számára, a Feketeerdő déli részének legkedvezőbb fekvésében

Időszereú dtaldnyarak:

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: Seerugg
(Németország).

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 osztálya
Budapest VII., Károly király-ut
13–15. VI.

hangzanak el még orvosajkáról érdemes régész-előadások.

Ezzel a magyar régészet hőskorának homokórája lepergett. Orvosgyűlések napirendjén mind ritkábbá válnak régészeti viták. Atadják a mű folytatását a régészet szaktudósainak, akik eddig orvosok sorában s nagyrészt orvosokból nevelődtek. Egykorú jegyzőkönyvek tanuskodnak, hogy éppen olyan lelkesedés hevítette elődeinket a régészeti vitákban, mint orvosi vagy természettudományi kérdések vitatásakor. Nem orvos régészeink is az orvosok összejövetelein számoltak be tudományuk haladásáról és a megmenetett nemzeti értékekről. Az ily alkalmakkor rendezett kiállítások közönséget neveltek és közfigyelmet hívtak fel. A közönség orvosok ajkáról hallja első ízben, hogy értéktelennek látszó tárgyak mily becseset birhatnak történelmi szempontból. Számos értéket mentenek meg a végpusztulástól s ezzel nemzeti történelemíróivá válnak. Gazdag magángyűjtésekre figyeltek fel az országot. A gyűlések nyomán megjelent értekezések a régészet tudományát is fejlesztették.

Nem véletlen, hogy orvosok foglalkoztak elsőnek hazánkban régészettel. A természettudományok ágát látták benne. Természettudományos ismeretek voltak szükségesek a földből ásott leletek értékeléséhez. Ily irányú neveltetésük, klasszikus nyelvismertük ösztönös menekvésük a munka sokoldalúságába, a lélek folytonos megújulásának szüksége az orvosi munkakörben s talán nem utolsó sorban boldog, békés évtizedeknek s az orvosi hivatásnak anyagi megalapozottsága, jóléte alakították ki ezt a teremtő igyekezetet, az orvosi léleknek ilyen irányú lobogását a múltban. Talán ők is a múltba menekültek a sok nyomorúság és emberi tehetetlenség láttára. Bizonyos, hogy mint zászlótartók elsőnek jutottak fel hazánk történelmi emlékeinek, az országhalálnak mohos köveire.

Henszelmann Aladár

Megjegyzés Tóth Zoltán egy. m. tanár »Röntgenbesugárzás okozta cataracta« c. közleményére.

(O. H. 26. sz.)

1. Kétségtelen, hogy 600—1000% HED (tehát kb. 3000—5000 r-nek megfelelő) massivan adagolt röntgensugármennyiség árt a lencsének, hályogot okozhat. Ezt a közleményben hivatkozott kísérletek igazolják. Ilyen nagy sugármennyiség minden szövetet elroncsol és csak a daganat-therápiában szerepel, akkor is elosztva, tehát kevésbé ártalmas formában alkalmazzuk. Azonban szemüregdaganat gyógyításakor a lencse sérülésének lehetőségét is nyugodt lelkiismerettel vállalhatjuk.

2. Nem tartom valószínűnek, hogy a szem közepében ülő daganatok (pl. az említett orrfibroma) besugárzásakor annyi másodlagos sugárzás érné a lencsét, hogy az hályogképződést okozhatna. Hiszen annyiszor sugározzuk nagy adagokkal a szemüreg környékét (hypophysis stb. therápiában), hogy ha ez így volna, a sugaras hályogképződéssel sokkal gyakrabban kellene találkozunk. Post hoc nem mindig propter hoc!

3. Sehogysem tudom azonban elképzelni, hogy szerző saját esetében a leírt sugármennyiség (120% HED, vagyis kb. 600 r), mely 7 részre fractionálva került adagolásra, lencsesérülést okozhatott volna.

Az, hogy a szemészetben szokásos 3 mm A1 szűrő helyett a bőrgyógyász 1 mm szűrőt alkalmazott, nem jelent hibát, hiszen kisebb szűrés mellett még kevesebb sugármennyiség jut a lencse mélységébe. Lehet, hogy a mérés volt helytelen. E feltevés mellett szól az, hogy a szemhéjon 7 évvel a besugárzás után bővérőség, értágulat (röntgenártalom) volt látható. Már pedig a leírt sugármennyiségek így elosztva, semminemű bőrsérülést nem okozhatnak.

Ratkóczy Nándor prof.

Phlogisan

ung.

125 gr ára P 3.70

GYULLADÁST SZÜNTETŐ MÉLYHATÁSÚ
ANTIPHLOGISZTIKUM

Gyártja és forgalmazza *Diachemia*

STRAUB SÁNDOR GYÓGYSZERVEGYÉSZETI ÉS VEGYÉSZETI LABORATORIUM
BUDAPEST, TERÉZ-KÖRÜT 27.

CAPHOSEIN

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

az erjedésszerű 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 tápszert- és gyógyszeripari kft. Budapest, V., Nádor-utca 15. szám.

LAPSZEMLE

Wiener Klinische Wochenschrift. 25—26 sz. Müller O.: A rendellenes vérnyomás. — Fischer O.: Trópusi betegségek a hazában. — Greiner E.: Az iskolai fogápolás jelentősége késői általános megbetegedések elhárítására. — Skuja N.: Gyomor-béltünetek febris wolhynicában.

Wiener Medizinische Wochenschrift. 26—27. sz. Henninger H.: Prof. Rubritius H. † Truttwin H.: Az amphobiosis energiaformája és az atypikus növekedés. — Aigner A.: Myoma és terhesség. — Maykov.: Tengeri hal mérgezés. — Rosival E.: A trencsén-telepici rheumagyógyintézet megnyitása. — Böszörményi Z. és Mészáros A.: Sulfanilamid származékok által okozott kísérleti idegártalmak.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift. 26. sz. Rodel A.: Adat a parotitis epidemiciában előforduló belső fülbántalomhoz. — Kappert A.: Adat a B hypovitaminosis klinikájához és terapiájához. — Darbellay P.: Adat a kén farmakológiájának ismeretéhez. — Seigner R.: Új tanítási módszer a genfi orvosi fakultáson. — Meier E.: Adat a hepatitis epidemica ismeretéhez. — 27. sz. Koepplin F.: A csapatorvos sportorvosi problémái és feladata sík és hegyes vidéken. — Fenner E.: Az akustikai trauma audiogramma. — Demole M.: Katonai táplálkozás 1942-ben. — Pucz.: Tapasztalatok pervitinnel és C-phos-sal. — Bucher R.: Az elvesztett vérmennyiség febeesülése jelentősége.

VEGYES HIREK

Halálozás. Vitéz bogárdi Mészöly Pál kórházi főorvos július 5-én, 48 éves korában, hirtelen elhunyt.

Személyi hír. A kultuszminiszter Zárdoy Imre dr. OTBA főorvosnak a szegedi Tudományegyetem orvostudományi karán egyetemi magántanárrá történt kinevezését tudomásul vette és őt e minőségében megerősítette.

Szabadságon vannak: Rejthő Sándor dr. július 15—augusztus 20-ig. Horányi Béla dr. július 1—31-ig.

Kérjük munkatársainkat, hogy a nekik kiküldött kefelevonatokat hamarosan, lehetőleg 3—4 nap múlva sokdjék vissza, mert a mai ólomszúke mellett a szedést sokáig hevertetni nem lehet és mert a lap szerkesztését is nagyon megnehezíti a késedelem. Ha a szerző szabadságon vagy külföldön volna, kérjük, hogy helyette egy kollegája végezze el a correcturát, mert a szedést hevertetni nem lehet.

A m. kir. Orsz. Közeg. Int. értesítése orvosok és gyógyszerészek részére a malária gyógyszerekről.

1. Gyógyszerek: A korlátolt chininkészletek miatt a gyógyszerárak ellátása chininnel megszűnt. A malária gyógykezelésére csak chinint és a chininkéreg egyéb alkaloidait tartalmazó tabletták *Comprimata antimalarica* néven áll rendelkezésre, ugyanerre a célra az *Atebrin*, *Cortipan 2* és *Chininum novum compositum* (*Prochinin*) elnevezésű gyári készítmények is alkalmazhatók. Bármelyik gyógykezelés kiegészítésére használható a *Plasmochin*.

2. Gyógyszertárak ellátása: Minden gyógyszerár a bejelentett maláriás betegek arányában a számára megállapított mennyiségben kaphatja meg a *Comprimata antimalarica*, *Atebrin*, *Cortipan 2*, *Chininum novum compositum* (*Prochinin*) és *Plasmochin* szükségletét. Az egész évi mennyiség igénybevehető és megrendelhető a nyári hónapok alatt.

Amennyiben a megállapított mennyiségek a maláriás betegek gyógyszerellátására nem elegendők, a gyógyszerár felelős vezetője újabb megállapítás iránt anyagigénylés zárolt készletből úrlapon forduljon az Anyaggazdálkodás Gyógyszeripari Bizottságához, Budapest, II., Fő-utca 68. Kérését az úrlap 2 oldalán záradékkeltassa a m. kir. tisztiorvossal.

3. Készítmények és adagolások: *Comprimata anti malarica* (tartalmaz 25% chininum hydrochloricumot és 75% chininum novum compositumot). Egy tabletták súlya 0,35 g. Ajánlott adagja felnőtteknek naponta 3 tabletták (1,05 g) 7 napon át, 6 éves gyermeknek 2 tabletták, 3 évesnek 1 tabletták ugyancsak 7 napon át.

FAGIFOR „CITO“

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lactocresot-syrup

Ideális enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszerre lag. orig. P 3-21, pénztári csom. P 1-61

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

Atebrin »Bayer«. Forgalomban 0,1 g-os tabletták (10% és 30% oldat pro injectione). Ajánlott adagja: felnőtteknek naponta 3 tabletták (0,3 g) 5—7 napon át, 6 éves gyermeknek 2 tabletták, 3 évesnek 1 tabletták szintén 5—7 napon át.

Corlipan 2 »Rex«. (Tartalmazza 52%-ban a chininkéreg főalkaloidait phenyleinchoninsavhoz kötve, chinintartalma 4%). Forgalomban van por, valamint 0,5, 0,25 és 0,1 g-os tabletták alakjában. Ajánlott adagja: felnőtteknek napi 1,5 g, 6 éves gyermeknek 1 g, 3 éves gyermeknek 0,5 g 7 napot át.

Chininum novum compositum (Prochinin) tartalmaz 47,5% chinchonidint, 47,5% cinchonint, 5% chinidint. Forgalomban van: por és 0,25 g tabletták. Ajánlott adagja felnőtteknek napi 1,5 g, 6 éves gyermeknek 1 g, 3 éves gyermeknek ½ g 7 napon át.

Plasmochin simplex »Bayer«. Forgalomban van 0,02 g és 0,01 tabletták, valamint 1% injectió oldat. Ajánlott adagja: bármelyik fenti szerrel történt gyógykezelés után — vagy vele egyidejűleg — felnőtteknek napi 0,03 g 3—5 napon át.

4. Ingyenes gyógyszer szegénysorsú maláriás betegek részére. Járványos vidéken a hatósági orvosok a rendszeresített kéréslapon szegénysorsú maláriás betegek részére járvány elleni védekezés céljából az Országos Közegészségi Intézet felől igényelhetnek gyógyszert, az északkeleti vármegyékből közvetlenül az O. K. I. ungvári malária állomásától. A gyógyszerekről kimutatást kötelesek vezetni és a rendszeresített elszámolási úrlapon készített kimutatást negyedévenként kell beküldeniök az igénylőhelyre.

Betöltendő orvosi állások: A balassagyarmati köz-kórházban kórboncnok és laboratóriumvezető főorvosi állás. Pályázati határidő a Budapesti Közlönyben történt megjelenéstől 15 nap.

A m. kir. áll. gyermekmenhelyekben 5 alorvosi, 3 segédorvosi és az alorvosi kinevezések esetén további segédorvosi állások. Pályázati határidő a Budapesti Közlönyben megjelenéstől 15 nap.

A Bpest. Szív. Közkórházában szülő- és nőbetegosztályon 1 alorvosi, a prosecturán és a központi laboratóriumban egy újonnan szervezett segédorvosi állás, továbbá esetleges előléptetés folytán egy további segédorvosi állás. Pályázati határidő július 26.

Németországban 1942-ben 75.960 orvos volt, ezek közül 9246 nő.

Bulgária az 1941. évben 11.360.000 levát fordított a gyermekvédelemre. Ugyanebben az évben 45.231.000 levát fordítottak gyermekmenhelyekre és nyomorékok gondozására.

Norvégiában a csukamájolaj kicsinybeni eladását beszüntették. Az 1926 január 1. után születettek, valamint az éjjeli munkások, terhes és szoptató nők csak jegy ellenében kapnak csukamájolajat.

Szerkesztőségünk és kiadóhivatalunk július és augusztus hónapokban hétfőn és szombaton hivatalos órákat nem tart.

Betegség miatt eladó fogászati villanyfűrő-gép 220-as áramfeszültség mellett váltó- és egyenáramra egyaránt üzemképes. Megtekinthető d. u. 4—5 között. Budapest, XIII., Miskolci-út 89

FELELŐS KIADÓ: VAMOSSY ZOLTAN.

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

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

PACYL

fokozott vérnyomásnál

kiméletesen csökkenti a megnövekedett vérnyomást,

oldja az érgörcsőt,

enyhíti a szubjektív panaszokat.

Perorálisan szedve hatékony.

DIWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A. G. · BERLIN-WAIDMANNSLUST
Közelommal és orvosi mintával Hygiea R.T., Kolozsvár, Kando Kálmán u. 13 szolgál

Uricedin

anyagcserebántalmaknál, mint: köszvény, rheuma, ischias, vese-, hólyag-, epe-, máj-bántalmaknál, bélrenyheség és gyomor bajoknál.

Magyarországi vezérképviselőt:

Medichemia Gyógyszerkészítmények Gyára R.T.

Budapest, X., Hölgý-ucca 14

J. E. Stroschein

Chemische Fabrik K. G.
Berlin

ULTRASEPTYL-CHINOIN

2-(p-aminobenzolsulfamido)-4-methylthiazol

**Különféle fertőzések nagyhatékonyságú és jól tűrhető
chemotherapeuticuma**

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

10 és 24 tabletta (0.5 gramm), 6 ampulla 5 kcm (1.0 gramm), 6 ampulla 2 kcm (0.40 gramm),
1 ampulla 25 kcm **sebészeti helyi kezelésre**, 5 suppositorium, pulvis pro receptura

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 száma 2 pengőért.

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy
22.968. számú postatakarékpénztári csekk számlánk javára.
Romániában: *Borsos Béla dr.* Arad, Str. Gen. Grigorescu 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.



vérkeringési gyengeségnél

fertőző betegségeknel, intoxikációknál, műtétek előtt és után,
kimerültségnel, lábbadozáskor orálisan vagy perlingualisan
10-20 cseppet, többször naponta.

Liquidum ered. csom. 10 g-mal P 4'90; Felár P -'37'
Liquidum ered. csom. 20 g-mal P 8'90; Felár P -'68

Kollapszusnál, narkózis alatti eseményeknél, mérgezésnél,
érbénulásnál szükség szerint 1 ccm-t subcután vagy intra-
muskulárisan. Ampullák ered. csom. 5 drb-bal P 5'90; Felár P -'45

*1 A Székesfevárosi Alkalmazottak Segítőalapja terhére főorvosi engedéllyel rendelhető.

KNOLL A.-G., Chem. Fabriken, LUDWIGSHAFEN/RH.

Képviselő: Wack Keresztély, Budapest IX., Hőgyes E.-utca 4.

Ismét kaphatók

a RICHTER-féle butylaethylbarbitursav-készítmények:

ETOVAL

Sokszorosán bevált altatószer

1 tableta 0.10 g, 1 suppositorium 0.20 g, 1 ampulla 0.10 g, 1 ccm solutió 0.25 g butylaethylbarbitursavat tartalmaz

ETOVALETTA

Huzamosabb használatra is alkalmas sedativum

1 tableta 0.03 g butylaethylbarbitursavat tartalmaz

BELLETOVAL

A vegetatív idegrendszer zavarai esetén

1 tableta 0.25 mg belladonna összalkaloidait és 0.05 g butylaethylbarbitursavat tartalmaz



RICHTER GEDEON vegyészeti gyár r. t., Budapest X.

Tinctura Ferri Athenstaedt

CUM ET SINE ARSENO

0.2% Fe.

TONICUM :: STOMACHICUM :: APERITIVUM :: ROBORANS

Orvosi mintával és irodalommal készséggel szolgál:

Hormon gyógyszervegyészeti K.F.T.

Budapest, VIII., Tormay Cecil-u. 12.

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:

Ruck János: Légnyomásos megbetegedések. (363—365. oldal.)

Sörös Bálint, Edelényi Szabó Gyula: Nagy adag érbefecskendett gázoedemasavó eredményessége. (365—366. oldal.)

Pethő Imre: Aurocard a szív betegségek gyógykezelésében. (366—367. oldal.)

Melléklet. Az Orvosi Gyakorlat Kérdései (57—60. oldal.)

Irodalmi szemle. (368. oldal.)

Könyvismertetés. (371. oldal.)

Vegyes hírek. (371—372. oldal.)

A m. kir. 510. sz. hadikórház közleménye. (Parancsnok: Jeny Géza orvos-alezredes.)

Légnyomásos megbetegedések.

Irta: Ruck János dr. orvos-zászlós

A háborúban a robbanásokozta légnyomás traumájának mind gyakoribb szerepe ismét aktuálisá tette a légnyomásos megbetegedés problémáját. Ujabban minduntalan felvetődik szakorvosok és laikusok részéről egyaránt az a megállapítás, hogy légnyomás okozta megbetegedés nincs, az állítólag légnyomást szenvedettek tünetei, vagy a reakciós tünetek túlszából vagy egyáltalán színlelésből állanak.

Bizonyos, hogy az esetek nagy százalékában ez a helyzet, de eltekintve a fülsérülést is okozó esetektől, sok esetben részben psychés-functionális, részben tisztán functionális megbetegedést okozhat a légnyomás.

Az osztályra került légnyomásos betegek vizsgálata és kezelése alkalmával egyrészt annak az okát kerestem, hogy miért nem szenved *mindenki*, aki a robbanás és így a légnyomás területében tartózkodik, légnyomásos megbetegedésben, *leik* azok, akik hosszabb ideig tartó megbetegedéssel reagálnak, milyenek a fontosabb nem színlelhető tünetek és végül milyen módon gyógyíthatók leggyorsabban.

Az első kérdés kiderítése céljából minden más megbetegedéssel kezelés alá kerülő betegek kórelőzményében is kutattam légnyomásos előzmények után. 18 részben maláriás, részben vese- és szívbetegséggel osztályomra került beteg kórelőzményéből kiderült, hogy bomba vagy aknarobbanás körzetében voltak, de a legtöbben... »dehát az semmi, két nap alatt elmult«... megjegyzéssel jellemezték az elszenvedett traumát. A részletesebb kikérdezés kapcsán majdnem mindegyiknél szerepeltek a közvetlen commotio tünetek: néhány pillanattól 2—3 óráig tartó eszméletvesztés, hányinger, retrograd amnesia stb., de 2—3 nap alatt — az eredeti megbetegedésüktől eltekintve, — egy középfülsérülés kivételével a légnyomásból teljesen kigyógyultak. Feltűnt, hogy ezek a betegek kivétel nélkül pyknotikus (cyklothim) extravertáltak voltak. Ez a tény a többi betegnél is a constitutióra

terelte figyelmemet. Kitűnt, hogy a légnyomásos megbetegedéssel hozzám került 16 beteg közül (1 endocarditisben, 1 comblövésben, 1 ulcus durumban, 2 maláriában, 1 ulcus duodeniben is szenvedett) 12 astheniás vagy dysplastikus (schizothym) intravertált volt. Vagyis abba a csoportba tartoztak, melyekből a neuropathiások adódnak és akik a leghajlamosabbak a neurosisos és psychoneurosisos reakciókra. Ebbe a csoportba tartozóak a legpsychopassivabbak is. Ez az utóbbi tény véleményem szerint — amint a továbbiakban rá fogok mutatni — nagy szerepet játszik a szervezet légnyomásokozta reakciójának mechanizmusában.

Az elszenvedett légnyomás egyrészt shockhatásként, a robbanás pillanatában kiváltódott és torlódott bizonytalansági és félelmi érzések pedig psychikus traumaként foghatók fel. A finomabb felépítésű neopallium, a koponyaacsontok által közvetített robbanás okozta erős rezgés és ezt rendszerint követő ütődési trauma következtében kikapcsolódik. Ez, amint észlelhettük, néha pillanatokig, néha napokig tart. Az eszméletlenség alatt a légzés felületes, a pulsus kihagyó, rendetlen, gyomor-, bél- és veseműködés nem szünetel. A reflexek ellenben kialudtak. Tehát az úgynevezett ósagi (palaencephalis) részek működése megzavart ugyan, de megvan; míg a magasabb centrumok nem működnek. Ez a kép a hypnotikus állapot legmélyebb — már a kéreg alatti dúcokat érintő — somnabulistikus képéhez rendkívül hasonló és így feltételezhető, hogy a tudat alatti működés itt sem szünetel.

A robbanás pillanatában a betegre fény, hang és gáz-, illetve légnyomás vált ki hatást. Ezek közül a fény- és légnyomás hullámai gyorsabban haladnak, mint a hanghullámok (bizonyos körzeten belül). Ezek hatása tehát előbb áll be. A fényhatás még a légnyomás hatása előtt jut el a szemhez és a megfelelő centrumokba, tehát psychikus kiesés nélkül lefolyik a fényérzékelés reakciója. A következő reakciót a mozgó gáz- és légtömegek, tehát a légnyomás váltja ki. A levegő nagy amplitudójú rezgéseinek hatására léghiány miatti működéses aphasia, a dobhártyák óriási megterhelése miatt pedig következményes süketégi tudat áll be a corticalis kieséssel egy időben,

Ez a helyzet, ha a beteg oly közel volt a robbanás góciához, hogy az idegvezetés gyorsasága nem tudja differentiólni a légnyomás és a hanghullám közötti késést. Ha a távolság akkora, hogy a két hullám beérkezése közötti idő meghaladja a cortex kikapcsolódása és a hanginger tudatossá válása közötti időt, akkor — ha a fül egyébként épen marad — csak a később beálló functionalis sükettség mechanizmusában lesz eltérés. T. i. a neopallium előbb beálló kiesése miatt — ha az akustikai rendszer egyébként fel is tudná venni —, a beteg nem képes tudatosítani a beérkezett hangingeret; tehát várt, de nem hallott hangot. Ez az utolsó tudatos élmény már a corticalis kiesés pillanatában rögzítődik a subcortexben, a tudat alatti rendszerben. Ehhez járul még, hogy az eszmélet hamarabb tér vissza, mint ahogy a corticalis rész egyes velőshüvelyű rostjainak vezetőképessége helyreáll, még nem képes kellően accentuált és logikus beszéd asszociálására, sem a hanginger kellő feldolgozására. Ez tudatosan is berögzíti a tudatalatt szereplő beszéd- és hallásképtelenséget. Ezek után a beteg a tudattalan gátlás miatt nem képes a hangadáshoz szükséges beidegzést, illetőleg hangszalagállást rögzíteni. Hosszas phonatiós gyakoroltatás után néha sikerül a betegnek »elkapnia« a megfelelő hangszalagállást, de beszéde zavart, erősen dadogó. Ez az elváltozás a később leírandó kezelésig állandósult is.

Az extrapyramisos rendszer érzékeny reflex-centrumainak (striatum, nucleus caudatus, pallidum) rázkódás okozta átmeneti kiesésekor a magnak megfelelően hypotoniás hyperkinesis, hypertoniás hypo- vagy akinesis áll be. Ezen pályák vezetőképességének helyreállása után a kóros mozgások functionálisan rögzítődnek kisebb-nagyobb mértékben.

A hozzánk került kevés eset kapcsán a légnyomás okozta elváltozásokat három, többé kevésbé elkülöníthető csoportba oszthattam. Az első csoportba tartozóknál psychoneurosisok (után, tereken csak házfal tövében mernek járni, különösen éjjel beálló leküzdhetetlen félelmi érzések stb.) és akaratlan izomrángások, egészen a haemiballistikus rángásokig fokozódó kényszermozgások jelentkeznek. A kóros oldali izomzat az elszenvedett trauma után rövid idő múlva, észlelésem alá került esetekben, hypotoniás volt, igen gyakran szembetűnő inaktivitási atrophával, hiányzó inreflexekkel és hyperkinesissel. A trauma után hosszabb idő múlva hozzám került esetekben hypertoniás hypo- vagy akinesist találtam. Ez utóbbiaknál tehát a striatum-rendszer már rendeződött, és így még szembetűnőbb a functionalis zavar, az utólagos rögzítés, a megfelelő corticalis rész gátlásos kiesése utján.

A második csoport majdnem tisztán functionalis típusú; beszédzavar részleges vagy teljes sükettség, másodsorban a remegések, kényszermozgások, harmadsorban pedig teljes aphasia és sükettség jellemzők. Ezeknél a teljes aphasia és sükettség esetén 3 esetben hiányzott az Achilles- és patellareflex, tág renyhén reagáló pupillák voltak. Mankopf-tünet pozitív volt (egyébként vizsgálat közben hátuk mögött okozott erős zörej vagy tűz jelzése pulsusváltozást nem okozott).

A harmadik csoportban belső fülsérülésből eredő sükettséghez beszélőképtelenség járult.

A koponyacsontokon lévő esetleges elváltozásokat transversalis áttekintő és scala media felvételen kerestem. Feltűnő volt már a első három eset kapcsán a sella turcica kicsiny volta. A clinoides anteriorok és posteriorok közötti távolság és a sella

hosszúsági átmérője az átlagos nagyság alsó határa alatt mozgott. Kóros eltérést sem a clinoidesokon, a planum sphenoidalen, sulcus chiasmation, sem a dorsum sellae nem találtunk. Mivel ugyanekkor 4. magát légnyomásosnak mondó és tüneteket utánzó beteg sellájának ilyen nagy mértékben szűk voltát nem észleltem, a továbbiakban minden légnyomásosnál pontos mérést lehetővé tevő sellafelvételt készítettem.

(A mérést a következőképpen végeztem: 0.5 mm vastag ólomlemezről 5 mm széles és 5 cm hosszú csíkot kivágva hosszában 2 és 5 mm-es távolságokban fűrészfogszerűen kivágtam. A lemezeket a koponya két oldalára erősítettük fel úgy, hogy a felső széle a külső szemüreg-szél és a külső hallójárat összekötő vonalon, közepe pedig ennek felezőpontjában volt. Az ólomlemez mm-jelzései a filmen, a lemez-, focus-, filmtávolságnak megfelelően nagyobbra vetítődnek. Ezeknek középarányosából adódik a sella középsíkijában képzelt ólomlemez mm-beosztásainak kivetített nagysága. Ezzel mértem a sella adatait és ebből egyszerű arányszámítással a valóságos mm-nagyságot könnyen kiszámíthatjuk.)

Kitűnt, hogy a 2—3 nap alatt maradék nélkül gyógyult 18 betegnek átlagos sellanagysága (10—18 mm) a normális nagyság középső vagy felső határán mozgott. A légnyomással beutalt betegek közül az objectív tüneteket is mutató betegeken kivétel nélkül szűkebb, laposabb sellát találtam, (hosszátmérő: 5—9 mm között) a clin. ant. és post. formájukat megtartva közelebb állanak egymáshoz. Hasonló (nem kóros) elváltozást leírtak asthma bronchiale migrain stb. esetében sella vasoneurotica néven. Kéves esetemből természetesen nem lehet mélyreható következtetést és törvényszerűséget levonni, mégis feltételezhető, hogy a fenti sellatypus és a schizothym typus, illetve a traumás neurosisokra és psychosisos reactiokra való hajlam között összefüggés van. (Ez a tény egyszerű rtg.-felvétel alapján kártérítési és rokantsági járadékperekben döntő lehetne, mert ha az egyén alkati adottsága miatt betegszik meg olyan traumára, mely erre nem praedisponált egyéneknél megbetegedést nem okoz; nem jár kártérítés. Robbantó osztagokhoz való beosztásnál is felhasználható lenne.)

A kóros elváltozásoknak megfelelően strychnin, B-vitamin, sedativumok és faradozás alkalmazásával igyekeztünk a tüneteket csökkenteni. Az akinetikus és hypokinetikus képek kis fokban javultak. Három esetben tetracor shockkal kíséreltük a psychikus képet megváltoztatni — sikertelenül. E kezelések sikertelensége után ellensúlyozó és felfedő hypnotherápiával próbálkoztam. A hypnosist a Braid-féle szemfixációs és persvasios módszerrel végeztem. Psychopassívabb betegeknél valamilyen csillogó tárgy (reflexkalapács) fixáltatása is elegendő volt.

A legtöbb betegnél somnolens állapotban ideges tüneteinek felfedése a trauma újbóli lejátszásával, majd somnabul állapotban kiesések megszüntetésére adott posthypnotikus parancs, két-háromszori kezelés után teljes gyógyulással járt. Négy betegnél (hyperkinetikusak) 3 ízben kellett hypotaxiás állapotot létrehozni, míg a gyógyulás beállott. (Egynek psychés kiesései nem szüntek meg, aphasiája gyógyult. Utóbb felesége közléséből kiderült, hogy 5 éve elszenvedett koponyasérülése óta »zavart«.)

Meg kell tehát állapítanom, hogy légnyomás okozta megbetegedés van. Ezzel kapcsolatos észleléseim a következők:

I. A traumán kívül *constitutionális hajlam is szükséges*; minden esetben kimutatható volt a sellabemenet szűkülése és a dorso-ventrális átmérőjének rövidülése.

II. A megbetegedés a) kényszerképzetektől motivált izomrángásokkal, b) tisztán functionalis zavarokkal, c) szervi és functionalis elváltozásokkal járó kórformából állhat.

III. Az inreflexek kialudtak vagy erősen fokozódtak; a pupillák tágak; az érintett testrész nyomására pulssusszaporodás áll be, retrograd amnesia és igen gyakran kisméretű izomatropia észlelhető.

IV. Kielégítő gyógyeredményt csak a hypnotherapy ad.

253/54. tábori kórház közleménye. (Paranesnok: v. nagyjokai Farkas Jenő orvos-örnag.)

Nagy adag érbefecskendett gázoedéma-savó eredményessége.

Irta: Sörös Bálint dr. és Edelenyi Szabó Gyula dr. orvosszaklások.

Az orosz harctéren aránylag gyakran előforduló gázoedéma (gő) fertőzés a ma általánosan végzett megelőző sebfeltárás és antiseptikumok (Ultrasceptyl, H₂ O₂ káliumpermanganát, bórsav stb. alkalmazása mellett is sebesültjeink egyik legnagyobb réme.

Az alábbi két súlyos eset kapcsán a nagy adagban érbeadott szérum eredményességét igazolhatjuk, szemben a sok újabb és régebbi közléssel, amely hatását nem tartja megbízhatónak (*Orth*), vagy még tisztázatlannak minősíti (*Wachsmuth*). *Ivanovics és társai* az ultrasceptyles helyi kezelést a szérum kezelés elé helyezték (O. K. 1942. 15. sz.). Ezekkel szemben *Novák Ernő* 1935. évi XXI. orvosi nagygyűlésen és *Tuchel—Cureumeli* újabb közleményeik alapján igen eredményesnek látták, de csak ha érbeadták nagy mennyiségben (200—300 kem.) (Zbl. f. Chir. 1942/21).

A fertőzés okozta halálozás 17%-át tette ki a harctéri sebeikben elhaltaknak, s ezzel a második helyet foglalta el a világháborús veszteség-statisztikában. A nyugati német fronton a szérumkezelés előtt 50% volt a halálozás. Ma műtéti kezeléssel és polyvalens szérummal is csak közel kétharmada menthető meg a fertőzötteknek.

Két reménytelennek látszó esetiinkben eddigi eljárásunktól kissé eltérően mepróbáltuk a savó nagy adagjainak érbeadásával segíteni. Az eredmény váratlanul jó volt, noha hangsúlyoznunk kell, hogy mindkét esetben a fertőzés igen kifejezett volt.

1. Sz. I. 1942. X. 7-én sebesült b. boka táján és combján gp. lövedéktől. Az előlfekvő e. ü. intézetnél első sebészeti ellátásban részesül, végtagját siüre helyezték és tetanus, illetve goe. megelőző savót is kapott. X. 9-én éjjel tábori intézetünkbe szállítva, láza 38.8 volt. Előbbi nagy fájdalmi már megszűntek, az egész b. alsó végtag vízenyősen duzzadt, a bőr kékes zöldesen elszíneződött, nagy feszülés alatt puffadt; a b. belső boka felett mélyen az izmokba követhető kalibernél valamivel nagyobb löcsatorna. A b. térd külső oldalán ujjbegynyi nyílású, ferdén a comb közepén áthatoló, a comb elülső felszínén ugyancsak ujjbegynyi nyílású löcsatorna, a combcsont részleges roncólásával. A felső sebníyláson át nagy nyomással gáz ürül és folyékony törmelékes vér tör elő. A comb a hasfal b. oldalának alsó harmadáig párnatapintatú.

X. 10-én 60 cm³ goe.-serum intravénásan. Magas b. combcsontkítás (egyszerű körkörös csontkítás Esmarch nélkül. Délután aránylag jól van. Th.: 300 cm³ szárított vérsavó, 50 cm³ szőlőcukor, 60 cm³ goe.-serum és 500 cm³ konyhasóoldat i. v. Véresoport: B. — X. 11-én közérzete aránylag jó, táplálkozik. T.: 38.2. P.: 120. A csont környékén duzzanat csökken, a hasfal b. o. léghólyagesák még tapinthatók. Th.: újabb 60 cm³ goe.-serum i. v. Kötésváltás naponként, bórsavpor jodiformgaze. X. 13. T.: 37.2. Közérzet ettől fogva naponként javul, az izomduzzanat csökken, goe.-izomrész nincsen. A légvékhajlat felett a hasfalon gázhólyagesák még tapinthatók. Th.: 300 cm³ szárított vérsavó, újabb 20 cm³ serum i. v. Másnap a hólyagesák már nem tapinthatók és fokozatosan javuló állapotban. X. 28-án jól sarjadó, szél felől hámosodó sebbel hátraküldjük.

2. S. P. 1942. X. 8-án sebesült b. felkarján puska-lövedéktől. Elöl levő e. ü. intézettől gipszsinnel ellátva érkezett. (Felkarontronesolás.) Tetanus és goe.-megelőző savót kapott. X. 9-én intézetünkhöz szállították. Jelen állapot: a mellkason a b. sternoclaviculáris ízület alatt borsónyi bemeneti a mellkasizomzaton áthatolva elülső hónaljredőnél kisujjbegynyi kimenetű, vele egy magasságban a felkar felső harmadának belső felén hüvelykujjhegynyi bemeneti, a külső oldalán ugyanilyen kimeneti nyílással bíró, a felkarontront szilánkosan roncóló lött seb. Th.: Feltárás, sebtörlés, drainage, rögzítő sín. X. 12. T.: 38.6. A b. kar, válltájék duzzadt, zöldeskékesen elszíneződött, az alkar és kézfej vízenyősen duzzadt az ujjak érzéstelenek. A sebníyláson át nyomásra bűzös gáz ürül. légpárnatapintat.

Th.: a b. vállizület kiűzése; 60 cm³ goe.-serum i. v. Infusiók. X. 13. Sebe gázmentesnek látszik. Közérzete jó. T.: 36.8. Th.: 300 cm³ szárított embervérsavó, 60 cm³ serum i. v. X. 14. Sebén goe.-jelek nem észlelhetők. T.: 37.2. Th.: 20 cm³ goe.-serum i. v. Naponkénti kötés mellett közérzete általános állapot fokozatosan javul. X. 24-én jól sarjadó, szélek felől hámosodó sebbel küldjük hátra.

Figyelemre méltónak találjuk, hogy mindkét esetben mély lágyrész roncólások mellett szilánkos esontörés is volt és mindkét esetben megelőző savót kaptak sebesültjeink. Továbbá; az alkalmazott csontkítás technikája egyszerű körkörös csontkítás Esmarch nélkül. Közvetlenül a műtét után érbeadunk 60 kem. savót (antitoxikus polyvalens goe.-serum Behring) és még ugyanabban a 24 órában 60 kem-t ugyancsak érbe. A továbbiakban mindig a klinikai tünetektől téve függővé adunk még naponta 20—60 kem. savót i. v.! A két eset kapcsán azt láttuk, hogy a goe.-savót a diftéria antitoxikus savóhoz hasonlóan ajánlatos addig alkalmazni, amíg a helyi és általános toxikus tünetek fennállnak. A serum hatására a szervezetet súlyosan mérgező részek lehető radikális kikapcsolása után a meghagyott végtagrészekből is felszívódtak a hólyagesák és az izomzat fájdalmas duzzanata szinte a szemünk előtt szűnt meg.

Ivanovics és társai nem tulajdonítanak a savónak ilyen frappáns hatást, sőt az ultrasceptyles helyi kezelés mögé helyezik eredményesség szempontjából. Az általuk leírt klasszikus kísérletsorozat tengeri malacokkal, amennyire megítélni lehet, három hibaforrást is rejt magában:

a) Kísérleteinkben minden törekvésük ellenére úgynevezett »modell«-körülményeket teremtünk, mert a fertőzés klinikai tüneteinek fellépte után is meghagyják a fertőző baktériumgócot a fertőzésre kedvező körülmények között. A kísérlet leírása során az adott savóval egyidejűleg »természetesen csak a seb tisztogatására került sor, bőrmetszést három kapoccal, ismét zártuk és az állatokat egy hétig megfigyelés alatt tartottuk«, vagyis míg el nem pusztultak, mert ilyen »ú. n.« »kezelés« mellett az állatok nem érték el az egy hetet sem. Természetesen az em-

berggyógyászatban az ilyen eljárás műhiba számba menne. Hangsúlyozzuk, hogy a goe-serumkezelés ellenére az elhalt toxintermelő részeket mielőbb el kell távolítani. (Kora amputáció!)

b) Az általuk intraperitoneálisan adott 6 ccm. savó csak látszólag »igen nagy« mennyiség, valójában elenyészően kevés, ha a mérgezőgócot nem távolítjuk el, sőt zárjuk. Téves a savómennyiség meghatározására a testsúlykilogrammot alapul venni, mert ebben az esetben a fél kg. tengeri malac a magas arányszám mellett is oly kevés savót kap, melyben foglalt antitoxikus egység nem lesz elegendő a toxinok megkötéséhez. Therápiásan a savóban foglalt antitoxikus egység abszolút mennyisége jön számításba. Ezt bizonyítja az általuk jelzett érdekes megfigyelés, hogy a savó késleltette a halált.

c) A savót intraperitoneálisan adják. Ismeretes, »hogy a fertőzés kimenetelében fontos szerepe a toxinoknak van« (Kanyó), azok megkötésére nem elég a savót egy közbülső felület beiktatásával adni (peritoneum). Egyenest az érbaadva a savót, biztosabban érjük el célunkat.

Ivanovicsek megállapítása világítja meg legjobban, hogy miért volt eredményes kísérleteikben az ultraseptyles helyi kezelés: »a gázphlegmone bacillusok csak ritkán, illetve aránylag későn törnek be a véráramba, e körülmény lehet a gázphlegmone antiseptis alapja.« Igen, a prophylaxis alapja; kihasználni ezt az időt góchely leküzdésére, mert míg a bacillusok szerepe a generalizálódás szempontjából csekély, addig a toxinok már igen korán elárasztják a szervezetet. Helyi kezeléssel tehát (feltárás, ú. n. »szellőztetés«, Ultraseptyl oldattal sebkezelés) elérjük, hogy a baktériumok életképessége csökken, a toxintermelés elmarad és a fertőzés klinikailag nem fejlődik ki, vagy csak enyhe lefolyású lesz. Ha már a fertőzés kialakult a helyi kezelés nem elég, a vérben toxinok vannak, melyeknek közömbösítésére adjuk az általunk leírt mennyiségben az antitoxikus savót. Csupán akkor lép előtérbe a baktériumok szerepe, ha már a csonkolás előtt betör a fertőzés a vérpályába, amikor is egyidejűleg kell küzdenünk a baktériumok és toxinjaik ellen.

Az Ivanovicsek által leírt ultraseptyles helyi kezelést számtalan esetünkben mi is alkalmazzuk a fertőzés megelőzése céljából. Az oly gyakori akna- és kézigránásérüléseknél a teljes feltárásnak és ultraseptyles kezelésnek tudhatjuk be, hogy például a goe.-fertőzések száma nem olyan nagy, mint a mult világháborúban egyes szerzők közölték.

Végső következtetésként hangsúlyozzuk, hogy tisztában vagyunk; két súlyos esetben leírt eredményes alkalmazás nem jogosíthat fel általánosításra. A savónak nagy adagokban való i. v.! alkalmazása azonban megfigyelésünk szerint eredményes a már klinikailag fennálló goe.-fertőzés leküzdésében a mérgező góc eltávolításával együtt, míg az ultraseptyles helyi kezelés a megelőzésben jut fontos szerephez.

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

A székesfővárosi szeretetotthonok kórháza sebészeti és idegosztályának közleménye. (Igazgató-főorvos: Nagy Andor.)

Aurocard a szív betegségek gyógykezelésében.

Irta: Pethő Imre dr. alorvos

A szív megbetegedésének sokfélesége közül a többnyire tünetszegény myodegeneratio cordis főleg idősebb korban jelentkezik, myocardium kifáradásának jeléül.

Lázás, fertőző megbetegedések intoxicatiók, toxikus ártalmak stb. esetében kísérője a pathológiás folyamatnak. A szívben lezajlott myo-endo-carditisek chronikus myocardium laesio, vitium cordis képeiben gyógyulnak. A fennálló haemodinamikus akadályok a dekompensatio útját egyengetik. A szívizom-erő labilis voltára utal, hogy az ilyen betegek könnyen kifáradnak már kis mozgásnál is és a pulzus megszorodik.

A koszorúerek sclerosisa folytán ischaemiássá lett myocardium területén Levis, B. Kisch, Henig kísérletei szerint megváltozik a bioenergius állapot. A szívizom rostokban az összehúzóerő legyengül, esetleg meg is szűnik.

Végül megemlítjük az idegrendszeri érintő állandó behatásokat, az emphysemat, art. sclerosist, mint keringési akadályokat, így szív munkatöbbletet. Az art. sclerosist lehet universalis, vagy csak egyes szervekre localisált.

Ezek végső eredőjeként csakhamar megjelenik a decompensatio — nehéz légzés, oedema, cyanosis, trombosis, tachy vagy bradycardia.

A szív megbetegedések classikus gyógyszere a digitalis. Sokszor tapasztalja azonban az orvos, hogy cserbenhagyja, vagy nem kielégítő a hatása. A szív sajátos izomfelépítése egyéni, idegrendszeri berendezése és érellátása érthetővé teszi, hogy egyféle hatáserő nem lehet elég ott, hol többféle megbetegedés van. A digitalis és a digitalis csoportba sorolt gyógyszereknek sem egyforma a hatásmechanizmusuk. Magukról a digitalis glycosidokról is eltérőek a vélemények. Voegtlin szerint a digitalin, digitalein, digitoxin spasticus hatással van a coronariakra, míg a digitonin vasodilatációs hatást fejt ki. Itt említjük meg Aschenbrenner kísérleteit. Digitalis nagy adagja után EKG alacsony, vagy negatív T hullámot észlelt, mely a digitalis elhagyása után eltűnik, míg ugyanezt strophantinnál nem tapasztalta, ez a két gyógyszer különböző hatásmechanizmusát bizonyítaná. Így külön is hatásosak, de együttes hatásuk fokozott. Ezek szemmel tartásával vizsgáltuk az aurocard liquidumot (Szilágyi—Madaus).

A betegeket a sebészeti és idegosztály anyagából vizsgáltuk, mintegy 60 esetben. Vizsgálatainkat legtöbbször EKG-val egészítettük ki.

Éles határt vonni nem mindig lehet az egyes megbetegedések elsődlegessége között, gyakran összeolvadnak, még az EKG-mal sem differenciálhatók biztosan. Betegeink sokfélesége miatt csoport beosztás is nehezebb, talán legjobban az alábbi két csoportba oszthatjuk be.

1. Tüneti szívbeteg (cardiopathia) positiv lelet nélkül. Myodegeneratio cordis enyhe alakja (latens) septikus mütéti betegek. Idegrendszeri megbetegedéseknél fellépő szívtünetek (szívdobogás, szapora pulzus stb.) csoportja.

2. Manifest tünetekben jelentkező myocardium

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Szójalisztes csecsemőtápszerek.

Előző közleményemben (O. T. K. 1942, 622. l.) ismertetett tapasztalatok azt mutatták, hogy ha szójalisztes tápszer mellett szénhidrátdús tápszereket adunk, kedvezőbbek az eredmények. Ezt a megfigyelést megalapozza az élettani megállapítás, mely szerint a fehérjék és zsírok elégetéséhez szénhidrát szükséges. Természetes, ha több zsírt és több fehérjét adok, annak tökéletes elégetéséhez a normális emésztés és kihasználás eléréséhez több szénhidrátra lesz szükség. Mivel a zsírok elégetése a vele egyidejűleg adott fehérjék, de főleg szénhidrátok mennyiségétől függ, a bőségesen nyújtott szénhidrátok miatt a zsíroknak csak egyrésze ég el, másrésze deponálódik a szervezetben.

A csecsemő testsúlykg-ként 1.8 g fehérjét, 12 g szénhidrátot, 7 g zsírt fogyaszt, tehát 120 kalóriát 24 óránként. Ez a magas kalóriaszükséglet nemcsak az első negyedévben mutatkozik, hanem később is. Nemcsak a normális csecsemőkön, hanem még inkább az alacsony súlyú, vagy dystrophiás csecsemőkön. E calóriaértékek magasabbak az eddig általánosan elfogadottaknál, de gyakran még ennél is több calóriára van szükség. A koraszülötteknek, 2.5 kg alatti súlyú nem koraszülötteknek, továbbá dystrophiásoknak a kalóriaszükséglete az eddig normalisan elfogadott érték kétszeresének is mutatkozik. Egyes közlemények szerint kissúlyú csecsemők átlagos kalóriaszükségletének középértéke 181. (92—270 cal.) Rominger szerint a csecsemők kalóriaszükséglete átlagosan a következő:

1 hónapos	500 cal.	naponta
2	600	" "
4	700	" "
6	800	" "
9	900	" "
12	1000	" "

Saját megfigyeléseink szerint a mesterségesen táplált csecsemők jó súlygyarapodásához jóval több calóriára van szükség, mint amennyit az általánosan elfogadott számítási elv szerint kellene adni. Dystrophiás csecsemőknek cca. 200 cal.-t adunk testsúlykg-ként. Az így elért napi súlygyarapodás 4—5 deka között ingadozik. Intézetünkben átlagosan 90—264 cal. között van (középértékben 177 cal.) testsúly kg-ként a napi calóriabevitel. Intézeti anyagunk majdnem kizárólag dystrophiás, atrophias csecsemőkből áll. Fel lehetne tételni, azért magas a calóriaszükséglet, mert a bevitt táplálék biológiai kihasználása nem tökéletes, vagy azért, mert a csecsemőszervezet nem tudja feldolgozni, vagy mert a tápszer nem megfelelő. Galeotti Flori anyagcserevizsgálatai szerint a fehérje és zsír kihasználása a csecsemőkörben igen kedvező, tehát a mutatózó calóriaszükségletet ténylegesnek tekinthetjük. A fehérjék jó kihasználását nem lehet általánosítani, mert a teljes biológiai felhasználás nem mindig egyenletes, ugyanis ehhez bizonyos fajta sók, aminosavak és vitaminok jelenlétére is szükség van. A szójalisztt jelentős mennyiségű C-, B₁-, B₂-vitamint és PP factort is tartalmaz. Soós vizsgálataiból ismerjük a B-vitaminok jelentőségét a csecsemők emésztésében. Feltéhető tehát, amit

egyébként a táplálási eredményekből is megállapíthattunk, hogy a szójaliszttel a bevitt fehérje kihasználása is tökéletes. A jó fehérjekihhasználást valószínűleg a vitaminok jelenléte biztosítja. Azonban ez a jó fehérjekihhasználás a női tejhez viszonyítva, csak 75%-os. Ha a calóriaszámításban a női tejjel súlygyarapodást vesszük számításba, akkor többnyire megkapjuk a szokásos calóriaszükségletnek feltüntetett számokat. A női tejjel elért jó táplálási eredményeket is a jó felhasználási coefficienteknek köszönhetjük, mihez valószínűleg hozzájárul a B-vitamin jelenléte is.

A női tej átlagosan 7% cukortartalmú, a tápszerek a tej cukortartalmán kívül átlagosan 5% cukrot tartalmaznak, a szójas tápszerekhez ellenben 14—15% cukrot adunk a nélkül, hogy erjedéssel tünet, vagy étvágytalanság mutatkoznék. Sőt, mióta áttértem a magas cukortartalomra, a tápszer okozta táplálkozási rendellenesség alig fordult elő. Kitűnően türik még lázas állapotban is (bronchopneumonia, grippe, stb.).

A szójas tápszereket az elmúlt (1942.) évben az alábbiakban ismertetett módon készítjük. Mindegyiket hónapokon át nagyszámú csecsemőnek adtam, eddig már több mint 200 kg szójaliszttet fogyasztottak el intézetünkben a csecsemők. Az elért eredmények oly kedvezőek, hogy széles körben való ismertetése indokoltnak látszik. Külön aktualitást ad a tápszernek a háborús helyzet, mikor családoknak és intézeteknek különös gondot okoz a tej beszerzése s méginkább a fehérje vagy zsírdús táplálékoké, különösen nagy városokban. Nemcsak mint igen jó tápszer jön figyelembe, hanem jól ki is használja a szervezet, mert a szójafehérje kihasználása a növényi fehérjék közül a legjobb. Magas calóriájánál és kedvező összetételénél fogva tejet is takaríthatunk meg vele, sőt naponta egy-két táplálékban a tejes tápszert helyettesíthetjük.

A »Szoma« (Szója+Maláta) jelzésű tápszer átlagos összetétele 5% szójalisztt, 6% malátakészítmény (Hordomalt stb.), 8—9% cukor a feles, kétharmados, vagy színtejben. Adjuk általában olyan korban és súlyban levő csecsemőknek, akiknek egyéb zsír- és szénhidrátdús csecsemőtápszer (vajliszt, Moro stb.) adható. Amint más zsírdús tápszerek adása nem előnyös a melegebb évszakban, úgy a szójas tápszerrel is a nyári melegebb időszakban legyünk elővigyázatosabbak. 3 hónaposnál fiatalabbnak nem adjuk. A »Szómát« legfeljebb háromszor adjuk naponta fokozatosan, gyorsan emelve a szóját 5%-ig, a malátakészítményt 6%-ig, a cukrot 9—10%-ig. Ebben az adagolásban a kornak megfelelő tejhígításban a calóriaérték kb. 110—125—140. A tápszer calóriaértéke a fenti maximális %-ban kb. 80 calória, tehát ennyivel emeljük vele a tej calóriáját. Emellett — mint ismeretes — a szójalisztt elég bőven tartalmaz vitaminokat (aneurin, ascorbinsav, Pfactor).

Az »SS« jelzésű (Szója+Sacharum) tápszer 5—6% szójalisztt és 15% cukor; 85—90 calóriát képvisel és ugyanúgy használjuk, mint az előbbit. Igen egyszerű, mivel még malátakészítményt sem kell beszerezni, nagyon olcsó s az eredmények ép olyan kiválóak. Mindkét tápszert szeretik is a csecsemők.

Az A₄ jelzésű tápszer 5% szójalisztet, 2% búzalisztet, 10% cukrot és 10% nyers reszelt almát tartalmaz a 100 g vízre és egy kávéskanál citromlevet. A szóját, lisztet és cukrot a vízben állandó kavarással mellett vízfürdőn kb. 10 percig főzzük, azután kihűtjük, s mikor langyos, keverjük közé a nyers reszelt almát és a citromlevet. Igen kellemes ízű vitamindús táplálék, a csecsemők is jól tűrik. Calória tartalma kb. a női tejjel egyenlő (78). Fehérje kihasználása annak kb. 75%-a. Oly esetekben, mikor kevés a tej az intézetben, vagy bármi oknál fogva tejhiány mutatkozik, 1–3 táplálékul adhatjuk hosszabb időn át is. Ha csak egy tejadag helyett adjuk, akkor állandóan is adható s így nagyobb létszámú intézetben jelentős mennyiségű tejet takaríthatunk meg. A cukrot a legtöbb csecsemőnél e tápszerben is emelhetjük 15%-ig, ezáltal calóriatartalmát lényegesen fokozzuk.

E tejet helyettesítő szójas tápszerben az összetételt változtathatjuk elég tág keretek között, a csecsemő emésztőképességének megfelelően. Ha erjedésre hajlamos, a búzaliszt helyett rizslisztet (A₇), vagy rizsnyakot teszünk bele, ha obstipál, a cukor %-ot emeljük 15%-ig, vagy 9–10% cukor mellett 5–6% maláta (A₅) készítményt adunk, esetleg 2–5% darát (A₆) főzzük bele a liszt helyett. Ha almát és citromot nem tudunk beszerezni, helyette tehetünk a tápszerbe 20% nyersburgonyalevet. *Mindegyik calóriadús, tej nélküli, kellemes ízű tápszer, zsírt, fehérjét, szénhidrátot és vitaminokat tartalmaz s nagy segítségünkre van olyankor, ha a tejellátás zavart.*

Összefoglalás: A csecsemők calória szükséglete elég gyakran több, mint amennyit előírás szerint általában adni szoktak. A *mesterségesen tápláltaknak pedig lényegesen nagyobb a calóriaszükséglete.* Különösen érvényes ez a megállapítás dystrophiás, atrophias és kis súlyú csecsemőkre. A szükséges calóriamennyiséget (zsír, fehérje és szénhidrát, vitaminok) legkönnyebben az ismertett szójas tápszerekkel adhatjuk (»Szóma, SS«).

E tápszernek igen jól beváltak egészséges csecsemőknek, mint normális étrend, dystrophiás, atrophiasoknak exudativoknak, mint gyógytáp. Az A₄ (A₅, A₆, A₇) kiegészítő tápszer, tejes tápszer helyett tejhiány, vagy kevés tej esetén igen jó hasznát vehetjük.

v. Szenttornyay Sámuel dr.
igazgató-főorvos, Veszprém

Irányelvek a sulfonamidkészítmények alkalmazásában.

A sulfonamidkészítmények (sd.) rendelésére igen sok betegség számos esetében kerül sor. Kétségtelenül gyógyszerkincsünknek páratlan gyarapodását jelentik és a hatásmódjuk elméleti alapjaival foglalkozó kísérletek alapján feltétlenül lehet, hogy elvben úgyszólván az összes bakteriumos fertőzésen alapuló betegségekben várható tőlük gyógyhatás. Az eredményes gyógyításnak azonban meg vannak a maga előfeltételei, melyeknek tisztázása annál is inkább kívánatos, mert sok adat szól amellett, hogy az utóbbi időben ismeretessé vált kevésbé kedvező eredményekben (go!) nagy szerepét kell tulajdonítani a túl kicsiny adagoknak. A bakteriumok anyagcserejét károsító hatás csak akkor következhet be, ha bizonyos időn át megfelelő töménységben kéri-

genek a szervezetben a sd. készítmények. Ezért mindig »plena dosi«, a lehető legnagyobb adagot kell 3–5 napos lökés formájában adni, teljesen céltalan tört adagok prolongált alkalmazása és még helytelenebb a különösen laikusok körében divó eljárás, midőn összesen 1–2 tablettát vesznek be, mintha aspirinról vagy más tünetileg ható láz- vagy fájdalomcsillapítóról, nem pedig a salvarsannal, vagy egyéb komoly, a szervezetre egyáltalában nem közbős chemotherapeuticummal analog gyógyszerről volna szó. Így nemcsak, hogy nem várható gyógyhatás, de igen valószínű, hogy ily módon előmozdítjuk sd. resistens bakt. törzsek, de talán sd. resistens egyének keletkezését is, miáltal előbb-utóbb illusorikussá válhat az egész sd. therapia. Sajnos, ma még nem lehet általánosan elfogadott adagolásról beszélni, csupán az van többé-kevésbé tisztázva, hogy milyen vér sd. concentratio elérése kívánatos. A gyermekgyógyászok a testsúlyhoz viszonyítva szeretik az adagokat megadni, ez azonban a nagy gyakorlat számára túl nehézkes és elméletileg sem olyan feltétlenül irányadó, különösen a leginkább tekintetbe jövő peroralis adagoláskor, mert hiszen a felszívódási viszonyok felette változók, a megbetegedés súlyossága, az anatómiai elváltozások kiterjedése, localisatiója pedig bizonyára szintén nagy kihatással vannak a vérszint alakulására. Épp ezért a magam részéről a beteg korát és a klinikai képet tekintem irányadónak és a két nálunk leghasználatosabb készítményt a következő adagolásban használom: p-aminobensolsulfamid (ambesid, desephtyl, nigma, prontosilum album) csecsemőknek naponta 3–4-szer egyegyed tabl., gyermekeknek 10 éven alul ugyanígy 1/2, 10 éven túl 1 tabl., felnőtteknek 3–4-szer 1 1/2–2 tabl.; sulfapyridin (ronin) vagy sulfamethyiasol (ultra-septyl): csecsemőknek napi 3/4–1 g, gyermekeknek 3 évig 1 1/2–2 g, 10 évig 2–3 g, 10 éven felül 3–4 g, felnőtteknek 5–6 g, lehetőleg 5–6 egyenlő időközökben adott részre felosztva, de oly módon, hogy a kezelés megkezdésekor adott első két adag duplája a többinek. Az eset súlyosságához és a tünetek visszafejlődéséhez mérten egy turnus 3–5 napig tart, a 4–5. napon rendszerint, esetleg már a 3. napon csökkenthetők. Nagyon súlyos, vagy elkésve kezelésbe kerülő esetekben a napi mennyiség egy részét intravénásan vagy izomba fecskendezzük be.

A végbélkúpok nagy népszerűségnek örvendenek, holott egybehangzóan az állapítottatott meg, hogy a sd. készítmények a végbél felől alig szívódnak fel, legfeljebb bizonyos készítményekkel (bensolsulfamid, sulfapyridin, irgafen-natrium) végzett rectalis cseppklymák révén érhető el érdemleges hatás.

Heveny fertőző betegségekben rendszerint egy lökés elegendő, kivételesen, recidiváló orbáncban, elhúzódó pneumoniákban metapneumonias szövődmények jelentkezésekor néhánynapos szünet után a sd. lökés plena dosi megismétlendő; ilyenkor előnyös lehet a készítmény megváltoztatása. Streptococcus fertőzésekben megmaradtam a p-aminobensolsulfamidnál és pedig 3 okból: a) orbánc számos esetében arról győződtem meg, hogy hatásuk biztosabb, mint a pyridin vagy thiasolszarmazékoké, b) sokkal ritkábban okoznak gyomorpanaszokat, főleg hányást, amellet nem is szükséges az étrendet oly szigorúan körülírni, c) olcsóbbak. Orbáncban kívül rendszeresen alkalmazom őket vörhenyben tons. follic. lacun. pul-tacea vagy absced., úgyszintén lymphadenitis jelentkezésekor, otitiseknél, ha a dobhártya már para-

centáltatott vagy spontán perforált, mastoiditis vagy más gennyes szövődmény műtétek a műtétet megelőző naptól kezdve s ugyanígy — de injectiók formájában akkor, ha a vörheny alatt tonsillektomiát látók javultak (pl. nephritis, polyarthrititis, carditis). Hasznosnak tartom a sd. kezelést a gennyes tonsillitisek, az otitis, lymphadenitis nem vörhenyes eredetekor is, de ha a klinikai vagy bakt. támpontok pneumococcus fertőzés mellett szólnak, úgy inkább a thiasol vagy pyridin készítmények indicáltak. Nem alkalmazom ellenben a sd. készítményeket egyáltalában a heveny »reumás« betegségek (polyarthrititis, carditis stb.) belgyógyászati kezelésében, annak ellenére, hogy ezeket a tonsillogen vagy odontogen streptococcusfertőzés egyik tünetének tartó felfogást vélem helyesnek, éspedig azért nem, mert ilyenkor a korán, nagy adagban adott pyramidon, esetleg salicylkészítmények sokkal hatásosabbak, az ezekkel való combinatio pedig úgy a gyomor, mint a vérképző szervek szempontjából túl nagy megterhelést jelentene. A thiasol és pyridin-származékok elsősorban a pneumo és meningococcus-fertőzésekben váltak be, főjavallatuk a pneumonia crouposa, az influenzás bronchopneumoniák, orrmelléküreg és középfüllobok, a pneum. peritonitis és meningitis, nagy kedveltségnek örvendenek továbbá a staphylococcus-fertőzések és a különböző actiologiájú pyriák kezelésében, bár a coli és a staphylococcusok elleni hatásuk nem oly kifejezett. A gonorrhoea gyógykezelésében ezen sd. készítmények alkalmazása új fejezetet jelentett, de úgylátszik, hogy az urologusok, sajnos, nem követik a heveny fertőző betegségekkel foglalkozókat az adagok emelésében. A szövődménymentes influenzás, ill. megfázásos betegségekben oly nagy mértékben divó sd. kezelés véleményem szerint nélkülöz minden komoly alapot. A tüdő tbc.-hez esatlakozó streptococcus-fertőzésben értékük még alig tisztázott. A sd. készítmények helyi alkalmazása sebészeti megbetegedésekben ellenben igen nagy haladást jelent, metapneumoniás empyemák pedig korán végzett néhány lebecsátásra és ultraseptyles öblítésre bámulatatos gyorsasággal tudnak felszívódni. Ennek a kítűnő helyi hatásnak kihasználása vezetett az intralumbalis befecskendezésekhez gennyes meningitisekben. Saját tapasztalataim jók és soha károsodást nem észleltem, azonban az irodalom adatai szerint a sulfapyridin és a sulfathiasol súlyos izgalmi jelenségeket és bénulásokat is okozhat, míg a prontosilum solub. az albucid és a tibatín veszély nélkül volnának alkalmazhatók. Mindenesetre az utóbbiak befecskendezése egyébként menthetetlennek látszó esetekben indokoltnak látszik. Phlegmone, tályogok stb. kezelése sd.-okkal csak egészen initialis stadiumban vagy a megnyitás után indokolt.

Igen fontos téma a káros mellékhatások kérdése. Ezek közül leggyakoribb a hányás, mely teljesen megghiúsíthatja a peroralis kezelést. Magát a p-aminobensolsulfamidot a legtöbb beteg gyomra igen jól tűri, csupán savanyú közegben, hideg citromlében, málnaszörpben, esetleg pár csepp sósavval kell beadni, távol a főétkezések időpontjától. Sokkal nehezebb a helyzet a sulfathiasolt s még inkább a sulfapyridineket illetően. Sokan azt ajánlják, hogy ezeket a gyógyszereket levesben, tejben, pépben vagy nyákbán kell adni, de ez az eljárás sokszor cserben hagy s heveny fertőző bajokban épp ellenkezőleg az szokott beválni, ha 1—2 napig a beteg kizárólag gyü-

mölcsöt, befőtteket, kortyonként hideg gyümölcsnedveket fogyaszt, majd a diatétát óvatosan kibővítiük könnyű tésztaikkal (caces, kétszersült, felfújt) és át-tört főzelékekkel, a tejes ételeket ellenben teljesen mellőzzük. Újabb tapasztalataim szerint a hányás nem egyszer elmarad, ha a sd.-el együtt a beteg korához mérten $\frac{1}{4}$ —1 tabl. nicotinsavamidot (Vita-plex N.-et) kap. Az sd. lökés tartama alatt az egyéb gyógyszereket, különösen a digitalist ne adjuk per os. Az általános mellékhatások közül a kanyaró, vörheny, urticariaszerű, polymorph vagy erythema nodosum (cibasol!) kiütések többnyire a kúra végén jelentkeznek s önmagukban nem akadályozzák a kezelés befejezését.

Az egyéb leírt komolyabb mellékhatásokkal, mint aminők a vörösvértestek vagy a csontvelő károsodása, icterus, neuritis, kóképződés, stb., sohasem találkoztam, ezek inkább nagy összmenyiség elérése végett hosszabb időn át folytatott sd. medicatio után szoktak jelentkezni, viszont az ilyen prolongált kezelés csakis kivételes esetekben (például actinomykosis), állandó vérkép- és vizeletellenőrzés mellett lehet indokolt. Sd. készítményeket csakis ágyban fekvő, vagy legalább lakásában pihenő betegnek szabad szednie, az ambulans kezelés a főoka a gyakorlatban észlelhető általános rosszulléteknek, szédüléseknek, fejfájásoknak, elájulásoknak, stb. Megemlítendőnek tartom még, hogy sd.-okkal egyidejűleg nem szabad hexamethylentetramint, urotropint, stb.-t rendelni, mert a vizeletben az ú. n. Schiff-féle basis keletkezhet, ez a hólyagban sűrű sárgás-fehér csapadékot képezvén, dysuriás panaszokat okozhat. A sd. therapia jelenleg két irányban halad előre; az egyik kevésbé toxikus és amellet még hatékonyabb készítmények előállítására, mint aminők a carbonsavakkal acetilált, streptococcus és go. ellen hatásos albucid és az újabb, pneumococcusokkal szemben is felette hatásos irgamid, irgafen, továbbá a sulfapyrimidin és a disulfonok (tibatín), a másik irány az indicatiók kiterjesztése más fertőzésekre. Ez utóbbi csoportba tartoznak a bélben localisan ható s így főleg vérhasban tekintetbe jövő sulfaguanidin és az anaerobok ellen irányuló, aliphás gyököket tartalmazó derivatumok (marfanil). Tisztában kell lennünk azzal, hogy az egész sd.-kérdés még teljes mozgásban van, az eddig ismeretes több mint 4000 sd. vegyület között bizonyára még számos therapiásan kiaknázható van s kívánatos volna, hogy hazai gyógyszergyártásunk, mely e téren eddig az első sorokban haladt, se tekintse e kérdést az eddigi eredményekkel lezártnak.

Szirmai Frigyes dr.
közkórházi főorvos
Ujpest

A chorea minor gyógyítása nem fajlagos synergias immunisáló kezeléssel.

A polyarthrititis rheumatica gyógyításában a Bayer-gyár Paragenjével elért feltűnő sikerek arra indítottak bennünket, hogy a chorea minor, mint elfogadottan rheumás aequivalenst, ezen új, kóroktani úton próbáljuk befolyásolni és gyógyítani. Indokolt volt ezen therapiás próbálkozás azért is, mert a chorea minor idők folyamán ismertetett több kezelési módja között az új, eredeti irányt jelentő Duzár-féle soda-tonogen kezelés, amit a pécsi gyermek-

klinikán közel másfél évtizede igen jó eredménnyel alkalmazunk, a szerző eredeti leírása szerint endocarditissal komplikált chorea esetekben nem alkalmazható.

Kísérleteink kezdete óta szerzett tapasztalataink szerint a Paragen kezelés általában feltűnően jó eredményt ad tiszta, chorea minor, azaz ténylegesen rheumás aequivalensnek számító esetekben. Jó volt az eredmény még olyan esetekben is, amelyekben más módszerrel eredményt csak átmenetileg sikerült elérnünk. Ezért — legalább előzetes közlemény formájában — szükségesnek látjuk eddigi tapasztalatainkat nyilvánosságra hozni addig is, amíg immunbiológiai kiegészítéssel részletes közlemény formájában módunk lesz eredményeinkről beszámolni.

Eddig 11 chorea minorban szenvedő betegünkről számolhatunk be, akiken Paragen kúrát alkalmaztunk. Ezek közül 8-ban a kúra már befejezést nyert, 3 esetben még tart. A befejezett esetek közül 1 igen súlyos, encephalossissal és sacralis phlegmonéval komplikált, 1 ugyancsak súlyos, de csak encephalossissal komplikált, 2 súlyos és 4 középsúlyos kórkép volt. Az igen súlyos, valamint az egyik középsúlyos esetben a Paragen kúrát recidivában kezdtük el. Az igen súlyos beteg a közben fellépett sacralis phlegmonéra tekintettel antisepticumokat, transfusiókat, saját vaccinakezelést is kapott, így tehát a javulás nem írható csak a Paragen javára, de kétségtelen, hogy a Paragen megkezdésével egyidejűleg indult meg a choreás mozgások erőteljesebb javulása. A másik recidiva eset azonban Paragenre tökéletesen gyógyult. A nem komplikált esetekből kettőben a Paragenen kívül semmi más chorea ellenes szert nem alkalmaztunk, 4 esetben Paragent felváltva adtunk B₁-vitaminnal. Észleléseink szerint az önálló Paragen kúra maga is teljes eredményű volt mindkét tiszta Paragennel kezelt esetben, s a kúra eleinte naponta adott 2—2 cm³, majd másodnaponként bevitt 4—4 cm³ Paragennel 2 héten belül teljes gyógyuláshoz vezetett.

A B₁-vitamin adagolásához akkor folyamodtunk, amikor IV. esetünkben a másodnaponként 2 ízben 2—2 cm³ Paragen adására a tapasztalható kétségtelen javulást nem találtuk az előzőkhöz képest eléggé gyorsnak és intenzívnek. Másodnaponként a Paragennel felváltva adott B₁-vitamin (Vitaplex B₁ Chinoin) 10 mgr-jával azután rövid időn belül sikerült teljessé tenni a gyógyulást. Ettől kezdve aránylag kisebb adag Paragent (2 cm³) felváltva adtunk Vitaplex B₁-el, a többi kezeléshez viszonyítva aránylag rövid idő alatt sikerült valamennyi choreásunk állapotát lényegesen megjavítanunk, ill. teljesen meggyógyítanunk. Egyetlen esetben kellett kúránként 1 héttel az első befejezése után megismétel-nünk, mert bár volt lényeges javulás, de azt eddigi eredményeink alapján nem találtuk kielégítőnek, ez esetben is a II. kúra teljes gyógyuláshoz vezetett. Egy másik esetben a közben fellépett encephalosis miatt a Paragen kúrát félbe kellett szakítanunk, s az encephalosis elmúltával, bár a chorea kétségtelen javulás tüneteit kezdte mutatni, a kezelést tonogennel folytattuk.

3 esetben a kúra még folyik. Az esetek közül 2 súlyos, 1 enyhe. Két esetben alkalmaztunk másodnaponként 4—4 cm³ Paragent, az egyik súlyos esetben pedig 2 cm³ Paragent felváltva 10 mg B₁-vitaminnal. A kezelés kezdete óta eltelt 8 nap alatt máris lényeges javulás mutatkozik mindhárom esetben.

A gyógyulási idő eseteinkben 2, max. 3 hét volt, recidivát kísérleteink kezdete óta eltelt 8 hónap alatt egy esetben sem észleltünk. Önálló Paragen kúrához adagul 1—2 napig a naponta, aztán a másodnaponként adott 4—4 cm³ Paragen látszik megfelelőnek, a szükség szerint változó ideig (négyezer, hatszor ismételve), de 2 cm³ Paragen is elég, ha felváltva adjuk másodnaponként Vitaplex B₁-el 10 mgr-os dosisban.

Kezelési módszerünk előnyét abban látjuk, hogy egyszerű intramuscularis injectiókkal, a betegnek okozott különösebb kellemetlenség nélkül, akár ambulánsan, aránylag rövid idő alatt sikerül eddigi tapasztalataink szerint recidivamentesen meggyógyítanunk a chorea minorban szenvedő beteget.

Ujsághy Pál dr. és Varga Ferenc dr.

Kérdés — Felelet

Kérdés: Jár-e himlőoltáskor az oltó orvosnak az 1876:XIV. tc. XIII. 98 §-a szerinti természetben kiállítandó fuvar vagy megváltás, vagy pedig erre is vonatkozik a 100/1939. B. M. sz. r. 4. §-a?

Felelet: A 777/1942. B. M. sz. rendelet 18. §-ának (2) pontja szerint »a közegészségügyi szolgálat ellátásával, a szegénybetegek látogatásával és a hevenyfertőző betegségek elleni védekezéssel kapcsolatban felferült fuvar (fuvardíj) ... a községet terheli«. Ugyanennek a rendeletnek (3) pontja szerint »a törvényhatóság első tisztviselője ... elrendelheti, hogy az előbbi bekezdés értelmében járó fuvart (fuvardíjat) a ... község általánnyal megváltsa«.

Ha tehát a körorvos fuvarátalányt élvez, a himlőoltási fuvart ebből köteles fedezni.

Atzél Elemér dr. min. tan.

Helyreigazítás. O. H. folyó évi június 26-i számban megjelent Heinrich Emil dr. cikkében az utolsó bekezdés alulról számított 5. sorában a »ne« szócska kihagyandó.

A 28. számban Milkó Vilmos prof. »Csontvelőszög« c. cikkének első sora helyesen így hangzik: a végtagcsontok modern töréskezelésének két fontos követelménye.

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 kórbonctani, rendőri és törvényszéki boncoláshoz. 265 oldal és 10 oldal színes műmelléklettel 5.— P
- Soós Aladár:** Etrendi előírások IV. bővített kiadás 5.— „
- Horváth Boldizsár:** A gyakorlati orvos orthopaediája. 230 old., 110 ábra és 16 old. műmelléklettel 4.— „
- Benderek István és Külley László:** Gyógymasszázs és mechanoterápia. 240 oldal, füzve 4.— „

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

laesiók, myodegeneratio, vitium cordis, coronaria bántalmak.

EKG átvezetési ideje gyakran meghosszabbodott vagy a normalis felsőhatárnál van idősebb korban. A sejtek vitalitása csökken, a salakanyagok felhalmozódnak. Az ilyenkor jelentkező egyszerű szívelfáradás myodegeneratio cordis, mely tompa szívhangok bradycardia, az előbb említett átvezetési idő meghosszabbodásaként jelentkezik az aurocard liquidum, naponta háromszori evőkanállal való adás által jól befolyásolható. A pulzus teltebb lesz, a vizelet majdnem mindig megszáporodik, az átvezetési idő megrövidülését is tapasztaltuk. Manifest tüneteknél nagyfokú légszomj, oedema, cianozis, esetleges arhythmia, tachicardiánál — erélyes digitalis- vagy strophantin-kezelés volt a helyénvaló. Itt az EKG már súlyosabb degeneratiós laesióra utalt, az EKG-ban a T-hullám alacsony vagy negatív, az ST-szakasz az isoelektromos vonalban depressziós. Jó eredménnyel adtuk az aurocardot, utána 2—3 hetes periodusokban. Az eredeti súlyos tünetek hosszú időn keresztül nem tértek vissza, még a digitalis-érzékeny betegeknél sem csinált semmiféle kellemetlen tünetet. Digitalis adagolás után nemcsak cumulálódás, de olyan ismeretlen folyamat zajlik le a szívizom-sejtekben, mely érzékennyé teszi, így még az aurocardban levő küszöb alatti digitalis értékkel is a hatás fenntartható.

A szív állapotáról a műtéti előkészítéseknel használt pulzus amplitudo, szívfunctiós index meghatározások mellett az EKG adja a legmegbízhatóbb képet vizsgálataink szerint. Ha komolyabb laesiót, degeneratív elváltozást mutat a myocardium, az aurocard önmagába nem elegendő, de mindig sikerrel adható a műtéti előkészítés és utókezelésben, mert a keringési zavarok, pulzusszáporulat, szívdobogás ritkábban lépnek fel. Ezen megállapításainkat Móra klinikai vizsgálatai is megerősítik.

Jó eredménnyel adtuk azonban a septicus (carbunculus, flegmone stb.) műtéteknél. A láz, toxicus behatások rossz közérzetet, átmeneti tünetként szív sensitívokat, pulzusszáporulatot okoznak. Mintegy 30 betegon végeztünk ily irányú vizsgálatot, a realis vizsgálati eredmények elérése céljából a beteganyagot két csoportra osztottuk: A) csoportnál aurocard liquidumot adtunk 3×1 evőkanállal, a B) csoportnál gyógykezelés nem történt, az előbbi csoport ellenőrzése végett. Két csoportra osztott betegeinken azt láttuk, hogy akik aurocardot kaptak, az előbb említett tünetek ritkábban vagy egyáltalában nem jelentkeztek, míg a controllesoportnál változatlanul fennállottak. A fertőzések lázas napok jobb teherbírása mellett, gyógyulási tendenciájuk is jobb volt. Ennek magyarázatát talán az aurocardban levő aranyban kell keresni. Hatásmechanismusa nem teljesen tisztázott, de még kis adagban is a szervezet biológiai reakcióképességének emelése, áthangolásával, mint nem specifikus ingeranyag jöhet tekintetbe. Feld szerint a reticulo-endothelialis rendszerre is hat. Általános regenerátor.

Fahrenkamp vizsgálatai szerint nagy jelentősége a fertige Herzkrankheit-nek az »unfertige Herzkrankheit«-tel szemben. Néhány subjectiv panasz idővel pozitív szívleletben igazolja a beteg előbbi panaszainak jogosultságát (Margittai). Ilyenkor a beteg panaszainak enyhülése teszi indokolttá a gyógyszer rendelését. Psychikus okok: az idegrendszer érintő tartós behatások, lelki emótiók, idegrendszeri úton hatnak a szívre. Ilyenkor a vegetatív

idegrendszer diszharmoniaja folytán a szívizom hypoxaemiája jön létre, amely szívtáji fájdalmakat vált ki. Gyakran kórbonctani, kórszövettani gondos vizsgálatok nem tudnak kimutatni elváltozást, bár a betegek mellszorogás, szívtáji fájdalomról panaszkodnak. Itt az arteriolák görese, angiospasmusa előbb csak tüneti, majd később esetleg a myocardium parenchimas degenerációját okozza, megváltoztatva a szívizomzat szövettani vegyi képét, ezáltal gyengítve funkcióképességét.

Az idevonatkozó beteganyagunkat két csoportra osztottuk:

1. Tisztán tüneti panaszok (szívtáji szorongás, fájdalmak).

2. Subjectiv panaszok mellett enyhe myocardium, coronaria-bántalomra utaló tünetek.

Mintegy 15—15, összesen 30 betegnél végeztünk vizsgálatot.

A kivizsgálás után az e csoportba sorolt betegeknél az aurocard adagolását görcsoldók, enyhe sedatívumok (papaverin, sevenalet stb.) adagolásával kapcsoltuk össze, ilyenkor az előbb említett panaszok enyhülése, sőt eltűnése mindig bekövetkezett. Ott, hol a subjectiv tünetek mellett már myodegenerációra utaló jelek is voltak az EKG-ban az ST-szakasz kiemelkedését nagyobb T, mint pozitív tünetet láthatunk.

Az aurocardban a nálunk kevésbé ismert és ritkábban használt cactus-grandiflora. Fühner a myocardium összehúzódnási képességének fokozásán kívül annak erő és időtartami emelését, szóval a szívregenerációra való pozitív hatását írja le. Aulde szerint a szív működést normalizálja. Engstad, Hills az angina pectoris specificumát látják benne. Talán ezen hatásmechanismusa igazolja tapasztalt jó eredményeinket, részben a keringés rendezése, az elhasznált salakanyagok eliminálása, másrészt talán az ideggócek ingerlékenysége folytán fennálló görcs-késztség csökkentése által. A gyakran csak EKG által észlelhető coronaria sclerosis, spasmus által a myocardiumban keletkezett hypoxaemiás állapot a myocardium hiányos táplálkozása folytán fokozatosan kifejlődő parenchimas degenerációra vezet (Radnay). Ezért fontosnak tartjuk ilyenkor a megelőzés céljából aurocard adagolását.

A szívizom regenerációját *Török, Mikó, Balogh A.* szívizomkivonatok adagolásával látják kedvezően befolyásolni. Valószínű, hogy a sejtekben végbement irreperabilis változások nagymértékben megszüntetik a restitutiót. A meglévő ép vagy restitúcióra alkalmas sejteknél a további degeneratív folyamatot megakadályozza, fokozódását késlelteti.

A fellépett vizenyő mobilizálását gyorsan sikerült elérni ott, hol az aurocardot adtuk, ennek okát valószínűleg nemcsak a keringési viszonyok rendezésében, de az aurocardban levő fémsó diuretikus hatásában kell keresni.

A strichnin mint tonisalo, a camphor a vasomotor központ tonus emelésével támogatják a szív küzdőképességét.

Szükségesnek tartjuk megjegyezni, hogy a kávéskanalként háromszor napjában adagolást nem tartjuk kielégítőnek s ott, ahol ezt a dosist kétszer vagy háromszor egy evőkanállal adtuk, eredményeink is jobbak voltak. Ezekben foglaltuk össze vizsgálataink eredményét, bátran mondhatjuk, hogy az aurocard alkalmazása a helyesen felállított diagnózis és jól megválasztott esetekben a betegágnál nem fog cserbenhagyni.

IRODALMI SZEMLE

SZEMESZET

Rovatvezető: Grósz István.

Mikroszkopikus nagyságú idegentest okozta szem-sérülések, *Neuweiler*. (Dissert. Zürich, 1943.) Az intraocularis apróbb fémszilánkok, vagy gyenge árnyékot adó kő vagy üvegszilánkok röntgenfelvétellel való localisálására alkalmas módszert írt le a szerző: Vogt methodusát. Ennek lényege, hogy a koponyacsontok nem kerülnek a felvételre. Hátránya, hogy csak a bulbus elülső részét lehet megvizsgálni, apróbb szilánkok azonban rendszerint a corpus ciliareban akadnak meg. Tekintve, hogy exophthalmusnál olyan részek is jól láthatók, melyek különben nem kerülhetnének a képre, 3 cm³ 1%-os Novocaint adnak retrobulbarisan. Csontmentes röntgenfelvételt javasolt, ha gyanú van intraocularis idegentestre, közönséges röntgenfelvétel azonban nem mutat semmit; ha az intraocularis idegentest gyenge árnyékot adó szilánk (üveg); vagy ha az idegentest nagyon kicsi és helyét pontosan akarjuk meghatározni. A szerző részletesen leírja a felvétel készítését. Specialis filmet használnak, melyet a nasalis kötőhártyaszákba, majd az alsó szemhéji áthajlásba vagy az alsószemhéj alá helyeznek el. A beteget különböző irányokba nézette több felvételt készítenek. Pontosabb localisálás elérésére bizonyos helyeken a bulbuson fémjeleket helyeznek el, lehetőleg közel az idegentesthez. (G. 38.)

Bárdy Károly dr.

Quarzolás és fogyókúra jelentősége tuberkulotikus szembajok gyógyításában. *Seiler*. (Schweizerische Med. Wochenschrift 1940. No. 51.) A tuberkulotikus szembajok általános kezelését illetően a szerző az egész test ibolyántúli sugárakkal való besugárzását emeli ki mint rendkívül hatásos gyógymódot. Napi 1/2–1 órai quarzolást 1 éven át adva még a visszaesést is megakadályozták. Az ilyen tartós besugárzással pótolták vagy kiegészítették a magaslati helyen való tartózkodás gyógyhatását. Súlyosabb esetekben a kezelést fogyókúrával kombinálták s nagyon jó eredményt értek el. Vogt érdekes megfigyelése, hogy a roborálás tuberkulotikus eredetű iridocyclitiseknél sokszor káros hatású. Kiemeli a szerző, hogy a tuberkulotikus eredetűnek látszó szembajok kóroktanának tisztázása mindig nagyon fontos, mert gyakran okozhat hasonló bajt lues, vagy valamilyen gócfertőzés. (G. 37.) Bárdy Károly dr.

Laxoptin

Ideális, enyhe hatású hashajtó. Éveken át jó eredménnyel szedhető

Lalkus propagandával nem vezetjük a közönséget gyógyszerítésre

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

diavit
A+B+C+D VITAMIN
Tápanyagok alapanyagán

TÖRZSKÖNYVEZETT ÚJ MAGYAR
POLYVITAMIN KÉSZÍTMÉNY

1 tábla 36 szelet

Diachemia

STRAUB SÁNDOR GYÓGYSZERÉSZETI ÉS VEGYÉSZETI LABORÁTORIUM
BUDAPEST, VI., TERÉZ-KÖRÚT 27.

A fluor oki kezelése

Forgalomba hozza:
Magyar Pharma Gyógyáru Rt.
Budapest—Kolozsvár

DEVEGAN

»Bayer»
Leverkusen

alkalmazása tiszta és egyszerű

BÖRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Szép Jenő.

Gonococcusok vital-festése. *Mejer zu Schweichel*. (Archiv f. Dermat. u. Syph. 183. 4.) Acridinorange-oldattal festett élő sejtek zöld, holtak rézvörös fluorescáló színt adnak. *Strügger* módszerével festett gonococcusok hasonló tulajdonságot mutatnak. Friss húgycsőváladékot ezen festés után vizsgálva, elhalt hám- és fehérvérsejteket talált, utóbbiból néhány élő is. Élő gonococcusok csak sejten kívül találhatók, phagocytosisnál elpusztulnak. A festés nem pusztítja el a csirokat, ezért a megfestett váladékból is kitenyészthető a gonococcus. (Sz. 27.)

Kertész Tivadar dr.

Kísérletek urethralis és vesicalis sensibilizálással. *Pastinszky I.* (Acta dermato-venereologica, 1943. 24., 1.) Tengerimalac-kísérletekben az ép hólyagba és húgyeső nyálkahártyára vitt lóserum az állatot nem tette túlérzékeny állatokon sem idézett elő anaphylaxiás tünetet, mert az ép nyálkahártya olyan anyagoknak, melyek fajidegen tulajdonságukat még nem veszítették el, a véráramba jutását megakadályozza. Ha azonban a nyálkahártyán mesterségesen gyulladást idézünk elő, felszívódási viszonyok a hyperaemia, oedema és fellazulás következtében úgy változnak meg, hogy az állatokon intravesicalis és intraurethralis antigen-bevitellel is sikerül túlérzékeny állapotban anaphylaxiás tüneteket (hőmérsékletemelkedés, görcsök, légszomj) kiváltani. Az antigen felszívódása függ a hólyag- és húgyesőnyálkahártya károsodásától, az antigen koncentrációjától és természetesen ennek a hólyagban időzésétől. (Sz. 28.)

Szép Jenő dr.

Korszerű kankókezelés válsága. *Veress F.* (Dermatologica, 1943.) Szerző megfigyelései szerint az utóbbi időben jelentősen emelkedett a sulfonamid-resistens gonorrhoea-esetek száma. Ilyen esetekben többnyire megkísérli az adagok emelésével és a lökések számának fokozásával érni el eredményt. Szerző óva int ezektől az eljárásoktól nagyobb adagok károsító hatásának veszélye miatt. A sulfonamidokat általában csak olyan esetekben alkalmazza, melyekben azok elkerülhetetlenül szükséges, mert a szer kiterjedt használata számos resistens-törzs kitermelésének veszélyét rejti magában. Ezért azt ajánlja, hogy minden friss gonorrhoea esetében az általa és Goldberger által kidolgozott tryptaflavin-öblítésekkel kezdjük a kezelést, melyek az esetek mintegy 20%-ában abortív, további 20–30%-ában 1–2 héten belül gyógyulást eredményeznek. Ha ez a terapia eredménytelen, akkor térjünk rá a sulfonamidok óvatos adagolására. (Sz. 29.)

Szép Jenő dr.



Éjszakai nyugalmat BIZTOSIT A **NOCTAL**
 (Acidum *Α*-bromallyl-isopropyl-barbituricum)
 ANÉLKÜL, HOGY A KÖZÉRTETET RONTANA

Üvegcsőben 10 darab 0.2 g-os tabletta

J. D. RIEDEL - E. DE HAËN A.-G. BERLIN
 Magyarországi képviselő: Dr. LÁNYI LAJOS BUDAPEST, VIII., RIGÓ-UTCA 10 • TELEFON: 339-756

MALTI RON

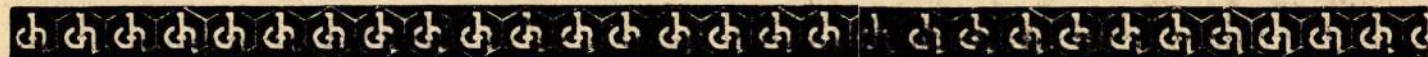
Prof. Hainiss előírása szerint készített, az íróhoz hasonló fehérjedús, zsírszegény, szénhidrátokkal kiegészített gyógytápszer

Hasmenéses csecsemők részére

Javallva: Dyspepsia, dysenteria, entero-colitisek és exsudatív diathesis bélmanifestációi eseteiben.
Alkalmazása: a hasmenést esökkentő gyógytáplálékoknál szokásos irányelvek szerint.

Szabadon rendelhető: Közgyógyszerellátás terhére

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



TROPARIN COMBINATUM-CHINOIN

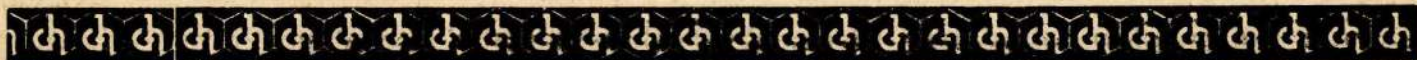
Novatropin 0.002 g + papaverin 0.04 g + Sevenal 0.02 g

Fokozott hatású görcsoldó- és megnyugtatószer

MINDENNEMŰ SIMAIZOMGÖRCSES MEGELŐZÉSÉRE ÉS KEZELÉSÉRE

20 tablettás csomagolás

Engedélyezve a Közgyógyszerellátás, illetve Államkincstár terhére.



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 osztálya:
Budapest VII., Károly király-ut
13–15. VI.

STRYCHNOPHOSPHARSEN,

AZ IDEGCASUSOK
ROBORANSA

„CERTA” GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R.T. BUDAPEST

KÖNYVISMERTETÉS

Verebély Tibor emlékének egy 538 oldalas ünnepi formába öntött könyvvel hódol *Matolay György prof.* vezetésével a budapesti I. sebészeti klinika. Azok a szívből jövő szavak, melyekkel Matolay az 1941 és 1942 évek munkáit bevezeti, még a legtávolabb állókkal is megéreztetik, hogy ki volt Verebély Tibor örökké hálás és mesterükre büszke tanítványainak s az utána következő 44 komoly és nagy alapossággal megírt dolgozat pedig, hogy ki volt ő a sebészet tudománya és művészete terén. Az emlékkönyvet jól sikerült arcképe díszíti, melyről jóságos, de veséig ható tekintete sugárzik felénk.

A 44 dolgozat 28 szerzője valóban elismerésre méltó értékes munkával hódolt nagy mestere emlékének. Vanak közöttük a két, sőt három ívet is meghaladó monográfiák, mint *Verebély Tibornak*, az apához méltó fiúnak második tanulmánya a vastagbélsebészet időszerű kérdéseiről, *Soós Józsefnek* a Menière tünetcsoportról, *Marik Miklósnak* a gyomorfekély sebészi kezeléséről írott nagyobb munkái. De a kisebb terjedelműek sem maradnak értékben hátrább, hiszen jórésztük olyan avatott ítéletű és tollú szakemberektől ered, mint *Matolay György*, *Matolcsy Tamás*, *Nánay Andor*, *Schmidt Albin*, *Szepessy Zoltán* és *Puky Pál* és a két kiváló munkatárs: *Ratkóczy Nándor* és *Egedy Elemér*.

Az emlékkönyv kiállítása, anélkül, hogy hivalkodó volna, elsőrendű s az egyetemi nyomdát dicséri, szövet-tani és Röntgen-ábrái tökéletesek. Azt hisszük, hogy evvel a szép és úgy magukhoz, mint az előadói székéből sirba hanyatlott mesterükhöz méltó emléket állítottak a tanítványok Verebély Tibornak, kinek ragyogó emléke mindnyájunk szívében élni fog, akinek szellemének varázsa alatt állottunk.

Vámossy

VEGYES HIREK

Halálozás. *Fátyol Dezső dr.* m. kir. egészségügyi főtanácsos, Borsod vármegye ny. tb. tisztifőorvosa 77 éves korában július 12-én; *vitéz Dániel Gábor dr.* egyet. m. tanár, az Erzsébet királyné szanatórium osztályvezető főorvosa 49 éves korában július 14-én Budapesten elhunytak.

Szabadságon vannak: *Rejtő Sándor dr.* július 15—augusztus 20-ig. *Horányi Béla dr.* július 1—31-ig. *Ranschburg Pál dr.* július 22—augusztus 19-ig.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1943. évi pályadíjainak nyertesel. A Budapesti Királyi Orvosegyesület folyó évi június 11-én tartott évzáró közgyűlésén nyújtotta át dr. Bakay Lajos elnök az egyesület 1943. évi pályadíjait a nyerteseknek. A Balassa-díjalap jutalomdíját *dr. Burger Károly* »Szülészeti« című munkája, a Szenger Ede jutalomdíját *dr. Gontvay György* »Munkásegészségtan« című pályaműve nyerte el. Az Orvosi Hetilap jutalomdíját a bírálóbizottság *dr. Makara György* »A tetű ellenállóképességéről magas hőmérsékleten« című, a Mészáros Károly jutalomdíját *dr. Törő Imre* és *dr. Szépe Lajos* »Untersuchungen über die Frage der Assimilation und Manifestation des Atlas« című közleményének ítélte oda. A Friedrich Vilmos jutalomdíját *dr. Mihályhegyi Géza* »A látóélesség-csökkenés jelentősége a munkaképességben és a pályaválasztásban« című pályaműve, a Widder Ignác jutalomdíját *dr. Solti Ferenc* »A Rocky Mountains fever« erdélyi előfordulásáról« című közleménye nyerte el. A br. Herezsl Manó jutalomdíjjal a bírálóbizottság *dr. Király József* »A pajzsmirigy sebészete« című munkáját koszorúzta meg. A Schaffer Károly emlékérmét *dr. Lehoczky Tibor* nyerte el az utolsó két évben megjelent számos idegkórtani közleménye, főleg pedig a myelopathiákkal foglalkozó tanulmánya alapján. A Tauszk Ferenc jutalomdíját, amely az egyesületi év

UROCARMIN-CHINOIN

vizeletfertőtlenítő-festékkészítmény

20 és 50 tabletta

A nagyméltóságú m. kir. Belügyminiszter Úr 320.000/1942. B. M. sz. rendelete értelmében az államkincstár, illetve a közgyógyoszerellátás terhére (O. K. I. felügyelete alatt működő zöldkeresztes intézetek, anya, — csecsemő, — és kisdévedelmi intézetek, egészségvédelmi szolgálat részére) rendelhető:

DEMALTOS CSECSEMŐ TÁPCUKOR

(dextrin-maltose) Soxhlet elvei szerint cukor helyett, hasmenésre hajlamos, vagy mester-ségesen táplált csecsemők részére, dyspepsiánál, nyári hasmenésnél, erjedéses székletek esetében, elválasztás idején kítűnően bevált, mert sem székrekedést, sem hasmenést nem okoz. Forgalmában: 300 g-os rendes, 3500 g-os kórházi és 150 g-os közalapi csomagolású dobozokban. Tojkonyhák részére, Budapest Székesfőváros Anya-, Csecsemő- és Kisdévedő Intézetei, OTI, MABI, MÁV BBI, Magy. Kir. Posta- és Postatakarékpénztári BBI, m. kir. állami gyermekmenhelyek, budapesti és vidéki klinikák, kórházak részére is rendelhető.

A Keller-féle malátaleves pontos és gyors előállítására

MALTOSIT TÁPLISZTET

ajánljuk! Különösen bevált csecsemők idült táplálkozási zavarainál és az azokból származó hypotrophiánál; obstipatiós hajlammal, exsudatív dyathesisnél: 300 g-os eredeti rendes, 150 g-os közalapi és 3500 g-os kórházi csomagolású dobozokban.

Ugyan úgy rendelhető, mint a Demaltos csecsemő tápcukor.

SZITMALTIN

szénhidrátdús erősítő tápszert rendeljünk minden esetben, amikor erőteljes táplálkozásra 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 kisdédek és gyermekek erőbeni állapotának feljavítására. Forgalmában: 500-, 250- és 100 g-os rendes, 250 g-os közalapi és 2500 g-os kórházi csomagolású dobozokban.

Engedélyezve: OTI, MABI, M. kir. Posta- és Postatakarékpénztár BBI, Budapest Székesfővárosi közpórházal és tüdőbeteg gondozó intézetei részére.

Gyártja: KÖBÁNYAI POLGÁRI SERFŐZŐ ÉS SZENT ISTVÁN TÁPSZERMŰVEK R.-T. Budapest X., Maglódi-út 17.

folyamán elhangzott legjobb előadás jutalmazására szolgál, dr. Szentágothay János nyerte el, 1942 december 4-én »A vestibularis nystagmus anatómiai alapja« címmel tartott előadásával.

Orvosi Hetilap kötött évfolyamok 1923—1932-ig eladók. Cím a kiadóhivatalban.

A frontátvonulások áttekintése 1943 március második felében. A március 16-ától 31-éig terjedő 16 napos időszak alatt 29 betörési front és 8 felsiklási front átvonulását észleltük, tehát a frontok száma nagyjában normalisnak minősíthető. A betörési frontokból 2 erős, 13 mérsékelt és 14 gyenge fejlettségűt jegyeztünk fel. A felsiklási frontokból 1 volt erős, 6 volt mérsékelt és 1 gyenge fejlettségű.

A budapesti frontátvonulások részletes történetéből kiemelendő mindenekelőtt az első 10 nap aránylag gyenge frontjainak meglehetősen szabályos időközökben való fellépése, azután a márc. 29-én 10 órakor átvonult erős felsiklási front, az ugyanazonnap 11 órakor és 22 órakor átvonult két erős betörési front, valamint a hozzájuk csatlakozó csekélyebb fejlettségű frontátvonulások. Az időadatok március 29-étől kezdve nyári időszámítás szerint értendők.

Aujesky dr.

Szerkesztőségünk és kiadóhivatalunk július és augusztus hónapokban hétfőn és szombaton hivatalos órát nem tart.

DIGESTOL Klinikailag kipróbált és évtizedek óta bevált

gyomor- és bélregulátor

Emésztésjavító, savkötő és enyhén hashajtó tulajdonságai folytán hyperaciditás, gastrointestinalis zavarok, gyomorbélhurut, gyomor-atonia, ideges dyspepsia, idült székrekedés, ödémák valamint vérértékesítő gyomorpanaszainál kitűnő eredménnyel alkalmazható

SZENT PÉTER gyógyszerészeti laboratórium

Budapest, V., Pozsonyi-út 1. — Telefon: 121-547

FAGIFOR „CITO“

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lactocreasot-syrup

Ideális enyhe expectorans

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

CITO gyógyszerészeti gyár
Budapest, XIV., Lengyel-utca 33. szám.

Lapunk mai számához a Phylaxia szérumtermelő rt. »POLYSAN«-ról szóló melléklete van csatolva.

Szülészeti, fogászati általános orvosi műszerek eladók. Közelebbi megtudható Bánkúti Zsigmond gyógyszerész, Maroshévíz.

Óskeresztény laboratóriumi asszisztensnő klinikai és kórházi gyakorlattal Budapesten állást keres azonnali belépésre. Cím: Tichy, Szombat-hely, Léka-utca 17.

Orvosi rendelő, jól felszerelt, nagy praxissal, szépen bútorozott lakással, fürdőhelyen bérbeadó azonnal. Dr. Nyitrai Lászlóné. Harkányfürdő. (Baranya m.)

FELELOS KIADO: VAMOSSY ZOLTAN.
A szerkesztő kedden és pénteken 12 és 1 óra között fogad.

Friss növényből
standardisált
gyógyszerkészítmény

Madaus

Digitalis Teep
t a b l e t t a

KÉSZÍTŐ: SZILÁGYI BUDAPEST; DR. MADÁUS MEGBIZÁSÁBÓL.

Szabadon rendelhető
MÁV. B. B. int., Szfv.
közkórházak terhére.

Főorv. eng. Hajózási
B. B. int.

Forgalomba került:

Pénzt. csom. 30x0.05 g
ph. á. 40x0.05 g
üv. á. 100x0.04 g

1 tabl. = 0,05 g
standard digit.
levélpor hatóértékével

Reumás megbetegedéseknél, heveny és idült
Polyarthritisz, Ischias, Neuritisz, Endokarditisz
eseteiben

Detoxin

stimuláló és méregtelenítő hatású.
A természetes ellenálló erőket fokozza.

JOHANN A. WÜLFING
BERLIN SW 68.

PACYL

fokozott vérnyomásnál

kíméletesen csökkenti a megnövekedett vérnyomást,
oldja az érgörcsöt,
enyhíti a szubjektív panaszokat.
Perorálisan szedve hatékony.

DTWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A. G. · BERLIN-WAITDMANNSLUST
Irodalommal és orvosi mintával Hygiea R. T., Kolozsvár, Kando Kálmán u. 13 szolgál

Quadronox

**megbízható altatószer
mely már kis adagból (fél tablettát)
is üdítő almot és mélyebredést
biztosít**

**10 és 20 tablettás
csomagolások**

Adatokkal készséggel szolgál:

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

Uricedin

anyagát hártsóknál, mint köszvény, rheuma, ischias, vese-,
hólyag-, prosztata- és májbetegségeknél, bélrenyheség és gyomorbetegségeknél.

Magyarországi vezetőkereskedő:

Medichemia Gyógyszer- és Ártalmatlanító Gyára R. T.

Budapest, X., Halgatócsanak 14.

J. E. Stroschein

Chemische Fabrik K. G.
Berlin

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26., IV. em.
Telefon: 245-112.

Ingyenes lízhasználat.
(Kérje a portástól!)

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy
22.968. számú postatakarépképzőtári csekkzámlánk javára.
Romániában: Borsos Béla dr. Arad, Str. Gen. Grigorescu 5.
Slovaquiában: Eleőd Solt. Handels- u. Kredit-B. Bratislava.

A Magyar Orvosi Archivumra 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 belső díjak + portó-
költség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyed-
évre negyede, egy hóra 2-50 P.

SYMPATOL

A SZIV ÉS VÉRKERINGÉS GYÓGYSZERE

Indikációk:

Az erek hypotóniával párosult tónuscsökkenése:

Rekonvalescentia - Hypotónia - Terhesség - Öregkori panaszok

Általános keringési gyengeség:

Grippe - Diphtheria - Tuberculosis - Typhus - Pneumonia

Súlyos kollapsus:

Műtétek - Szülések - Vérvesztés - Shok

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



Tudományos osztálya:
Budapest, VII., Károly
király-ut 13-15. VI.

Corediol

PYRIDIN- β -CARBONSAVDIAETHYLAMID
KÁMPORPÓTLÓ ANALEPTICUM

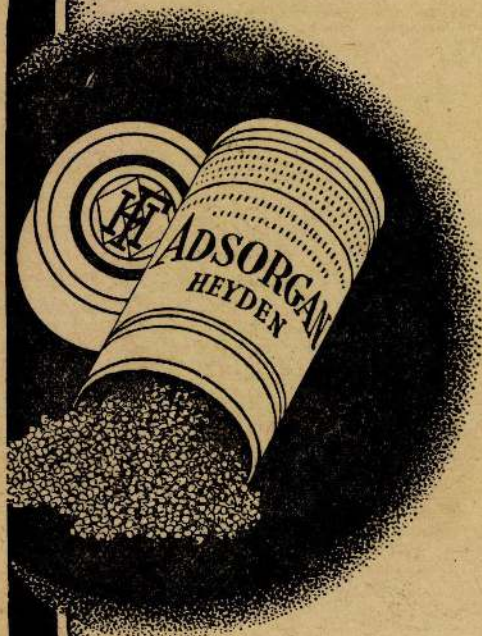
**AZ ÉLETFONTOSSÁGÚ
VEGETATIV KÖZPONTOK
SPECIFIKUS IZGATÓ SZERE**

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

CSOMAGOLÁS:

SOLUTIO:
10 cm³-t tartalmazó üvegekben.

INJECTIO:
5 db 2 cm³-es ampullát és 3 db
5 cm³-es ampullát tartalmazó
dobozokban.



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

ADSORGAN-HEYDEN

a bél méregtelenítésére

Chemische Fabrik VON HEYDEN Aktiengesellschaft

Magyarországon forgalomba hozza:
Walter & Dummel, Budapest V., Mérleg-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:

Melzer Miklós és B. Döbrentey Ilona: Van-e ellentét a a bőr és az idegrendszer syphilise között? (373—375. oldal.)

Simon Lajos: Izületi tok angioma ritka esete. (375—376. oldal.)

Füzy (Fürst) Márton: Bokaizületi merevség kielégítő lábmozgásokkal. (376—380. oldal.)

Scheitz László: Fehér ember élete a forró égöv alatt. (380—381. oldal.)

Irodalmi szemle. (381. oldal.)

Könyvismertetés. (382. oldal.)

Dudich Endre és Hankó Béla: Válasz dr. Makara Györgynek. (384—385. oldal.)

Lapszemle. (386. oldal.)

Vegyes hírek. (386. oldal.)

A pécsi Bőrgyógyászati Klinika közleménye. (Igazgató: Melzer Miklós ny. r. tanár.)

Van-e ellentét a bőr és az idegrendszer syphilise között?

Írta: Melzer Miklós dr. és B. Döbrentey Ilona dr.

A syphilis kórtanának legérdekesebb kérdései közé tartozik, az a részleteiben még tisztázatlan, de a gyakorlatban már régóta tapasztalt ellentét, amely a bőr és a belső szervek, különösképpen a bőr és az idegrendszer között e szervek megbetegedésében megnyilvánul.

Így ismeretes, hogy a syphilis korai szakában, az úgynevezett neurorecidívák jelentkezésekor a bőrön már legtöbbször nem találunk kiütést; de még feltűnőbb ez az ellentét a syphilis későbbi szakáiban. Bőrtünetek hátgerincorvadással, még inkább agylágyulással társultan a szakemberek egy nagy csoportjának a felfogása szerint vagy nem fordulnak elő, vagy a legnagyobb ritkaságok közé tartoznak.

Ezt a gyakorlatban már régi idő óta felismert ellentétet Fournier, majd Erb azzal magyarázta, hogy az erősebb bőr- és nyálkahártyai kiütések csökkentik a szervezet neuroluesre készségét. Hoffmann E., Finger és mások pedig felvették, hogy a bőr késői syphilise megvédi az idegrendszert a »metalues«-tól. Ilyen elgondolás alapján jelentette ki az 1908. évi bécsi orvosi nagygyűlésen Salomon: minden syphilisesnek kívánja, hogy fertőzése után 2—3 év múlva harmadlagos bőrsyphilideket kapjon, mert ily módon — legalább is a gyakorlat ezt mutatja — elkerüli a hátgerincorvadást és az agylágyulást.

A bőr és az idegrendszer közötti antagonizmus legtöbbször kettős. A bőrben nagyobb fokú visszahatást keltő syphilis, úgy látszik, védi az idegrendszert a későbbi »metalues« ellen, viszont kifejlődött hátgerincorvadás vagy agylágyulás érzéketlenné teszi a bőrt a felülfertőzéssel szemben. Agylágyulásban a bőr védeltsége a syphilises fertőzéssel szemben már a spirochaeta pallida felfedezése előtti

időben Hirsch, Kraft—Bing észlelései révén ismeretes volt. Ennek a védeltségnek a fennforgását bizonyítják többek között Steiner kísérletei is, aki syphilises házinyúlanyagnak gyógyszerpontonból történt ojtásai alkalmával agylágyulásos betegeken azt tapasztalta, hogy az ilyen beteg bőre a syphilises felülfertőzéssel szemben teljesen védett; az ojtás után keletkező csomócskában spirochaetát kimutatni nem sikerült. Ugyanilyen eredményre vezettek különben Scharnke hasonló vizsgálatai is. Ez Steiner szerint arra mutat, hogy a syphilis későbbi szakáiban a spirochaeta számára inkább a szervezet belsejében kedvezőbbek a viszonyok, s a bőr a kívülről befelé, vagy belülről kifelé irányuló fertőzésnek ellentáll.

De az az újabb tapasztalat is, hogy a »metalueses« beteg bőrén lázkezelések után olykor gummák támadnak, Steiner szerint a bőr és az idegrendszer említett antagonizmusa mellett szól.

A bőr és az idegrendszer közötti ellentétnek az okát, minden valószínűség szerint, immunbiológiai történésekben kell keresnünk. Főleg Much, Moro, Müller E. F. vizsgálásai alapján tudjuk, hogy a bőr az ellenanyagok termőtalaja. A legkülönfélébb ingerek kiválthatják, fokozhatják a bőr befelé irányuló védőtevékenységét, amelyet Hoffmann E. esophylaxiának nevezett el. Hesse a fény, Bruck, Kaznelson és Lóránt a röntgensugarak hatására az ellenanyagok szaporodását észlelte. Neuber szerint a bőr gyulladása kapcsán átalakuló fehérjék parenteralis hatása játssza ebben a főszerepet.

Mulder a forró égöv alatt élő bennszülöttek syphilisének az enyhe voltát az erős légköri ingerek jó hatásával magyarázta. Hesse szerint Afrikában a hátgerincorvadás és az agylágyulás ritkaságának az oka a napsugárzás esophylaxiát fokozó hatásában rejlik. Ezt az elgondolást Hoffmann E. és Carrière is elfogadta, Breiger pedig a syphilis gyógyításában is értékesíteni akarta. Szerinte általános fényfürdőkre a syphilis gyorsan és véglegesen gyógyulhatik. Ilyesféle elgondolások alapján társította Hauptmann a syphilisellenes kezelést higanygőzlámpás besugárzásokkal s ezen az alapon alkalmazta Rajka és Radnai a metalues kezelésére az utólagos

ibolyántúli besugárzásokkal egybekötött saját vérbe-föcskendést.

Így hat *Merk*, *Jesionek*, *Buschke* szerint a higanykenőcs bedörzsölése során a bőr ingerlése, amire *Hoffmann E.*, *Oelze* zöld szappant, illetőleg terpentines kenőcsöt használ. A bőr izgalma révén hat az arsenobensol okozta bőrgyulladás is (*Buschke* és *Freymann*) s a különféle fürdők.

Az irodalomban elszórtan előforduló olyasféle eseteket, amikor hátgerincsorvadás vagy agylágyulás során a bőrön egyidejűleg korai szakbeli syphilidek fordultak elő, több ideggyógyász borulátással fogadja. *Jahnel* szerint, ha ezeket az eseteket átvizsgáljuk, legtöbbször kétség merül fel a bőrelváltozások syphilises eredete ellen, vagy pedig azt látjuk, hogy az agylágyulás vagy hátgerincsorvadás kórisméje nincs kellőképpen bizonyítva.

Összefoglalásában *Jahnel* azért elfogadja, *Hoffmann E.* és *Rusch* esetének ismertetésekor, hogy társulások előfordulhatnak. *Hoffmann E.* egy hozzászólás kapcsán megemlítette, hogy egy ízben agylágyulós beteg végbele körül spirochaetákat is tartalmazó burjánzó papulákat látott. *Rusch* esetében hátgerincsorvadásos nő csiklóján spirochaeta-tartalmú hámfosztások fordultak elő. *Jahnel* szerint nehezen érthető az, hogy nagy anyaggal rendelkező ideggyógyászok ilyen eseteket nem észlelnek s ezért ajánlja, hogy a jövőben hasonló esetek előfordulásakor a bőrelváltozásokat a bőrgyógyász minden rendelkezésére álló eszközzel: spirochaetavizsgálattal, szövétileg ellenőrizze, viszont a hátgerincsorvadás vagy az agylágyulás jelenlétét tapasztalt ideggyógyász állapítsa meg.

Főleg ideggyógyászok szerint, agylágyulással vagy hátgerincsorvadásal társuló harmadlagos syphilidek csak ritkaságnak tekinthetők. Így *Nonne* nagy anyagában tabes során csak három ízben észlelt gummát a bőrön. *Jahnel* szerint a harmadlagos syphilidek nem férnek össze a metalues-szel, s az eddig közölt ilyesféle esetek helyes elbírálása céljából nagyon kívánatos lenne a jövőben az alaposan megvizsgált hasonló esetek leközlése. *Willmanns* e tekintetben annyira elmegy, hogy bőrgummák fennforgása esetében kétségbe vonja a paralysis kórisméjét.

Steiner szerint is agylágyulásban, idegrendszeren kívüli syphilises jelenségek a nagy erek és a szív elváltozásain kívül, akárcsak hátgerincsorvadásban a legnagyobb ritkaságok közé tartoznak. Szerinte főleg a harmadlagos elváltozások ritkák metalueskor. Saját anyagában a legszorgosabb kutatás ellenére is csak egy májgummásat ismert, aki később hátgerincsorvadást kapott. *Kraepelin* több mint 1800 agylágyulós eset feldolgozása során, noha az anamnesis szerint 8.5%-ban a korai syphilis különféle jelei kimutathatók voltak, csupán két esetben bukkant előzetes bőrgummára, három esetben pedig előzetes csontelváltozásokra.

E tekintetben hasonló tapasztalatokat szerzett *Guszman* is, aki paralysises elmebetegek százainak átvizsgálása után is alig egy-két esetben talált előzetesen lezajlott bőrsyphilidekre utaló hegekre.

A szakkérfiak egy másik csoportja azonban kétségbevonja, hogy a bőr és az idegrendszer között a syphilis lezajlása során teljes érvényességű vagy nagyobb fokú ellentét nyilvánulna meg. *Prokoptschuk* összeállítása szerint 1926-ig az irodalomban 241 olyan eset került közlésre, ahol metalues-szel

egyidejűleg késői syphilises bőrelváltozások fordultak elő. Maga *Prokoptschuk* 620 beteg átvizsgálásakor 10%-ban talált bőrgummát egyidejű metalues esetében.

Hazánkiai közül a századforduló táján, amikor még a tabes syphilises eredete is vitás volt, *Guszman* négy olyan esetet közölt, mikor a tabes bőrsyphiliddel társult. Mind a három beteget nő volt: háromban a tabes harmadlagos, egyben pedig másodlagos bőrküütéssel szövődött. *Guszman* munkájában megemlítette, hogy hazánkban *Donáth* is észlelt tabesszel együtt fellépő maculo-papulosus syphilidet.

Merenlender a *Prokoptschuk*-féle összeállítást nem fogadta el. Szerinte *Prokoptschuk* 62 esete közül legfeljebb 16-ban lehetett metalues és bőrsyphilid egyidejű jelenlétéről beszélni. *Tschernogubow* és *Rachmanow* még szigorúbban ítélték meg az említett munkát; csak 10 esetet fogadtak el 62 helyett.

Merenlender 1926—1932 között felkutatta az irodalomban előforduló kétségtelenül idetartozó eseteket. Összeállítása szerint bőr- vagy nyálkahártyai gummával a tabes 78 esetben, paralysis progressiva pedig 8 esetben társult; másodlagos bőrsyphilidekkel a tabes egyidejű előfordulása 3 esetben, a paralysisé pedig 1 ízben közöltetett. Általában bőrsyphilideknek a tabesszel szövődése gyakoribb, mint paralysisével. *Merenlender* gyűjtése alapján metalues a bőr syphilisével 1932-ig bezárólag mintegy 352 ízben fordult elő a közlések szerint. Ez a körülmény arra mutat, hogy a bőr és az idegrendszer közötti antagonizmus tana nincs kellőképpen megalapozva.

Az antagonizmus mellett sokszor hangoztatták azt az érvet, hogy a kulturától elzárt népek között, a ma is honos és már a korai szakban súlyos harmadlagos bőrtünetekkel járó úgynevezett endemiás syphilis miatt annyira ritka a »metalues«. Ezt a tetszetős érvet azonban 1928-ban a mongoliai burjátok közé vezetett német—oros *Jessner—Rossiansky*-féle kutató út megdöntötte. Kitünt, hogy a burjátok között a »metalues« megközelítőleg olyan arány-számban fordul elő, mint az európai népeknél.

Tényleg, a rendszeres és sorozatos gerinevizsgálatok már több évtizede rámutattak arra, hogy teljes érvényességű antagonizmusról aligha lehet beszélni, mert a syphilis késői szakában bőrlenségek mellett elég gyakran gerineviz-elváltozások is előfordulnak. *Grschebin* 13%-ban, *Konrad* 19%-ban, *Arzt* és *Fuhs* 300 beteg vizsgálata után 32%-ban, később 350 beteg átvizsgálása után 29%-ban talált kóros elváltozást a gerinevizben.

Benedek tabeses és taboparalysises betegekben syphilisellenes kezelésre gyorsan javuló arthropathiákat észlelt. Szerinte vannak olyan paralysis-esetek is, amelyeknél feltételezhetően a parenchymás szervekben lázat okozó (fièvre tertiaire) harmadlagos jellegű góccok alakulnak ki. Kétségtelen az is, hogy a paralysis progressiva különféle formáiban, főleg a *Lissauer*-féle alakban az agyvelőben miliaris gummák és mikrogranulomák támadnak. *Benedek* szerint spirochaeta-ojtóanyag beföcskendésével a neurolueses folyamatok tertiar és quaternar jellege számos esetben elkülöníthető, miután e kettő más és más allergiás szak képviselője.

Arzt és *Fuhs* több sorozatban, összesen 786 késői syphiliddel bíró beteget vizsgált meg; ezek közül 21 esetben hátgerincsorvadást sikerült kórismézni. Szerintük, ha *Mattauschek* és *Pilcz* ismeretes összeállítása szerinti számot — 2.73%-ot — elfogadjuk a

tabeszes megbetegedés gyakorisági számának, akkor a bőr és idegrendszer között egyáltalában nem lehet antagonizmusról beszélni, hiszen a megvizsgált 786 késői syphilisdel bíró betegük közül is megközelítőleg ebben az arányban, 2,8%-ban fordult elő a tabes dorsalis.

1932—1942 között a rendelkezésekre álló irodalomban több olyan közlést találtunk, amikor metaluessel együttesen korai, illetőleg késői szakba tartozó syphilises bőrelváltozások fordultak elő. Az ideartozó közléseknek a száma azonban az utolsó évtizedben aránylag kicsiny. *Ilitsch* agylágyulások betegnél közösülés után kialakuló elsősleges elváltozás-szerű felülfertőződést, *Haxthausen*, *Nékám* jun., *Merenlender* és *Ginsburg* tabesszel együttesen a végbél körül nedvező papulákat talált; utóbbiak ezenfelül leucodermát is észleltek.

Késői elváltozást, gummát talált a beteg bőrén *Merenlender* és *Kaplan*, *Raubitschek*, a beteg nyelvében *Bonetazzo*. Paralysisben gummát talált *Ramel*, *de Wolf*, *Knigge*, taboparalysisben *Bezeeny*. *Nékám* jun. megemlítette, hogy a budapesti bőrgyógyászati klinika anyagában 709 tabes és 49 paralysis esetében az idegsyphilis 28 ízben bõrgummával együttesen fordult elő.

De nem minden dermato-venerologiai anyagban fordulnak elő ilyen nagy százalékban metaluessel együttesen késői syphilises nyálkahártyai és bőrelváltozások. A korai szakban jelentkező meningitis, a késői szakbeli cerebrosinialis lues okozta liquorelváltozásokat nem számítva, neurologustól is kórismézett »metalues«-t és pedig tabest, 1936—1942 között észlelt 252 harmadlagos nyálkahártyai, illetőleg bõrsyphilisdel jelentkező beteg közül csupán csak két ízben, tehát 0,79%-ban találtunk.

1. sz. esetünkben R. J. 36 éves férfibetegét idegyógyász küldte vizsgálatra a jobboldali kulacsont felett jelentkező bőrelváltozása miatt. A feltört mo-gyórónagyságú, bővérű, gummiszerű nedvet ürítő csomó nedvében spirochaetákat nem sikerült kimutatni, de a kimetszett szövetben syphilises gummára jellegzetes érdús sarjszövetet találtunk. Vérben a Wassermann-próba nemleges eredményű volt, a csapadékos próbák: *Sachs-Georgi*, *Meinicke III*. próba ellenben enyhe pozitívítást mutatott. Luetin-próba igenleges, saját szövettel történt felülfertőzés nem fogamzott meg, de a luetinpróbának megfelelően egy hétig is tartó beszűremkedés keletkezett az ojtás helyén. Liquorban sejtszám 46/3, globulinpróbák: *Pándy*, *Nonne*, *Appelt-Schumm*, *Weichbrodt*-próba pozitív, haemolysin pozitív; aranyosol: tabeszes kiesapódást mutatott. Klinikailag: anisocoria, reflectorikus pupillamerevség, Westphal-tünet, Brach-Romberg-tünet pozitív, hypotonia a térdizületben.

2. sz. esetünkben 57 éves K. J. férfibeteg tabese és lupus vulgaris miatt, több mint tíz év óta a klinika időnkinti megfigyelése alatt volt. Hátgerincorvadása miatt 7 szabálytalan és enyhe kúrát végzett. Legutolsó felvételekor *Argyl-Robertson*-tünet, Westphal-tünet, Brach-Romberg-tünet pozitív, kisebbfokú hypotonia, lancináló jellegű fájdalmak az alsó végtagokban. Gerinevízben erős pleocytosis: 93/3, globulin-próbák, kolloidpróba pozitív, Wassermann-próba 0,3, 0,5 cm liquorral ugyancsak pozitív.

A beteg orrán és felső ajkán az orr csontosporcos részének határa felett kiinduló, majd ívben a jobboldali orrszárnya, a felső ajakra félkör alakban ráterjedő, tömött tapintatú, közepén hegesen sorvadt, szélén kis fokban ki is fekélyesedett, a széleken egymás mellé sorakozó és tovaterjedő tubero-ulcerosus syphilid feküdt. Az arc baloldalán részben hegesen gyógyult lupus vulgaris maradványa, a hegben puha elszórt, gombostüfejnyi-mák-

szemnyi lupusgöbökkel. A tájéki tapintható nyirok-csomókban nem volt kivehető változás.

A kimetszett szövetben jellegzetes, *Langhans* fajtájú óriássejteket is tartalmazó érdús sarjszövetet találtunk. A szövetnedvben, szövetben spirochaeta biztosan nem volt kimutatható. Felülfertőzés saját szövetrázzattal, idegen nedvező papulából származó anyaggal nem fogamzott meg.

Az elváltozás higény-bedörzsölésekre gyorsan javult.

Mind a két esetben tehát idegyógyász útján is kórismézett hátgerincorvadás kapcsán, az egyik esetben 3 év múlva, a másik esetben 9 év múlva a bőrön késői syphilises elváltozások támadtak. Mind a két beteg a luetin iránt érzékenységet mutatott, de felülfertőzésük sem saját törzsbeli anyaggal, sem idegen condylomából származó anyaggal nem sikerült.

Észleléseink is arra mutatnak, hogy tabes során, úgy látszik, gyakoribb késői bõrtünetek fellépte, mint paralysisben. 252 harmadlagos syphilises elváltozásban szenvedő beteg közül 6 év alatt csak két ízben sikerült tabes dorsalist találni, ami az ilyen a syphilises betegek 0,79%-nak felel meg. Noha ez a szám messze elmarad az egyes szerzők talált százaléktól, nyilvánvaló, hogy a »metalues« és a bőr syphilise között nem lehet teljes mértékű és érvényességű antagonizmust elfogadni. Egy viszonylagos antagonizmus azonban kétségtelenül van; erre mutat főleg a korai és a késői syphilises gerinevízelváltozások olykor önkéntes gyógyulása s »metalues«-nek az ilyen esetekben észlelt jobbindulatú volta.

A budapesti II. sz. sebészeti klinika közleménye. (Igazgató: Bakay Lajos ny. r. tanár.)

Izületi tok angioma ritka esete.

Irta: *Simon Lajos dr.*, egyet. tanársegéd.

Az izületi tok érdaganata igen ritka betegség. Esetünk a 26. közlés a világirodalomban. *Eve* négyet a könyökizületen észlelt, a többi 21-et a térdizület tokján találták a különböző szerzők túlnyomóan 10—37 év közötti férfiakon.

Betegünk P. J. 18 éves férfi, egyetemi hallgató, 1941 I. 10-én kereste fel klinikánkat. Allitása szerint 4 évvel azelőtt kezdett fájni a jobb térde, melynek külső-felső negyedében duzzanat képződött, ami lassanként nyomásra, sőt már a nadrág hozzácsúszásakor is rendkívül fájdalmas lett. Térde hosszab járás-keelés, vagy álldogálás után mindig fájt. Olykor, ha véletlenül gyors mozdulattal hajlítja be a térdét, a duzzanat megnagyobbodik, igen erősen fájt és lüktet.

Családi kórelőzményében említésre méltó nincs. Gyerekkori betegségekre nem emlékszik. Alkoholot nem iszik, nem dohányzik, nemibaja nem volt. Vizeletben semmi kóros. Wa. R. nemleges eredményt adott. Vérsejtsüllyedés normális. Általános klinikai vizsgálattal a 179 cm magas, erőteljesen fejlett és táplált férfi beteg mellkasi és hasi szerveit, valamint idegrendszerét épnek találtuk.

Jobb térdének külső-felső negyedében, a recessus superiornak megfelelően zölddiónyi, puha, rugalmas tapintatú, nyomásra igen érzékeny daganat foglalta helyét. Fölötte a bőr ép, szabadon mozgatható, alapjával azonban összefügg. A térd feszítésekor eltűnik, helye nyomásra érzékeny marad. Térdhajlítás 90, nyújtás 170 fokon túl fájdalmas. Hullámzás nem észlelhető. A röntgenfelvétél a jobb térdizületet alkotó csontokon nem mutat kóros elváltozást.

A daganat fájdalmas volta és jól elkülöníthetősége miatt műtetre határoztuk magunkat, melyet 1941. I. 21-én végeztünk helybeli érztelenítésben: Hosszanti bőrmetészes a daganat legnagyobb domborulatán. A bonyét és a vastus lateralis hosszában felhasítjuk. Kiderül, hogy a recessus superior és a csonthártya között, a m. articularis genis rostralis közé ágyazva kb. zölddiónyi, kékes-vörös, visszeres gomolyag foglal helyet. Környezetéből könnyen kihámozható és szélesen tapad az ízületi tokon. Leválasztás közben megnyílik az ízület és kitűnik, hogy a synovialis a daganattal szorosan összefügg és ezen a darabon meg is vastagodott. A recessusnak ezt a részét csonkoljuk. Ilyenformán a csonthártyán megvastagodott tokszögély marad vissza, melyhez a szabad synovialis szélét hozzávarrva, zárni tudjuk az ízületet. Lágyrészeket ismét egyesítjük, bőrvarrat, nyomkötés. A daganat kihámozása közben nem vérzett. Elsődleges sebgyógyulás.

A beteg a hatodik napon engedély nélkül felkel, térde megdagad, hullámozik. Szuresapolással 20 cm³ tiszta vöröses savót boesátunk le. Egyheti fektetés után felkeltjük, rugalmas pólyával látjuk el. Panaszmentes. Térdmozgások szabadok, nyomásérzékenység megszűnt.

A beteget 1942. októberében felülvizsgáltuk. Térdmozgásai teljesen szabadok, fájdalmat nem érez, duzzanata nincs.

Szabadszemmel tekintve, az eltávolított daganat bőségesen vértelt, kékesvörös, dionyi csomó, felületén tárgult visszergomolyagok foglalnak helyet.

Nagyítóval vizsgálva, a daganat a szomszédságból vett és vele együtt eltávolított harántcsíkolt izomrostokat felé nem határolódik el élesen. Szövetileg különböző típusú érelemekből tevődik össze. Nagyobb része vékonyfalú, barlangos és rögzösödést nem mutató vérüregből áll. Ezek falait vékony kötőszövetes sövények

alkotják, melyek izomelemeket nem tartalmaznak. A barlangos vérüregek több szétszórt, nagyobb területet alkotnak és egyes elszórt üregek a dissecalt harántcsíkolt izomrostok között is felfalálhatók. Másutt az öblös üregek között szélesebb sövények észlelhetők és ezekben szétszórt, seprűszerűen szétágazó *simadizom nyálábok láthatók, izoláltan az érfali rétegektől.*

A daganat további elemeit vastagfalú erek alkotják. Ezek falát simaizomzat képezi. Az érfalak némelyikének felépítése a lazább és szabálytalan elrendezésű izomnyálábokkal vénás fali szerkezetnek felel meg. Másokban szűk belvilágú feltűnően vastag izomréteggel rendelkező, verőeres szerkezetű, összehúzódott erek ismerhetők fel.

A szöveti kép alapján a daganatot vegyes összetételű érdaganatnak minősítjük. Angioma cavernosum partim venosum et arteriale.

Szövetvettani képiünkön feltűnő a simaizomzat fellelőssége, függetlenül az érfalaktól. *Sato* idegangioma esetében a kötőszövetben ágyazva talált simaizom kötegeket, melyeknek eredetét az érfal izomelemeinek kivándorlására vezeti vissza. *Simons* ütőerek falában észlelte a simaizomelemek újdonszövődését. *Ansilotti* nagymennyiségű simaizomzat újdonszövődését figyelte meg, rugalmas elemeket nem tartalmazó, szabálytalan lumennel és különböző falvastagságú, nagy erekből álló angiománál, melyet ő hajszálerek átalakulására és a simaizomelemek neoplastikus újdonszövődésére vezet vissza.

A harántcsíkolt izmok angiomájában majdnem minden szerző leírja és hangsúlyozza a simaizomburjánzást. *Sailer* »Az elsődleges izomangiomaokról« című monographiájában (Orvosképzés 1925.) igen szép eseteit mutatja be a simaizomzat hatalmas burjánzásának. *Sutter* öt esetet sorol fel, melyekben a simaizomelemek a stromában myomaszerű burjánzást képeztek. Ez a myoma keletkezésének szempontjából is érdeklő. Így *Roesger*, *Gottschalk* és *Borst* leírják, hogy a méh-myomákban az ütőerek izomrétegéből látták a simaizomzat szaporodását kiindulni. Ugyanezt a megfigyelést tették *Lubarsch* és *Cohen* is.

Az ízületi tok angiomák eddig között eseteiben nem találkoztunk a simaizom burjánzás leírásával, bár az angiomák daganatjellegének, de nem kevésbé a daganat növekedésének szempontjából is, fontosak azok az újdonszövődési folyamatok, melyek az angiomákban észlelhetők. Az ízületi tok angioma daganatjellegének szempontjából legfontosabb a simaizomburjánzás, melynek eredete nem lehet más, mint az erek simaizomzata. Ez az eredet vitatható lehet talán bőrangiománál, ahol a simaizomkötegek szaporodása a cutis simaizom elemeiből is kiindulhat, de az ízületi tok angiománál ennek eredetét csakis a media simaizom rétegében kell keresni, vagyis a simaizomkötegek a media simaizomrétegből kivándorolt csirokból fejlődnek és a cavernosus angiomák falában talált simaizomelemeket érfal-izomzat folytatásaként kell felfognunk.

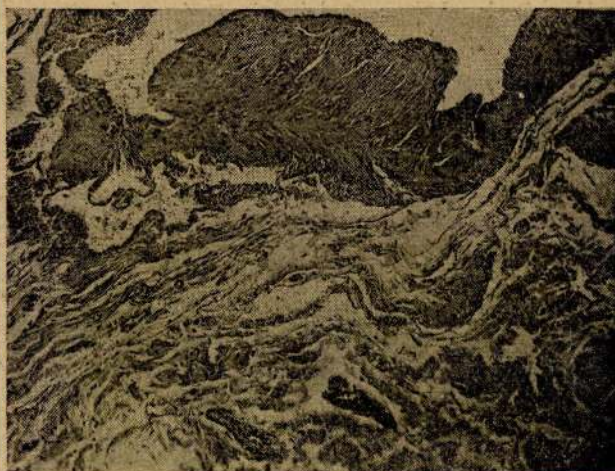
A m. kir. pécsi 4. sz. honv. helyőrségi kórház sebészeti osztályának közleménye. (Kórházparancsnok: Babóczy Jenő orvos-alezredes.)

Bokaizületi merevség kielégítő lábmozgásokkal.

Irta: Füzy (Fürst) Márton dr. t. orvos-főhadnagy.

Bokaizületnek nevezzük az alszár és a láb érintkezési helyét: az ugrócsont és a bokavilla közötti izesülést. Felső ugróizületnek is mondják. Ebben az ízületben történik a láb talpi és lábháti hajlítása, mely együttesen kb. 50°.

A láb működése szempontjából azonban a boka-



1. ábra. Az érfal mediája sima izomzatának kiboltosuló kötegekben történő burjánzása.



2. ábra. Vörös véreseket tartalmazó érfal- és szabálytalan kötegekben burjánzott sima izomnyálábok

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

Scarlantin **Védőoltóanyagok** sec.
Dr. Deér

Typhus H
Typhus O
Paratyphus A és B
Typhus exanth.
Bang

Diagnosticumok sec.
Dr. Deér

Sanguityp **Vércsoportthatározó**

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

Neohexal

A húgyutak valamennyi fertőzéses folyamatának, továbbá az influenza és a meghűléses betegségek kezelésére.

Üvegcsőben 20 db 0.5 g-os tablettá



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

*Nodusok és szövődményei causalis
bakterium therapiája coli vaccinával*

Pasterisan

k ú p é s k e n ő c s

*Külső vagy mélyenfekvő nodusok, perianalis ekzemák, pruritus
ani et vulvae, rhaqadák, fissurák stb.*

Orvosi mintával és irodalommal készséggel szolgál:

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

FERTŐZÉSEK MEGELŐZÉSÉRE

Formamint

PENTAMETHANALLACTOSAT

SZÁJ- ÉS TOROKFERTŐTLENÍTŐ

Anginanál, hüléses megbetegedéseknél, diphtheria baktériumhordozóknál

GAZDASÁGOS CSOMAGOLÁSBAN IS

BAUER & CIE

BERLIN SW. 68

izületen kívül még több ízület tartozik együvé. Ilyenek az ugrócsont és a sarokcsont, valamint az ugrócsont és sajkacsont közötti (talotarsalis) ízület. T. i. a láb többi mozgása: a supinatio, a pronatio, az ad- és abductio ehelyütt jön létre. Ezen ízületi rendszer tengelye az ugrócsont nyakán keresztül ferdén hátra, le és kifelé irányul a sarokcsont gumója felé. Ezért van az, hogy a supinatioval mindig adductio és hajlítás, a pronatioval pedig abductio és feszítés jár együtt. E mozgásokban résztvesz a talocruralis és a calcaneocuboidealis ízület is. (Lenhossék).

A fentiekből következik, hogy a bokaizület megmerevedése esetén lényeges mozgási korlátozottság keletkezik. Elsősorban szenved a láb hajlítása. Ez a mozgás általában lehetetlenné válik. Kisebb fokban csökken a láb többi mozgása.

Bokaizületi merevséget okozhat fertőzőes és nem fertőzőes folyamat. Az előbbi csoportba tartoznak a bokaizületet genyes és gümőkóros gyulladásai. A genyesedés oka lehet exogén: ilyen az ízület nyílt törése és ficama. Előfordulhat az ízület fertőződése ráterjedés folytán is a környező lágyrészek mély kötőszöveti lobja esetén. Elérheti az ízületet a szomszédos sípcsont csontvelőgyulladása, amely megbetegedés — sérülés nélkül — haematogen úton is keletkezhet. Sőt felléphet magában az ugrócsontban. A véráram útján követített u. n. endogen folyamatok közé sorozhatjuk a gennyvérűség és fertőző betegségek (typhus) okozta ízületi gennyedést. Itt említem meg a kankót, amelynek kedvenc letelepedési helye a bokaizület.

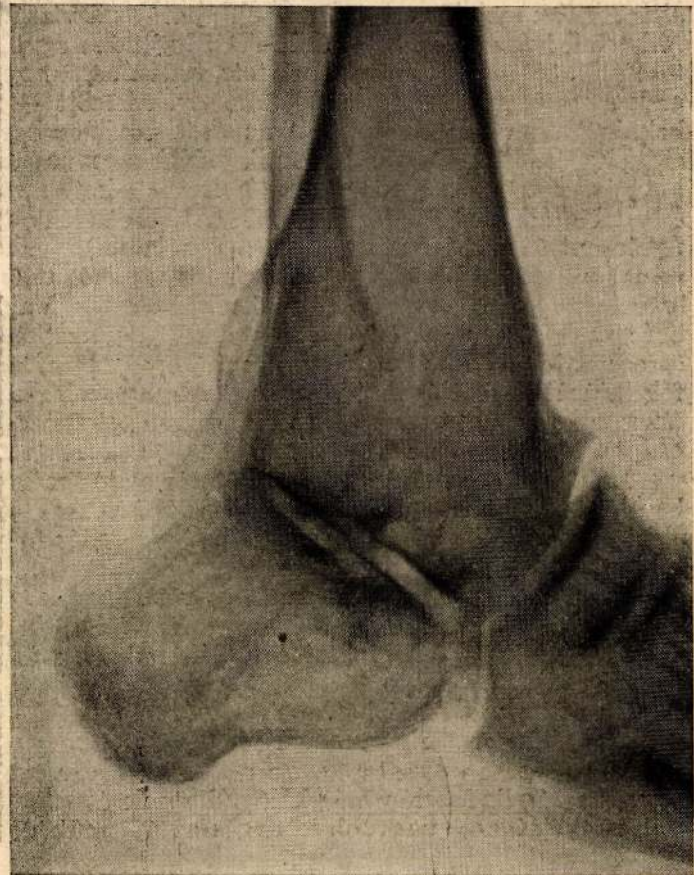
A bokaizület gümős gyulladása kezdődhetik a sípcsontban, az ugrócsontban és ritkábban az ízületi synovián.

A nem fertőzőes gyulladások közül merevséget okozhatnak a bokaizület fedett sérülései. Ilyenek: a rándulás, a ficam és a törés. Ezek azért veszélyesek, mert sérülhet az ízületi porcboríték, bevérzés, ízületbe terjedő repedés, vagy törés keletkezhetik. Elősegítheti a folyamatot a túlsokáig alkalmazott merevítő kötés okozta inaktivitási sorvadás.

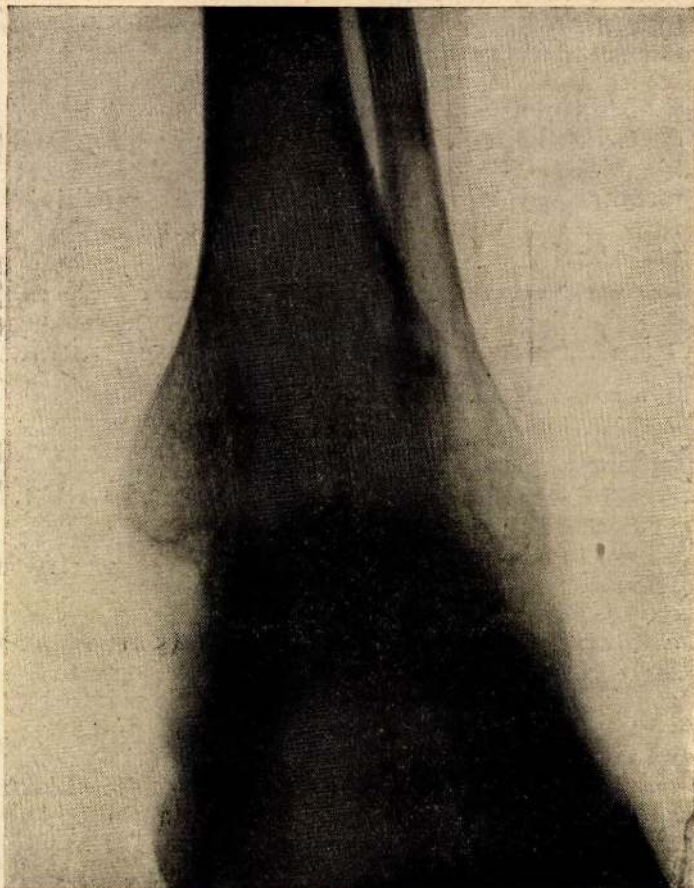
A sebészet gyógyító célból végzi a bokaizület megmerevítését (arthrodesis). Pl.: idegbénulásos eredetű lóláb esetén használhatóbb végtag nyerhető, ha a bokaizület úgy merevedik, hogy a láb az alszárra derékszögben áll. Böhler ajánlja ezt a műtétet azokban az idült esetekben is, amelyekben az alszár töréséhez a láb hátsó, vagy elülső ficama társult, mert a teljes helyreigazítás csak ritkán sikerül és emiatt állandó panaszok állanak fenn. Szóba jöhet az arthrodesis akkor is, ha — különösen az alszár pronatio törésénél — az ízületi porcboríték erősen károsodott és emiatt a járás fájdalmas.

Honvédorvosi működésem során volt alkalmam észlelni a következő esetet: K. I. 45 éves t. hdgy. bajmegállapítás végett jelentkezett a vezetésem alatt álló osztályon. Előadta, hogy 1917 október 24-én az olasz harctéren gránátrepesz sebezte meg bal lábát. Sebe hosszú ideig genyedéssel gyógyult. Kezdetben teljesen merev lába csak lassankint nyerte vissza mozgékonyosságát. Jelenleg panaszmentes, sőt hadirokkant létére a harctérre szeretne menni. Vizsgálatkor megállapítottuk, hogy bal lábának külbokáját alul kb. 3 cm-es behúzódot, tapadó heg veszi körül. Járáskor sántítás nem észlelhető. A láb háti hajlítása kb. 10°-ig, a talpi hajlítás pedig kb. 25°-ig sikerül. A supinatio, pronatio, ad- és abductio csupán kis fokban korlátozott. A rgt. vizsgálat azt a meglepő eredményt adta, hogy a bokaizületi rés teljesen eltűnt; a sípcsont

az ugrócsonttal egytestként összeesontosodott. Oldalnézetben az ugrócsonton elől és hátul idült ízületi bántalom következményeként erős sarkantyú képző-



1. ábra.



2. ábra.

dés észlelhető. Feltűnő, hogy az ugrócsont és a sarkcsont, valamint az ugrócsont és a sajkacsont közötti ízületi rés erősen tágult.

A Rtg. felvétel alapján a bokaizület merevségét állapítottuk meg. Ezzel ellentétben állott az a vizsgálati lelet, hogy a láb talpi és lábháti hajlítása együttesen kb. 35°-nyi kilengést mutatott, tudva azt, hogy ezek a mozgások — rendes körülmények között — a bokaizületben történnek. Ezt az érdekes jelenséget csak úgy tudtuk megmagyarázni, hogy a működés helye más ízületbe tevődött át. Feltevésünket megerősítette az a körülmény, hogy rtg. felvételen az ugrócsont és a sajkacsont (elülső ugróizület), valamint az ugrócsont és a sarokcsont (hátsó ugróizület) közötti ízületi rés feltűnően tágult. Valóban: az ugrócsont a lábszárcsontokkal egy-testként összezsugorodva az ugrócsont mintegy az alszár folytatását képezi és az ily módon meghosszabbított lábszár és az ugrócsont nélküli láb izületi felszíne csupán az elülső és a hátsó ugróizületben kereshető.

Böhler a csonttörések kezelését tárgyaló művében közöl egy hasonló esetet: 56 éves férfi 17 év előtt nyílt bokaizületi sérülést szenvedett. Genyesedés folytán a bokaizület teljesen összezsugorodott, ennek ellenére a láb hajlítása összesen 30°-os volt.

Böhler a bokaizület műtéti megmerevítése kapcsán megemlíti azt a tapasztalatát, hogy ha a műtét aránylag fiatal korban történt, úgy a láb hajlítása később esetleg visszatérhet.

A fiatal kornak az lehet a jelentősége, hogy a fiatal szervezet tokszalagja és az erősítő szalagok rugalmasságuk folytán még kitágulhatnak és ezáltal válik lehetségessé nagyobb kilengés az új működési kört átvevő izületrendszerben.

Tanulságként megállapítható, hogy a bokaizületi működés átvevődése csak akkor várható, ha a merevedésre vezető folyamat csak a felső ugróizületet érintette, az elülső és hátsó ugróizület pedig épségben maradt. Lényeges feltétel ezenkívül a fiatal kor alkalmazkodó képessége.

Esetemet nem csak ritkasága miatt tartottam érdemesnek közölni, hanem azért is, mert bizonyos fokig kiegészítő betekintést nyújt a lábműködés mechanizmusába és nem kevésbé ismételt felhívja a figyelmet a természet csodálatos compensáló képességére.

Fehér ember élete a forró égőv alatt.

Irta: Scheitz László dr.

I.

Midőn a Kisakadémia vezetőségének megtisztelő felszólítására egy előadás megtartását elvállaltam, még nem tudtam azt, hogy miről beszéljek. Utleírást Afrikáról mindenki olvasott már, bizonyára nem is egyet. Eltekintve attól, hogy íróik legnagyobb részt a tollnak mesterei, még utaztak is, míg magam újszólván egy helyben ültem, mert sajnos, nem felfedezőnek, hanem orvosnak szerződtem le egy bányavállalathoz. Ugyanezen okból vadászkalandokról sem mernék beszámolni, mert ezt a tárgykört is jobban megírták nálam elsőrangú magyar és külföldi könyvekben. Szakmámmal sem hozakodhatom elő, hiszen az utóbbi időben megjelent több népszerű könyv írja le érdekfeszítően a trópusi betegségeket, gyógyításukat és felfedezésük történetét.

Ezekután úgy láttam, hogy számomra csak egy

téma marad és pedig az, hogy hogyan él a fehér ember a trópuson? Kétségtelen, hogy erről is tájékoztatja a közönséget a sok trópusi tárgyú regény és a film, de méltóztassanak elhinni, hogy kevés kivételtől eltekintve — rosszul. Van ezekben vérperzselő, forró trópusi éjszaka, luxushotel, whyski, pálmafa, fehér szmoking és mámorító illatok, a másik végletben viszont dögleletes miázmák, fantasztikus betegségek, mocsaras őserdők, vad emberevők és a mindezeket leküzdő parafasisakos hős. Ezek a fogalmak többé-kevésbé talán meg is vannak, szétszórva négy világrész trópusi területén, de az ott dolgozó fehér ember mindennapi életét nem ezek alkotják. A trópusra kikerült gyarmatos életét ugyanis két veszedelem szabályozza, a trópusi klíma és a trópusi betegségek.

A forró égőv a Rák- és a Baktérítő között terül el. Ezen belül, az Egyenlítő két oldalán, a déli és északi hetedik szélességi fokig terjed az equatoriális övezet, melyben két esős évszak van, míg a trópusi részben csak egy. A trópusi klíma jellegzetessége az állandóság, azaz az időjárás változatosságának hiánya. Az alig ingadozó meleg, mely ha helyenként átmenetileg alacsonyabb is, mint az európai nyár, éppen évi állandóságával fárasztóan és idegesítően hat a fehér emberre. Hőingadozás alig lévén, az évszakokat az esős és száraz időszakok jelzik. A melegen kívül a levegő nagyfokú páratartalma teszi a klímát nehezen elviselhetővé és a szél az, ami felüdülést hoz.

Hangsúlyozom, hogy ezek csak nagy általánosságban jellemzik a forró égőv klímáját, mely természetesen különböző a szerint is, hogy tengerpartról, sivatagról, erdőről, fás, vagy füves steppéről, vagy hegyvidékről van-e szó. A magaslati helyek rendszerint elviselhetőbbé teszik az éghajlatot. Általánosítani azonban itt sem lehet.

Példaképp megemlíteném azt a területet, ahol én voltam Belga-Kongóban. Ezt a Nilus és a Kongó között elterülő vízválasztót, mint az európaiak paradicsomát szokták emlegetni — főként Európában. Vegyünk föl egy kb. 150 km sugarú kört, melynek közepén volt állomáshelyem az egyenlítői őserdő egy nyulványában, szerencsére azonban kb. 1200 m magasan. A meleg aránylag tűrhető volt, az átlagos nappali hőmérséklet 24 fok körül lehetett és éjszaka 5—6 fokot esett a hőmérséklet. Ezzel szemben azonban az erdei klíma hátrányait éltem, mert a levegő párás és nedves volt. Ezért ha kikerültem az erdőből, mingyárt felsőhajtottam, jaj, de könnyű a levegő. Esős évszakban a ház cement padlóján vízfoltok csillogtak, a párna, matrac enyhén dohszagú volt, a ritkán használt szmoking, nadrágszj, cipő pedig bizony megpenészedtek. Ez utóbbihoz azonban a néger boyok is segítséget nyújtottak néha napján, amikor a cipőtisztítást úgy egyszerűsítették, hogy a cipőt bemártották egy veder vízbe és kívül-belül megmosták.

Naplemente után az őserdőből felszálló pára, mint egy tejüvegéből készült bura vette körül a telepet és három méterig alig lehetett látni. Az égbolt nappal is ezüstösen csillogott s ha néha egy nagy tornádó után szétmentek a felhők, repesett az ember szíve és szeme a kék ég láttára.

Tőlünk 60 km-re, Bambuban, kb. 1000 m magasságban, kellemes, száraz szavannás klíma volt, bár a nappalok melegebbek voltak és az éjszakai hőmérsékletkülönbség is kisebb. Állomáshelyemtől 150 km-re, Blukowában, az átlagos nappali hőmérséklet száraz és kellemes volt, sőt az erős éjjeli lehülések

miatt fűteni is kellett. Tőlem 120 km-re, Kasenyiben, mely 600 m magasan feküdt, az Albert-tó partján, az átlagos nappali hőmérséklet 26–28 fok, az éjjeli lehűlés nem volt számottevő és ez az állandó meleg az ott élő európaiakon nagyon is meglátszott. Ha ugyanis az ember a telepen élő 13 európai bármelyikével is beszélt, az rögtön megjegyezte, hogy a többi 12, az bolond. A viszonylagosan joggal paradicsominak nevezett Kibali-Ituriban, tehát egy 150 km-es körön belül két település, sőt több is, már nem volt teljesen édeni.

Itt mutatok rá arra is, hogy a klíma nemcsak atmoszferikus és geografikus tényezőkből áll, hanem még sokból és ezek között igen fontos a környezet. A Kasenyiben lakó európaiat épúgy kínozza egy idő múlva a tó és a steppe egyhangúsága, mint az őserdőben lakót az állandó bezártság érzése. Aki azonban a víz, steppe és őserdő tömegeinek egyhangúságát részleteire igyekezik felbontani azáltal, hogy érdeklődik a halak, rovarok, fák, állatok és virágok iránt, olvas róluk és figyelni őket, annak ezek már nem egyhangú tömegek, hanem sok színes részletből összetett jelenségekké válnak. Az megmenekül az egyhangúságtól, foglalkozást talál szabad ideje és estői számára, nem álmodozik Európáról és főként nem úzi el mindennapi rosszkedvét a mindennapi alkohollal.

A trópusokon dolgozó gyarmatos napi munka-beosztását és életét a meleg szabályozza. Majdnem mindenki reggel 6-kor kezd dolgozni, hogy azt befejezze délfelé, amikor a legnagyobb a meleg. Ebéd után egy kis alvás, majd $\frac{1}{2}$ –3 körül ismét munka, mely $\frac{1}{2}$ –5-ig tart. Mivel a nap a trópusokon 6 óra körül hirtelen lebukik és szinte átmenet nélkül sötétség lesz, ez az a másfél-egy óra, amikor sétálhat vagy sportolhat. 6–8-ig látogatások vagy club töltés ki az időt, majd jön a vacsora és a korai lefekvés. Ezt a beosztást természetesen nem követi mindenki, de átlagosnak mondható.

A téritők között a napsugarak majdnem merőlegesen érik a földet és ezért kisebb levegőrétegen haladnak át, mint a ferdén jövő napsugarak a téritőktől északra és délre. Ezért a levegőréteg erejüket alig csökkenti és mert merőlegesegek, egy pontra több jut, mint a ferde sugárból.

Az állandó meleg ellen pigmentképzéssel és hőleadással védekeznek szervezetünk. Meleget ad le vezet és sugárzás útján az által, hogy a bőr hajszálerei erősen kitágulnak és vérbövek lesznek, valamint izzadással, illetve az izzadság elpárologtatásával, mely hőt von el a testtől. 1 gramm víz elpárologtatásához 0.50 kalória szükséges. A vezet és sugárzás útján csak kb. 25–30 fokig tud a szervezet hőt leadni, ezen túl már úgyszólván csak az izzadság elpárologtatása csökkenti a test melegét. Míg a környező meleg levegő és a légáramlás hiánya a hővezetést és kisugárzást akadályozzák, addig a levegő vízgőz tartalma az izzadság elpárologtatását nehezíti meg. Ez a fizikai hőszabályozó folyamat tekintélyes munkát ró a szívre, a nagyfokú folyadék és sóvesztés pedig káros hatással van az étvágyra és az emésztésre.

Teljesen céltalan lenne azonban izzadni és hőt kisugározni akkor, ha testünkről az izzadság elpárologni nem tud vagy a kisugárzott hő akadályba ütközik. Tehát a trópuson élőknek elsősorban célszerűen kell öltözködni. A trópusi öltözéknek védeni kellene a testet a nap hő- és vegyi sugaraitól anélkül, hogy megakadályozná az izzadság elpárologtatását

és a hő kisugárzását. Az anyag vastagsága a sugarak visszatartását illetően nem sok jelentőséggel bír, mert egy kb. másfél mm vastag anyag kellő védelmet nyújt. Ennek ellenére ezt a két feladatot tökéletesen egyesíteni mégsem lehet és ezért általában arra törekcsenek, hogy a ruházat elsősorban a verejték párolgását tegye lehetővé. Természetesen valamelyes védelmet is kell nyújtania, mert a trópusi napsugaraknak kitett meztelen bőr súlyosan megég. (Folytatjuk.)

IRODALMI SZEMLE

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ottó József és Pallós Károly.*

Kritikai megjegyzés Goecke és Stieve tanulmányaira: megrövidült havicyklusnál mikor reped a tüsző, illetőleg a ciklus mely időpontjában lökődik ki a pete a petefészekből. (Dr. Georg Riebold Zbl. Gynäk. 1943. 25. sz.) Goecke (Zbl. Gynäk. 1942. 47. sz.) és Stieve (Zbl. Gynäk. 1943. 2. sz.) cikkeket közöltek, mely szerint megrövidült, vagy meghosszabbodott (pl. három- vagy öt-hetes) ciklus esetén a tüsző ugyanakkor, tehát az utolsó havivérzés után két héttel, reped meg, mint 4 hetes ciklus esetében.

Ezzel szemben szerző azt állítja, hogy ezen statisztikai adatok tévesek, mely tévedésnek oka, a helytelenül értékelt körülmény és az a körülmény, hogy egyik szerző sem helyezte súlyt annak pontos kivizsgálására, hogy a kérdéses asszonyok havivérzése egész életükben három-, illetőleg öthetenként jött-e meg. Abból ugyanis, hogy valaki néhány hónapig három- vagy öthetenként menstruál, még nem következik az, hogy a következő hónapban vérzése nem a rendes időre fog-e bekövetkezni.

Valószínűnek tartja, hogy itt phasis-eltolódásról van szó és a két statisztikai dolgozattal nem látja megdöntöttnek a Knaus-féle tant, mely azt mondja, hogy eltérő ciklusok esetén a sárgatest phasis az állandó. Három-hetenként menstruáló asszonyok petefészekében a tüsző-repedés valószínűleg az utolsó havivérzés után egy héttel, öthetenként menstruálók esetében három héttel következik be. (O. 11.)

Péteri László dr.

A medencenagyság és a magzat súlya közötti összefüggés. A szülés kórjólata és szövődmények gyakorisága nagy, általánosan szűk és lapos medencék esetén. (O. Bokelmann és R. Diesterbeck Zbl. Gynäk. 1943. 24. sz.) Szerzők, széleskörű vizsgálataik főeredményeit a következőkben foglalják össze:

1. A széles medencék szülés szempontjából minden képpen a legelőnyösebbek.

2. Egyaránt szűk medencéjű asszonyok relatív ritkábban esnek teherbe. Ezeknél azonban a szüléskor és a gyermekágyban kevesebb a szövődemény, mint normalis medencéjű asszonyoknál. A gyermekhalandóság sem nagyobb, mint normalis medencénél. Ez a relatív jó prognózis főként azzal magyarázható, hogy az egyaránt szűk medencéjű asszonyok többnyire kisebb súlyú magzatot szülnek.

3. A legtöbb szülészeti szövődmény lapos medencék-nél fordul elő. Ezen esetekben találkozunk leggyakrabban fekvési és tartási rendellenességekkel. Nagyon gyakori a szülés műtétes befejezése és gyermekágyi szövődmények.

4. Nagy magzatok a magas műtéti frekvencia ellenére is a legjobb életprognosisal bírnak. (O. 10.)

Váczy László dr.

Szülés megindítása fém-bougies-val. (E. Rumpf Zbl. Gynäk. 1943. 24.) Szerző 96 eset kapcsán úgy véli, hogy a fém-bougies szülészeti műszereink között egyik legfontosabb. Szerinte a metreurynter elé helyezendő, mint-hogy egyrészt eredményeiben jobb, másrészt a beteg szempontjából is előnyösebb. Szerzőnek sokszor sikerült bougies felvezetésével császármetszést elkerülnie. A fertőzés és más szövődményeknek a veszélye igen csekély. Különösen felhívja a figyelmet arra, hogy amilyen jó a bougies szülés megindítására, épp annyira veszélyes esetleges művi abortusok végzésére. (O. 7.)

Váczy László dr.

STRYCHNOPHOSPHARSEN,

AZ IDEGCASUSOK
ROBORANSA

„CERTA” GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R.T. BUDAPEST

KÖNYVISMERTETÉS

Allergiás szembetegségek. *Németh Lajos.* Imre professzor előszava, Budapest, 1943. 103. l.

A szervezet érzékenységevel számos szembajban is számolnunk kell, a szemnek úgyszólván minden szövetében támadhat olyan hatás, amit allergének okoznak. Sokféle és érdekes betegség tartozik ide. A szembéjnak muló vízenyője, hirtelen támadó és makacs, de aztán váratlanul elmuló kötőhártyagyulladások, amelyekben néha allig látunk arányt a vizsgálat lelete és a panaszok közt. Ide sorolandó a gyermekek phlyctenás gyulladása és tavaszi hurutja is. A szerző a három évtizede nagyra nőtt irodalmat alaposan ismerve, helyes ítélettel vezet végig a szivárványhártya, a lencse, az üvegtest allergiás vonatkozásain is. Külön foglalkozik az allergiások viselkedésével műtétek alkalmával. Sok érdekes tapasztalatát közli az orvoslás fejezetében. Sikertől jól áttekinthető képet adnia és a budapesti szemklinika kezelési elveit úgy összefoglalja, hogy a szemészek összességének javára váljanak. Hiszen, mint *Imre* professzor írja előszavában, nem ritkán esik meg, hogy tapasztalt szemorvosok sem gondolnak mindjárt arra, mennyire sokszor okoz a szervezet fokozott érzékenysége a kezelésnek ellenálló, majd szinte meglepően eltűnő gyulladásokat. *Németh Lajos* tartalmas, gondos, szép könyve mindenkinek tanulságos, akit ez a kiállakulóban lévő tudományág közeléből érdekel, a gyakorlatban pedig igen hasznos segítség.

Csapody István prof.

Anatomie, Physiologie, Pathologie und Klinik der Ohrtrumpete und ihrer diagnostisch-therapeutischen Beziehungen zu allen Nachbarschaftkrankungen. *Fritz Zöllner.* (Berlin, Springer, 1942. 213 old. 104 ábra. Ára RM. 39.)

Az oto-rhinologia szakirodalma újabb értékkel gazdagodott e rendkívül szerencsésen megválasztott tárgyú monografiával, amely mélyreható alaposítással megírva, igen komoly szakmai ismeretekkel rendelkező szerző tollából került elénk.

A mű elejétől végig magán viseli a széleslátókörű, általánosan is képzett, sokoldalú kutató tehetségének jeleit, tökéletes összhangzatát nyújtva a mű címében foglalt ágazatok adatértékeinek. Elismerésre méltó rendszerességgel építi fel munkáját a szerző, aki művének első fejezeteiben részletesen tárgyalja a fülkürt anatómiáját, fiziologiáját és a vizsgálatára használatos régebbi és újabb eljárásokat, eszközöket.

Igen érdekesek a fülkürtben és a dobüregben uralkodó nyomás manometrius meghatározását ismertető részletek, valamint a középfülben és az Eustach-csőben

keletkező subjektív és objektív zörejek ismertetései.

Elvezetes követni a megvilágított összefüggést az orr-garatür, a tuba, valamint a középfül hurutos és gyulladáson megbetegedései között, a különböző hallásjavítási eljárások mechanizmusát, a correctiós és plasticai műtéteket. Ismerteti az orr-garat alkati vonatkozású bántalmait és ezeknek a fülkürtre átvitt következményeit; egy másik fejezetében az idegentestekkel és a koponyasérülésekhez társuló tuba-falsérülésekkel foglalkozik, amelyek rendszerint nem kerülnek pontosabb észlelésre, ezért feltétlenül szükségesnek tartja a koponyasérülések után fellépő hallászavarok esetében az Eustach-cső gondos röntgenológiai és functiós vizsgálatát.

A közölt Röntgen-felvételek, schematikus vázlatok, fényképek és színes ábrák jelentékenyen emelik a könyv értékét. A tuba szomszédságában képződő gyulladáson, heges, illetve daganatos képletekről, térszűkítő folyamatokról igen tanulságos mikrophotogrammokát közöl.

Nagyszámú casuisticai és műtéti vonatkozás közlése könyvti meg az elmondottak megértését. A mű stýlusa, komolyságával is megféro könnyed tárgyalási modora, külön megemlítést érdemel.

Mészöly Ö.

FAGIFOR „CITO“

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lactococcus-syrup

Ideális enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszer

lag. orig. P 3'21, pénztári csom. P 1'61

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

Szerkesztőségünk és kiadóhivatalunk július és augusztus hónapokban hétfőn és szombaton hivatalos órát nem tart.

SEDIVAL TABL.

Natr. phenylaethylbarb. natr. glycerophosphor, bromisovalerylurea és polybromat. Sedativ hatása mellett enyhe altató hatást is fejt ki

3-szor naponta 1-1 tableta vagy este 2-3 tablettát allatónak

SZENT PÉTER GYÓGYSZERVEGYÉSZETI LABORATORIUM
Budapest, V., Pozsonyi-út 1. — Telefon: 121-547

AKTEDRON-CHINOIN

TABLETTA ÉS INJECTIO

szellemi működések és a hangulat stimulálására

Climacteriumi és endogen depressiok, nervosus fáradékonyosság és csökkent munkaképesség, enuresis nocturna, narcolepsia stb. eseteiben

20 tablettás (0.01 g) phiola

6 ampullás (0.02 g) doboz

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 Léhel, gyógyszervegyészeti vállalat, Budapest 62.

Phlogitan
ung.

125 gr ára P.3.70

GYULLADÁST SZÜNTETŐ MÉLYHATÁSÚ
ANTIPHLOGISZTIKUM

Gyártja és forgalmazza benne *Diachemia,*

STRAUB SÁNDOR GYÓGYSZERVEGYSZÉTI ÉS VEGYÉSZETI LABORATORIUM
BUDAPEST, TERÉZ-KORÚT 27.

CAPHOSEIN

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

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

Válasz dr. Makara Györgynek.

Az Orvosi Hetilap 1943 május 15-i (20.) számában *Makara György dr.* megjegyzéseket közöl arról a munkáról, amelyet »Az állat és élete«, II. címmel a K. M. Természettudományi Társulat megbízásából írtunk. Válaszunk a következő:

I. Általánosságban.

Teljesen téves azon állítása, hogy munkánk két tanszék tanítását jelenti. Az egyetemi előadások szövege sem mennyiségi, sem minőségi tekintetben nem lehet azonos egy, a művelt nagyközönségnek szánt könyv szövegével. Mivel *Hankó Béla* is a rendszertan tanára, az általa megírt rész anyaga csak egészen kis mértékben szerepel előadásaiban.

Eppen ilyen azon állítása, hogy könyvünk *egyetemi tankönyv*, mert a könyv célkitűzése, tárgy kiválasztása, tárgyalása és képanyaga egyáltalában nem tankönyvszerű. A K. M. Természettudományi Társulat nem szokott kiadni tankönyveket és így »A természet világa« sorozatban sincs egyetlen tankönyv sem, noha azért tanulni lehet e könyvekből.

Könyvünkben *Makara* szerint »leendő tanárok, kutatók vagy orvosnövendékek ismereteiket meritik«. A leendő tanárok számára, ha kiegészítik az előadásokon hallottakkal, elegendő rendszertani alapot adhat a könyv. Kutatóknak feltétlenül kevés, azok számára ott van a *Kükenthal-féle* »Handbuch der Zoologie«. Az orvosnövendékeknek nálunk nincs szükségük állattani ismeretekre (ha volna, akkor nyilván kellene hallgatniuk), másrészt pedig nem is volt szándékunk a könyvben orvosi szakismereteket közölni.

Makara csak kétségbe von, de nem cáfol. Állít, de nem bizonyít és kérdő- és felkiáltójelekkel fejezi ki kétségét vagy nemtetszését. Ellenbizonyítékot soha sem közöl. Ennek a módszernek koronája az, amikor kijelenti, hogy »kritika helyett elég csak felsorolni« azokat az állításokat, amelyeket ő helyt nem állónak vél.

Szerintünk ez nem elég. Főképpen akkor nem, ha valaki olyan ex cathedra beszél. Ha valaki »tévedéseket«, »hibákat«, »érthetetlen tévedéseket«, sőt »minden oldalon« található, kritikát kihívó állításokat emleget, akkor kötelessége az ilyen súlyos ítéleteket *kellően meg is okolni*.

Makara módszerének helytelenségét mi sem bizonyítja jobban, mint az egyetlen dicséret, amelyre a 456 oldalas munkával szemben ragadtatja magát, mikor megdicséri a »lázállatka« nevet. De nem nézett utána, hogy vajjon ez a név új-e? Hát bizony ez a név éppen nem tőlünk származik, hanem már *Szilády Zoltán* »Zoologia« című könyvének 13. lapján olvasható. *Makara* tehát nem nézte meg *Szilády* könyvét, holott a bevezetőben emlegeti. Az alábbiakban ki fogjuk mutatni, hogy összes kifogásai hasonlóan az irodalom mellőzésére vagy egyoldalú megítélésére vezethetők vissza.

II. A kifogásolt latin nevek.

Az alábbiakban megadjuk azokat az állattani és egyéb munkákat, amelyekben *Makara* az általunk használt korszerű, érvényes névvel láthatja viszont a kérdéses állatokat, illetve kórokozókat.

A rühalka: Acarus siro. Vitzthum; Zoolog. Anzeiger, 72, 1927, p. 115–126. — Die Tierwelt Mitteleuropas, III, pars VII, 1929, p. 88. — Kükenthal: Handbuch der Zoologie, III, 2. Hälfte, 1931, p. 3,

4, 130. — Claus, Grobben & Kühn: Lehrbuch der Zoologie, 1932, p. 668. — Stempell: Die tierischen Parasiten des Menschen, 1938, p. 175. — Bronn: Klassen und Ordnungen des Tierreiches, 5. Bd., IV. Abt., 5. Buch, Acarina, 6. Lief., 1942, p. 891.

A malaria tropica kórokozója: Laverania malariae. Doflein & Reichenow: Lehrbuch der Protozoenkunde 5. kiad., II. 1928, p. 987. — Claus, Grobben & Kühn: id. mű, 1932, p. 413. — Stempell: id. mű, 1938, p. 55.

A simafejű glandféreg: Taeniarhynchus saginatus. Sprehn: Lehrbuch der Helminthologie, 1932, p. 507.

A tetvek: Pediculus capitis és P. corporis. Fahrenholz (Arch. f. Naturg., N. F., 5, 1936, p. 663–667) jól jellemzi azt a rendszertani és elnevezési zürzavart, amely a két tetű körül uralkodik. Ezért a vérszívó tetvek rendjének utolsó katalógusát vetjük irányadónak. Ferris: A catalogue and host list of the Anoplura (Proc. Calif. Acad. Sci., Ser. 4, VI, 1916, p. 129–213). Ebben Pediculus capitis (p. 136) és P. corporis (p. 137) áll.

A homoki bolha: Dermatophilus. Wagner: Katalog der palaearktischen Aphanipteren, 1930, p. 39. — Wolf & Krause: Die wirbellosen Tiere, 1930, p. 212. — Claus, Grobben & Kühn: id. mű, 1932, p. 731. — Kükenthal: id. mű, IV, 2. Hälfte, 2. Teil, 1936–38, p. 2033.

A Chagas-kór átvivője: Conorhinus. Göldi & Gorka: A rovarok szerepe a betegségek előidézésében és terjesztésében, 1925, p. 125, 126, 127, 129, 225. — Weber: Biologie der Hemipteren, 1930, p. 169, 488, 503. — Kükenthal: id. mű, 2. Hälfte, 2. Teil, 1936–38, p. 2138, 2143, 2165.

A visszatérő láz okozója: Spiroplasma recurrentis. Provazek: Handbuch der pathogenen Protozoen, 1912, p. 679. — Lovrekovich: Bakteriologia, 1935, p. 286, 291.

Van állattani nomenclatura és ennek megvannak a maga nemzetközi szabályai. Nyilvánvaló, hogy nem túlságosan fontos, hogy egy állatot ilyen vagy olyan néven emlegetünk. Az is természetes azonban, hogy az orvos-állattani és parasitológiai névhasználatnak kell alkalmazkodnia az állattanihoz és nem megfordítva. Nem az a döntő, hogy valamely állat neve mennyire megszokott, beidegzett, hanem az a lényeges, hogy az a név a fennálló szabályok értelmében érvényes-e.

III. Tárgyi kifogások.

A kiütéses typhus. *Makara* kevesli, hogy csak 4 sort írtunk róla. Ha *Lőrincz* (Parazitologia, 1935, p. 578) csupán 14 sort szentel ennek a betegségnek, akkor egy olyan általánosan tájékoztató könyvben, mint a mienk, 4 sor elegendő. Minek itt többet írni egy olyan betegségről, amely békeidőben nálunk ritka? Könyvünk se nem tankönyv, se nem szakkönyv és a pestisről, meg a sárgalázzról többet kellett írni, mert az emberiség életében sokkal jelentősebb szerepük van.

A bolhák, mint betegségterjesztők. A bolhák szerepét a rickettsiosisok terjesztésében tárgyalja *Martini* (Lehrb. d. med. Entomologie, 2. kiad., 1941, p. 465, 466, 468). Miért hallgatja el *Makara*, hogy mind a visszatérő lázról (p. 431), mind pedig az ötnapos lázról (p. 433) megmondjuk, hogy a tetvek terjesztik?

A kígyómarás kezelése. A kígyóméreg elleni serumról van szó könyvünk 415. oldalán, de ezt *Ma-*

kara elhallgatja. Miért? Az ott elmondott tanácsokat szerinte is csak »általában« tartják helytelennek, tehát *nem mindenki*. Erről meggyőződhetik Makara a következő munkákban: Kraus & Werner: *Giftschlangen*, 1931, p. 181—182, továbbá Gessner: *Tierische Gifte*, 1938, p. 34.

A rühátka életmódja. Utalunk a következő munkákra, amelyek nekünk adnak igazat: *Brehm's Tierleben*, II, 1915, p. 688. — *Göldi & Gorka*: id. mű, 1925, p. 151. — *Stempell*: id. mű, 1938, p. 177. — *Martini*: id. mű, 1941, p. 286.

Az osztrák-magyar hadsereg maláriásai. A kérdéses adat *Göldi & Gorka* (id. mű, p. 203) munkájában található, de nem ‰, hanem ‰₀₀ (ezrelék). Mint a K. M. Természettudományi Társulatban létben lévő kéziratban meggyőződhetik Makara, ott helyesen volt (ezrelék). Sajnos, a szedéskor százalék lett belőle és a korrektura alkalmával nem vettük észre ezt az értelemzavaró sajtóhibát. Ez kétségtelenül hiba, de sajtóhiba.

A Nobel-díjas Ross. Könyvünk 426. oldalán említjük *Laverant*, *Mansont* és *Grassit*, hozzátéve, hogy »és más olasz, meg angol kutatók«. Mindenkint nem lehetett felsorolni, annak sem értelme, sem célja nem lett volna. Miért nem reklamálja Makara az olaszokat vagy a magyar *Jancsó-t*?

A trópusi malária lázrohama. Szíveskedjék Makara figyelmesen elolvasni a következőket: *Doflein & Reichenow*: id. mű, 1928, p. 1017 (lásd az 1006. ábrát!). — *Martini*: id. mű, 1941, p. 388. — *Nocht & Mayer*: *Die Malaria*, 1936, p. 11 (lásd a 6. ábrát!).

A tetvek fejlődési ideje. Figyelmébe ajánljuk Makara dr. úrnak a következőket: *Göldi & Gorka*: id. mű, 1925, p. 110. — *Brehm*: *Az állatok világa* (*Gutenberg* kiadás), XV., p. 223. — *Claus, Grobber & Kühn*: id. mű, 1932, p. 712. — *Lőrincz*: id. mű, 1935, p. 577. — *Stempell*: id. mű, 1938, p. 187. — *Martini*: id. mű, 1941, p. 123—124, 128.

Mindezekből látni fogja, hogy az összfejlődés (embrionális és postembrionális) tartama optimális viszonyok közt is 15 nap, de ez a hőmérséklettől függően 22—23 napra is kihúzódhatik.

A szúnyogok petézése. *Kertész* (*Állattani Közlem.*, III, 1904, p. 15) és *Lőrincz* (id. mű, 1935, p. 561) szerint a gyötrőszúnyogok neme (*Aedes*) is vízre petézik. Ezzel szemben *Martini* (id. mű, 1941, p. 178) szerint az *A. communis*, *Mihályi* (*Természettud. Közöny*, 1939, p. 488) szerint pedig az *A. vexans* szárazra petézik. Az adatok tehát ellentmondók. *Sub judice* lis est. Meg kell várni, amíg több megfigyelés fog rendelkezésre állni.

A papatácsi. Hogy a papatácsi bizonyos körülmények közt nappal is táplálék után jár, azt olvashatja Makara a következő helyen: *Martini*, id. mű, 1941, p. 198. Hogy a *Phlebotomus macedonicus-t* »kis moszkító« néven említjük, az éppen oly kevés hiba, mint amikor e rovarok családját »lepkeszúnyogoknak« (*Lőrincz*, id. mű, 1935, p. 562) vagy a *Ph. Papatási-t* »papatácsi légynek« (*Lőrincz*, id. mű, 1935, p. 562) nevezi valaki. A *Phlebotomus* se nem szúnyog, se nem légy szoros rendszertani értelemben. Közönségesen azonban mégis lehet így nevezni, mert az általános névhasználat nincs tekintettel ilyen rendszertani finomságokra. A »moszkító« elnevezés is nem csupán a szúnyogfélék (*Culicidae*) fajaira vonatkozik, hanem más, kistermetű vérszívó kétszárnyúakra is.

A kala-azar és terjesztői. A »maláriás senyvedés« nevet *Göldi & Gorka* (id. mű, 1925, p. 224) hasz-

nálja. Ami a terjesztőket illeti, rájuk nézve ingadozó a nézetek. *Martini* (id. mű, 1. kiadás, 1923, p. 324) az ágyi poloskákra mutat rá. *Lőrincz* (id. mű, 1935, p. 461) már ismerteti a *Phlebotomusokkal* végzett kísérleteket, de azt írja, hogy a fertőzött legyek szúrása által a betegséget se emberre, se állatra nem sikerült átvinni. *Stempell* (id. mű, 1938, p. 27) azt írja, hogy a betegséget »in der Hauptsache« a *Phlebotomusok* viszik át. *Martini* (id. mű, 2. kiadás, 1941, p. 355—357) fejtegetéseiből kitűnik, hogy bár a gyanú a *Phlebotomusokra* terelődött, ez a tan még nincs döntő módon beigazolva. Látjuk tehát, hogy el nem döntött kérdéstről van szó. Különben *Martini* művének második kiadása a kézirat lezárása idején még nem jelent meg, így azt akkor nem vehettük tekintetbe.

A sárgaláz okozója. Ez az eset hasonló az előbbihez. *Martini* (id. mű, 1923, p. 348) még *Noguchi* vizsgálatait ismerteti és a kórokozónak a *Treponema icteroides-t* mondja, bár a fejezet végén bizonyos kétkedés csendül ki sorából. *Stempell* (id. mű, 1938, p. 38) határozottan vírusról beszél. Ennek hatása alatt jött létre szövegünk alternatív fogalmazása. *Martini* (id. mű, 1941, p. 477, 478) második kiadásában már csak vírusról van szó, ezt azonban, mint fentebb mondtuk, már nem lehetett tekintetbe venni.

Azt hisszük, hogy — egy igazolható sajtóhibát nem számítva — sikerült bebizonyítanunk, hogy a Makara által kifogásolt esetek nem hibák vagy tévedések. Legfeljebb arról lehet szó, hogy az ismeretek bizonyos esetekben még nem világosak, az adatok ellentmondók, ellentétes vagy különböző vélemények túsáznak egymással. Vitán felülálló végeredmény helyett alternatívák lehetségesek. Ilyenkor nem lehet kategorikus kijelentéseket tenni és nem lehet ismereteinket dogmatizálni.

IV. A határterület és végszó.

»Veszedelemes helyzet támadna, ha nem orvosok kellő óvatosság nélkül nyulnának át a határterületre«, mondja a végén Makara dr.

Ebben tökéletesen igaza van. Elfelejtji azonban, hogy a határterületre nem csupán zoologusok nyulnak át, hanem orvosok is. Ezekkel szemben mi, zoologusok, pontosan ugyanezt a kívánalmat hangoztatjuk. A zoologusok, ha nagyon akarnának, sokkal több ilyen természetű szemrehányást tehetnének az orvos-szerzőknek. Mi azonban tudjuk, hogy az orvos nem zoologus és az általa esetleg elkövetett elírásokat nem lehet olyan mértékkel bírálni, mint ha azokat egy zoologus könyvében találjuk meg.

Mindenki tévedhet, mindenki hibázhat. Nincs könyv, amelyben ne lehetne találni valami kifogásolni valót. Legalább is azt, ami nincs benne és amit a kritikus bele vett volna vagy amit másképpen írt volna meg. Ilyenektől csak azok mentesek, akik nem írnak semmit. Mindig lesznek jobbantudók is. Építő kritika azonban csak az, amely némszak kiboncolja a hibákat, hanem azokat, állításai kellő igazolásával, ki is javítja.

Dudich Endre dr. és Hankó Béla dr.

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

Lalkus propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra

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

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift. 26—27. sz. *Böhmig R.*: A dysenteria kórszarmazásáról. — *Henkel G.*: A harctéri nephrosis-diencephalosis. — *Pfaff R.*: Adatok a mellkas-tüdősérültekről az első egészségügyi alakulatoknál. — *Katz K. és Kraemer R.*: A subduralis haematomáról az alvadási rendszerben végzett beavatkozásokkal. — *Wepler W.*: Toxikus sebdiphtheria. — *Drigaski W.*: A föld, mint indifferens, hatásos gyógyeszköz.

Wiener Medizinische Wochenschrift. 28—29. sz. *Voss F.*: Nemi betegségek és a gyakorlóorvos. — *Quitschal W.*: A hormontherápia új lehetőségei. — *Gorka Th.*: Insulin hatása a reticulocyták számára. — *Poslinszky S.*: Lágyfekély után támadó ritka thrombosisok.

Schweizer Medizinische Wochenschrift. 28. sz. *Roth H.*: Szülőcsukorterhelés koponyatrauma után. — *Luchsinger R.*: A vegetatív idegrendszer vizsgálata dadogókon. — *A. Antar I. H.*: Megfigyelések emlőn táplált csecsemőkön. *Wattenwyl H.*: Perlingualis therapia petefészekhormonokkal. — *Mühl M.*: Vitaminok és tejconszervek. — *Kappert A.*: Adat a B. hypovitaminosisok klinikájához és terapiájához. — *Darbelleu T.*: Adat a kén farmakológiájának ismeretéhez. — 29. sz. *Grosjean A.*: Lymphogramuloma és tuberculosis. — *Henschen C.*: Az alsó végtag vér- és vízzár okozta cyanosisa és izomduzzadása traumás sacralis gyöksérülés után. — *Jucker P.*: Prostagmin hatása a serum cholestirinasera. — *Ludwig H.*: Röntgenorvos és belgyógyász szoros együttműködésének jelentősége. — *Lüscher E.*: A csecsnnyulvány pneumatisatiójának jelentősége gyulladással közepfülbetegségekben. — *Lutz W.*: Sikeres radiumkezelés kiterjedt haemangioma cavernosum esetében. — *Massini R.*: Izzadmányok (pleura, szívburok, ascites) vizsgálati technikája carcinomára és tbc-ra. — *Staub H.*: és *Bucher R.*: A leukopenia mechanizmusa i. v. glykogénbevitel után. — *Walther H. E.*: Rákos áttételek vizsgálata. — *Werthemann A. és Schindler O.*: A veleszületett állkapocsficam genesisének kérdéséről.

VEGYES HIREK

Tomcsik József dr. egyet. ny. r. tanár az Országos Közegészségügyi Intézet főigazgatóját a bázeli egyetem közegészségügyi tanszékére egyet. ny. rendes tanárrá meghívták.

Személyi hírek. A Kormányzó a vallás és közoktatásügyi miniszter előterjesztésére *Horányi Béla dr.* és *Angyal Lajos dr.* budapesti egyetemi magántanároknak a tudományos szakirodalom művelése és az orvosképzés terén szerzett érdemei elismerésül az egyetemi rendkívül tanári címet adományozta. — A vallás- és közoktatásügyi miniszter *Binder László dr.*, *Marik Miklós dr.*, *Nónay Tibor dr.* egyet. adjunktusok, *László Géza dr.*, *Páter János dr.*, *Podhradszky Lajos dr.*, *Voltay Béla dr.*, *Rehák Pál dr.*, *Unghváry László dr.*, *Zselyonka László dr.*, *Verebely Tibor dr.* és *Molnár Vilmos dr.* egyet. tanársegédeknek a budapesti Tudományegyetem; *Charmant Pál dr.* klin. főorvosnak a kolozsvári Tudományegyetemen; *Szellő Ferenc dr.* klin. főorvosnak és *Sperl József dr.* egyet. tanársegédnek a pécsi Tudományegyetem orvostudományi karán egyetemi magántanárrá történő képesítését jóváhagyólag tudomásul vette és őket e minőségükben megerősítette.

Raktárunkból azonnal szállíthatók

a következő, új német orvosi szakkönyvek:

Die Technik der Knochenbruchbehandlung

11. javított és bővített kiadás. Két kötet, 1605 oldal, 1530 ábrával, 1943. Prof. dr. Lorenz Bühler műve, kötve P 190.—

Diagnostik chirurgischer Erkrankungen

5. javított és bővített kiadás. 895 oldal, 1093 ábra és 6 színes táblával, 1942. Prof. dr. Rudolf Demel műve kötve P 57.—

Einführung in die Röntgenologie

3. javított és bővített kiadás. 430 oldal, 378 ábrával, 1943. Prof. dr. G. F. Haenisch és Prof. dr. H. Holt-husen műve kötve P 52.44

A régi »Kolle-Hetsch«. Prof. dr. H. Hetsch és Prof. dr. H. Schlossberger átdolgozásában:

Bakteriologie und Infektionskrankheiten

mit besonderer Berücksichtigung der Immunitätslehre. IX. kiadás, 848 oldal, 40 szövegközti ábra és 52, részben színes táblával, 1942. kötve P 62.70

Dermatologie

4. javított és bővített kiadás. 609 oldal, 702 egyszínű és 45 színes ábrával, 1943. Prof. dr. H. Fuhs és Prof. dr. L. Kumer műve kötve P 57.—

Fundus oculi, ophthalmoskopische Diagnose

Prof. dr. Q. di Marzio műve. Németnyelvű kiadás. 212 színes és számos egyszínű ábrával, Nagy atlasz formátum kötve P 272—

Säuglingskrankheiten

4. teljesen átdolgozott kiadás. 890 oldal, 200, részben színes ábrával, Prof. dr. H. Finkelstein műve, kötve P 91.50

Új magyar művek!

ORVOSI PSZICHOLÓGIA

Dr. Ernst Kretschmer egyetemi tanár műve, füzve P 28, kötve P 33.—

GYAKORLATI ELEKTROKARDIOGRAPHIA

Két kötetben. I. kötet: Az Elektrokardiographia Tankönyve. II. kötet: Elektrokardiographiai atlasz. Műnyomópapíron, 240 ábrával (700-nál több elektrokardiogramm elvezetés felvétele). Dr. Radnai Pál v. egyet. belklinikai tanársegéd műve, két kötetben kötve P 44.—

NOVÁK RUDOLF ÉS TÁRSA

Orvosi Szakkönyvkereskedés és Tudományos Könyvkiadóvállalat
BUDAPEST, VIII., BAROSS-UTCA 21

Szabadságon vannak: *Rejtő Sándor dr.* július 15—augusztus 20-ig. *Horányi Béla dr.* július 1—31-ig. *Ranschburg Pál dr.* július 22—augusztus 19-ig.

Betöltendő orvosi állások: *A lévai állami kórházban* egy kórbecenok-laboratóriumi főorvosi állás. Pályázati határidő a Budapesti Közlönyben megjelenéstől 15 nap.

A szabadkai közkórházban egy kórbecenok oszt. főorvosi, egy gyermekgyógyász, rendelőfőorvosi és három különböző osztályon segédorvosi állás. Pályázati határidő a Népegészségügyben megjelenéstől 15 nap.

Szombathelyen egy női, *Baján, Pestszentlőrincen, Pesterzsébeten, Komáromban* egy-egy férfi körzeti iskolaorvosi állás. (Bővebben a Budapesti Közlöny 1943. évi 43. sz.) Pályázati határidő augusztus 15.

Kassán egy férfi körzeti iskolaorvosi állás. Pályázati határidő szeptember 1.

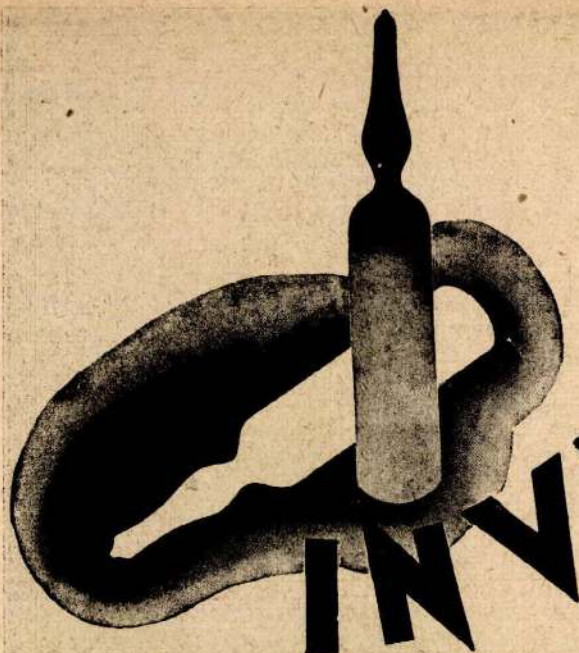
FELELŐS KIADÓ: VAMOSSY ZOLTÁN

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

BIROBIN-CHINOIN

ROBORANS, HAEMOPOETICUM, HIZLALÓSZER

100 tabletta



INJECTIO

INVERTOSE

a megbízható készítmény
dextrose, glucose helyett.

20 % 40 %-os töménységben.
10, 20, 50 és **100** kcm.
ampullákban.

• DR EGGER GYÁRTMÁNY •

PACYL

fokozott vérnyomásnál

kiméletesen csökkenti a megnövekedett vérnyomást,
oldja az érgörcsöt,
enyhíti a szubjektív panaszokat.
Perorálisan szedve hatékony.

DIWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A. G. · BERLIN-WAIDMANNSLUST
Irodalommal és orvosi mintával Hygiea R. T., Kolozsvár, Kando Kálmán u. 13 szolgól

Uricedin

anyagcsere-bántalmaknál, mint: köszvény, rheuma, ischias, vesesebél-, hólyag-, epe-, máj bántalmaknál, b. l. nyhesség és gyomor bajoknál.

Megyei kórházakban is kapható.

Medicamenta Gyógyszerkészítmények Gyára R. T.

Budapest, X., Holog, utca 14.

J. E. Stroschein

Chemische Fabrik K. G.
Berlin

Quadronox

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

**10 és 20 tablettás
csomagolások**

Adatokat készséggel szolgál:

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