

ORVOSI HETILAP

MEGJELENIK MINDEN HÉTEN

Szerkesztőség és kiadóhivatal: VIII., Üllői-út 26., IV. em. — Telefon: 345-113. — Hirdetések felvétele a kiadóhivatalban.
 Előfizetések beküldhetők: 22.968. sz. csekk számlánkon. — Romániában: Borsos Béla dr. Arad, Str. Gen. Grigorescu 5. 1500 L. —
 Szlovákiában: Eleőd Solt. Handels- u. Kredit-B. Bratislava. 300 Sk. — Előfizetési díj: az „Orvosi Hetilap” és „Orvostudományi közlemények”-re együttesen egész évre 36 P, félévre 18 P, negyedévre 9 P, egyes szám ára 1 P. Külföldre 44 P.

TARTALOM:

Rhorer László: A pyopneumothorax, mint haretéri szövődmény. (217—219. oldal.)

Petrányi Gyula: A diastolés véráramlás vizsgálata az ember verőereiben. (219—221. oldal.)

Gaál István: Paroxysmalis tachycardia asthmás csecsemőn. (221—222. oldal.)

Böszörményi Márta: Dermatomyositis acuta idegen fajú fehérjével gyógyított esete. (222. oldal.)

Guth Endre: Egyszerű módszer a vizelet lacto-flavin tartalmának meghatározására. (223—224. oldal.)

Irodalmi szemle. (224—227. oldal.)

Könyvismertetés. (229. oldal.)

Lapszemle. — Vegyes hírek. (230. oldal.)



Álmatlanságnál



PHANODORM

az áttaltatószer

gyors elalvást,

7—8 óráig tartó kielégítő mélységű alvást biztosít

Cső 10 tablettával à 0.2 g.

KÖZKÓRHÁZAK KÜLÖN ENGEDÉLY NÉLKÜL BESZEREZHETIK!

PHANODORM-CALCIUM

gyorsabban felszívódik,

gyorsabban elaltat, ezért fokozottabb altató hatású.

Üdítő alvás után friss ébredés

Cső 10 tablettával à 0.2 g.

KÖZKÓRHÁZAK KÜLÖN ENGEDÉLY NÉLKÜL BESZEREZHETIK!

»Bayer«

LEVERKUSEN

MAGYARORSZÁGI VEZÉRKÉPVISELETEK:

Magyar Pharma Gyógypáru Rt.

Budapest, V., Arany Jánosú. 10.

Kolozsvár, Mussolini-út 18.

E. Merck

DARMSTADT

Wirth Károly

Budapest,

V., Báthoryú. 16.

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.

A m. kir. 101. gk. Sebészállomás közleménye.
(Parancsnok: Rác Benő orvos-alezredes.)

A pyopneumothorax mint harcéri szövődmény.

Irta: Rhorer László dr., t. orvos-főhadnagy

A harcéri sérülések sokaságából, amelyeket a m. kir. 101. sebészállomáson észlelni alkalmunk volt, egy szövődményt választottam ki tüzetesebb tárgyalásra: a gennyes légmell. Részletezésre alkalmasnak tartom két okból is: egyrészt, mert ez volt a mellkassérülések leggyakoribb és egyben leg súlyosabb szövődménye, másrészt ez a békegyakorlatban aránylag ritka s így a kellő gyakorlati tapasztalatokat nem mindenki tudja megszerezni. Mivel a front jórészenek efajta sebesültjei csaknem kizárólag a 101. sebészállomáshoz kerültek, bőven nyílt alkalmunk tapasztalatgyűjtésre.

Sebészállomásunk 4993 betegéről készített pontos feljegyzést; 366 esett ebből a mellkas érintő és áthatoló sebesüléseire, — ez az esetek 7.3%-a. Ez a szám csaknem pontosan megfelel a görög-albán harcéréről olasz részről közölt adatoknak, amelyek szerint ott 33.045 sebesültből 7.6% volt mellkasi sérült. (D. M. W. 1942. 28.)

Ezen 366 esetből a kisebb részt (80 eset) a mellkasfal kisebb-nagyobb lövedék- és szilánk-sérülései, a nagyobb részt (286 eset) a tüdő-sérüléssel társult be- és áthatoló sérülések jelentették. Ebből ismét csak egy töredék esett a fenti szövődményre. 49 pyopneumothorax-ot kezeltünk, ami az összes sérüléseknek csaknem pontosan 1%-a (0.98%), a mellkassérüléseknek 13.4%-a, a tüdő-mellkassérüléseknek 17.1%-a. Az összes sérülésekhez viszonyítva tehát kicsiny az előfordult pyopneumothoraxos esetek száma, de a 49 eset mégis elég arra, hogy tanulságul szolgáljon.

A harcér mindig fertőzött sebeit összevarrni csak kivételesen szabad, olyankor, amikor az életet veszélyeztető szövődmények elkerülése még a fertőzésnél is fontosabb szempont. Ez áll fenn a nyílt légmell esetében is. Itt a keringést és légzést végzetesen befolyásoló gátrlebegés megakadályozása, illetőleg megszün-

tetése végett zárjuk varrattal a mellkast, evvel szemben minden esetben számolnunk kell az empyema-val.

A nyílt légmell zárása általánosságban az egészségügyi oszlopoknál levő sebészek feladata. A helyes eljárás a többi rétegben alkalmazott varrat: mellhártya, izomzat, bőnye és bőr. Tapasztalataink szerint ezt az eü. oszlopok sebészei minden esetben el is végezték. Hiányos volt azonban az így ellátott sebnek légmentes elzárása ragtapasszal, vagy mastizolozott Billroth vászonnal stb., stb. Ennek a biztosításnak elhagyása volt az oka annak, hogy a fertőzött seb rövidesen szétnyílt és áteresztővé vált, — fokozódott a légmell, amelyet a mellkas zárása amugysem szüntetett meg, hanem csak nyugalmi állapotba hozott. A részint a tüdő-sérülés, részint az intercost. erek sértése miatt keletkezett vérmell minden esetben fertőződött s elgennyesedése hosszabb-rövidebb idő után feltétlenül bekövetkezett.

Sebesültjeink meglehetősen rossz állapotban kerültek hozzánk. A nyílt légmell okozta shock-hatás még el sem mulhatott, amikor már az eü. oszloptól — kényszerítő körülmények folytán — hátraszállításra kerültek a sebesültek.

A légmell inkább keringési, mint légzési zavart okoz. Jelentős az, a nagy hővesztés is, amelyet a sérült a nagy párologtató felületen ellátásáig elszenved. A cyanotikus ajak és bőr, a légzési segédizmok igénybevétele, a gyors, szapora érverés, az elesettség mindmegannyi kiáltó jele és tünete e súlyos kórképnek, melyet a mindig fenyegető fertőzés beállta még súlyosbít.

Abban a szerencsés helyzetben voltunk, hogy sebesültjeinket jól fűtött szobában, rendes kórházi ágyba helyezhettük el. A nyugalom, a nyújtott forró italok, a felmelegítés és a cardiacumok a szállítás következtében fokozott shock leküzdésében fontos szerepet játszottak és lényegesen könnyítettek sebesültjeink állapotán. Ezt követte a lényegesebb legelső segítség: a sérülés, illetve varrat helyére alkalmazott légmentes kötés és — szükség szerint — vérátömlesztés, vagy legalábbis az érrendszer feltöltése. Egy-két nyugodtan

eltöltött nap meghozta eredményét s megkönnyebbült, a shock-tól megszabadult betegeinket most már egyenként, állapotuk súlyossága szerint vettük tüzetesebb vizsgálat alá. Ekkorra már a hőmérséklet viselkedése is irányt mutatott arra vonatkozóan, hogy milyen kórlefolyásra számíthatunk.

Fizikális vizsgáló módszerekkel határoztuk meg a mellkasbeli folyadékgyülem mérvét és fokát. Nagy gondossággal és igen óvatosan vettük le ezután a sebről a légmentes zárókötezt s vigyázva kerestük meg a sebben azt a helyet, ahol a szétnyílás folytán a mellüreg a külvilággal közlekedett. A seb már minden esetben phlegmonosus volt, fertőzöttsége azonban nem volt súlyosnak mondható. A varratok változatlanul hagyása mellett (csak az átvágott, már nem tartó varratokat távolítottunk el) a sebet Marfanyl-Prontalbin porral szórtuk be és újra légmentes kötéssel zártuk le. Rendszerint a hátsó hónaljvonalban, a IX—X. bordaközben elvégeztük a próbacsapolást; leggyakrabban már bűzös, bomlófélben levő vért, vagy kifejezetten gennyet kaptunk.

Helyi érzéstelenítésben ezen a helyen 2—3 cm-es bordadarabot subperiostalisán resecáltunk s a helyén, külső végén érfogóval lezárt gummicsövet vezettünk be a mellkasba, a sebet varratokkal zártuk és föléje is rögtön légmentes kötezt helyeztünk. Az állandó leszívást nem alkalmazhattuk részint azért, mert ehhez elegendő gummicsövünk és kellő berendezésünk nem volt, másrészt azért, mert az egyszerre beérkező nagyszámú sebesült esetén való ellátására és állandó ellenőrzésére nem jutott elegendő idő. Tapasztalatunk szerint azonban eredményes volt ehelyett a következő eljárás is:

Az érfogóval ellátott drainső végére már nem használható gummikeztyű egy-egy levágott ujját kötöttük rá, ennek csúcsán kis nyílást vágtunk és eltávolítottuk az érfogót. A rugalmas keztyűujj mint ventil szelep működött: belégzésnél összetapadt s így a levegő mellkasba jutását lehetetlenné tette, kilégzésnél azonban a nyíláson át ritkább-sűrűbb cseppekben ürült rajta keresztül a mellkasi folyadékgyülem. Nem kellett mást tennünk, mint alája üveget helyezni, vagy folyadékszívó kötéssel (papírvatta) a váladékot felfognunk. Betegeinket hetekig ápolás alatt tartottuk. A váladékmennyiség lassú csökkenése, a hőmérséklet süllyedése, a légzés és keringés javulása voltak a gyógyulás első tünetei. Ebben az állapotban új feladat jelentkezett. A mellhártyamegvasztódás és maradéküreg kialakulásának megelőzésére fokozatosan fuvatásra tanítottuk meg betegeinket. Erre a célra gummipárnát használtunk s ha ez nem állt kellő mennyiségben rendelkezésre, a mellkascsőhöz hasonló szerkezetet létesítettünk, avval a különbséggel, hogy

itt természetesen nem lyukasztottuk ki a gumminijj végét. Minden beteget külön-külön oktattunk az eszköz használatára, megmagyaráztuk nekik, hogy óvatosan kezdjék a fúvást s napokon át lassan fokozzák a fúvóerőt, amit a gumminijj tágulásán önmaguk is ellenőrizhetnek. A gyakori ellenőrzés a tüdőesérülések szempontjából volt a legfontosabb, így is előfordult, hogy kisebb vérzés volt az első gyakorlat következménye. Bebizonyosodott azonban, hogy ez a szövödmény sohasem vált súlyosabbá, a tüdő tágulása viszont, kevés kivétellel, minden esetben bekövetkezett.

Fokozatosan csökkent a váladék, a beteg láztalan lett, tüdeje már tágult, a fuvás erejét keztyűujj »manometer«-ünkkel ellenőriztük. A thoracotomia nyílása a drainső körül annyira beszűkült, hogy azt már szinte kidobta magából, ekkor következett a legközelebbi lépés.

A drainsövet eltávolítottuk, a sebre egy réteg gaze-t helyeztünk s az egész kötezt légmentesen zártuk. 24 óra múlva a drainső helye rendszerint már erősen összesűkült. A nyílásba ezután gummicsíkot helyeztünk a cső helyett. Ez minden nagyobb ellenállás nélkül keresztülvihető volt. Vékony sondával addig toltuk — minden erőszak nélkül — előre a csíkot, amíg a rajta és a sondán végigfutó savós váladék nem jelezte, hogy a mellüregbe jutottunk. A csík külső végére selyemfonalakat kötöttünk, amelyet ragtapasszal rögzítettünk a mellkas falára. Az egész fölé ismét légmentes kötés került. A beteg a fúvást természetesen rendszeresen folytatta. Naponként ellenőriztük a kötezt, a légmentes zárást inkább csak túlóvatosságból tettük a seb fölé. Mind kevesebb lett a váladék, mind szűkebbre zárult a seb — a tüdő fölött kiterjedten hallhatóvá váltak a légzés hangjai — megérett a helyzet arra, hogy a sebet végkép begyógyulni hagyjuk. Rövidesen a láztalan beteget kórházvonton útnak indítottuk hazafelé.

A thoracotomiát lehetőleg mindig a mellüreg legmélyebb pontján végeztük; ettől még akkor sem tértünk el, amikor maga a seb ennek a pontnak a közelében feküdt. Azt hiszem, hogy jó eredményeinket talán éppen ennek a körülménynek köszönhetjük.

Egy esetben előfordult, hogy a mellkas felső részén lévő s légmellel okozó seb mellett ugyanazon az oldalon, a XI. borda alatt is 20 filléresnyi rekciómentes szilánksebet találtunk. A beteg második napi kötözésénél végeztük el a punctiót s ekkor tűnt fel, hogy az alsó sebből folyadék szivárog — nagyobb mennyiségben, mint azt a seb állapota megmagyarázná — és ez a folyadék a punctióval nyert folyadékkal (gennyes vér) teljesen azonos minőségű. Rögtön arra gondoltunk, hogy a seb a mellüreggel közlekedik. Az általában alkalmazottnál hosszabb s vékonyabb drain-

csövet ventilgummival láttuk el és lassan toltuk fel a seben át. Kis erőltetéssel hirtelen ugrott be a cső a mellüregbe, aminek jeleként gyors folyással ürült onnan a váladék a csővön keresztül kifelé. Ebben az esetben nem kellett thoracotomiát végeznünk.

A légmellseb a légmentes kötés alatt gyorsan gyógyult — általában annál gyorsabban, minél magasabban volt a seb. A kötetést a legritkábban — szükség szerint — váltottuk s a gyorsan növekvő egészséges sarjszövet hamarosan zárt empyema-vá változtatta az eddigi geny-nyes légmellét. Nagyfokú bőremphysemát nem láttunk; az előforduló kisebb terjedelműek nem sok gondot okoztak.

Ki kell emelnünk azonban azt, hogy minden mellkasi seb pontosan ellenőrizendő abból a szempontból, hogy nem közlekedik-e a mellüreggel. Sokszor a legfelületesebbnél látszó szilánksebb is áthatoló lehet — ennek felismerése után a seb rögtön légmentesen zárandó.

Ezekben vázoltuk a gyógyulás ideális lefolyását. Természetesen ez csak a legritkább esetben volt ennyire folyamatos; a kezelést azonban általánosságban mindig a fentiek szerint végeztük. A kezelés leglényegesebb mozanata az ilyen sérülések esetében is az, hogy — kerülve az általánosítást — egyéni kezeléssel minden egyes sebesültet külön bíráljunk el.

A 49 pyopneumothorax-os sebesültünk közül hatot veszítettünk el (12.2%). Ezek közül egynek specifikus tüdőfolyamata volt, kettő egyik oldali pyopneumothorax mellett másik oldali haemothorax-ot is kapott a sérülés következtében, kettő pedig többször azonos oldali mellkassérüléssel igen súlyos állapotban került már hozzánk. A hatodiknak jobboldali geny-nyes légmellen kívül baloldali tüdőlövése és felkörtörése is volt.

Sebesültjeinknek körülbelül 25%-ánál szinte már a kezelésbevitel első pillanatától fogva látszott, hogy a gyógyulás a geny-nyes légmell letokolódása révén csak maradéküreg kialakulása árán következhetik be. Rendszerint olyan betegek voltak ezek, akiknek mellkassérülése a mellüreg alsó részén történt; egy részük pedig valószínűleg már mellhártya-összenövésekkel (pleuritis, kiállt specifikus folyamat, stb.) került a harcra, s az ilyen adottságok csak kedveztek a letokolt folyamat kialakulásának. Kezelésünkre ezen sebesültjeinknek helyi folyamata lassabb javulást mutatott s a bő váladékképződés az idő folyamán alig csökkent, azonban általános állapotuk lényegesen hamarabb javult.

Sajnos, betegeink további sorsáról nincsenek adataink. A 49 beteg közül csak három akadt, aki megadott címemre később beszámolt állapotáról, ezek is csak annyit közöltek, hogy a sebészeti osztályról rövid tartózkodás

után üdülőbe kerültek. Ebből következtetve gondolom, hogy állapotuk nem rosszabbodhatott.

Kezelési eljárásunkat azért ismertettem, mert jól bevált és szokatlan körülmények között, nehézség nélkül és eredménnyel alkalmazható. A harcra pedig fokozott leleményesség kell ahhoz, hogy a mostoha körülmények között is tudjunk segítséget nyújtani. *Spitz* szerint alaptétel, hogy a »functionalis kezelés« álljon mindig szemünk előtt és már az első kezeléskor is az utókezelés érdekében kell eljárni, azaz úgy, hogy azt szükségtelenné tegyük. Harctéri működésünk egész ideje alatt mi is ezt tartottuk szem előtt és ennek értelmében cselekedtünk.

A budapesti I. számú belklinika közleménye.
(Igazgató: Herzog Ferenc ny. r. tanár.)

A diastolés véráramlás vizsgálata az ember verőereiben.

III. A diastolés hányados állandósága.

Írta: *Petrányi Gyula dr.* tanársegéd.

Az egészséges fiatalember diastolés áramlása, ill. az ezt jellemző D:S diastolés hányados összehasonlítási alapul fog szolgálni az öregedő ember és a vérkeringés szerveinek betegségeiben szenvedők diastolés véráramlásának vizsgálatakor. Mielőtt azonban erre rátértem, előbb meg kellett még vizsgálnom, hogy a vér áramlásának physiologiás változásai egészséges fiatalemberen a D:S hányadost hogyan befolyásolják, mert összehasonlítási alapul ez a hányados csak akkor szolgálhat, ha ingadozásainak határait ismerjük.

Eddigiekben a diastolés áramlás mérését a kísérleti körülmények szigorú megtartásával, a kéz átmelegítése után, teljes nyugalomban végeztem. Ha azonban a mérést ugyanazon a személyen egy más alkalommal megismételjük, bármennyire megtartjuk is a kísérleti feltételeket, a mérés körülményei és a vér áramlását befolyásoló tényezők (az arteria digitalis tágasága, a kéz hőmérséklete, vérnyomás, percenkénti pulusszám, stb.) mégis mindig mások lehetnek. E körülmények változásával pedig megváltozhat a systolés és diastolés pulsus-térfogatok nagysága és áramlási ideje (a pulsus-frequenciától függő systole-diastole ciklus ideje) is. A következőkben tehát az volt vizsgálatom tárgya, hogy a pulsus-térfogat-görbe alakját megszabó két tényezőnek: 1. A pulsus-térfogat nagyságának és áramlási idejének változásai physiologiás határokon belül a diastolés áramlásra hogyan hatnak.

1. A pulsus-térfogat nagyságának megváltoztatására a kéz hőmérsékének a megváltoz-

tatását használtam föl, mert ez a legegyszerűbb, teljesen physiologiás és a mérések között is bármikor előfordulhat. Ezzel csak a pulsustérfogat nagysága változik, áramlási ideje nem. A pulsustérfogat nagyságának változása az arteria digitalis tágasságának megváltozását jelenti. A vizsgált személy kezét előbb kb. 38–40°-os vízben tartattam, míg jól át nem melegedett, lefénypépeztem a pulsustérfogat-görbét, majd a kezét szobahőmérsékű vízben lehűtve, a 7., 8. és 9. számú kísérleti személyek kezét pedig még jeges vízben külön-külön tovább lehűtve újabb pulsustérfogat-görbét készítettem. A systole és diastole értékei mm-ben vannak megadva. $1\text{ mm} = 0.005\text{ cm}^3$. Ezekhez a vizsgálatokhoz olyan személyeket választottam, akiknek nagy volt a pulsustérfogatuk, mert akinek a pulsustérfogata a kéz átmelegítése után is kicsi, lehűtés után nagyon kicsi, gyakran mérhetetlenül kicsi lesz. De nagy pulsustérfogat is csökkenthető ennyire igen erős lehűléssel (a 7., 8., 9. sorszámúak második sora a táblázatban). Ilyen kis pulsustérfogatnál nemcsak a le mérés hibája lesz relative nagy, hanem a lassúbb és kisebb diastolés áramlással szemben a készülék mechanikus hibái (a levegőközvetítés és az alkoholoszlop tehetetlensége) is jobban érvényesülnek. Ilyen szélsőséges esetben a diastolés áramlás, ill. a D:S hányados csökkenhet. Ez azonban figyelmen kívül hagyható, mert egyrészt ilyen nagyfokú lehűtés már nem is tekinthető physiologiásnak, másrészt pedig — mint már a methodikai részben is említettem — ha a teljes pulsustérfogat 0.02 cm^3 -t, vagyis az ordinátán 4 millimétert nem ér el, a meghatározást pontatlansága miatt nem érdemes elvégezni. Nem tekintve e szélsőséges eseteket, melyek rendes körülmények között sohasem fordulnak elő, látható, hogy míg a kéz lehűtésével a systolés és diastolés pulsustérfogat nagysága jelentősen csökken, kettőjük aránya, a D:S hányados a mérési hiba határain belül nem változik. Amennyivel a diastolés áramlás kisebb lett, kisebb lett a systolés is. A D:S hányados tehát a kéz hőmérsékletének, ill. az arteria digitalis keresztmetszetének igen tág határok közti változása mellett sem változott meg.

I. táblázat.

A pulsustérfogat nagyság-változásának hatása a D : S hányadosra.

No	Meleg			Hűdég		
	D	S	D:S	D	S	D:S
1.	6.5	8.0	0.81	3.4	4.1	0.83
2.	3.6	4.0	0.90	2.7	3.0	0.90
3.	5.6	7.7	0.73	2.2	3.0	0.73
4.	5.8	7.0	0.83	2.6	3.2	0.81
5.	3.2	4.0	0.80	2.1	2.8	0.75
6.	3.8	3.8	1.00	2.8	2.8	1.00
7.	7.0	8.0	0.87	3.5	4.0	0.87
				1.6	2.1	0.76
8.	6.0	5.0	1.20	3.5	3.0	1.16
				1.8	2.0	0.90
9.	8.0	6.6	1.21	5.5	4.7	1.17
				1.5	1.8	0.84

2. A diastolés áramlás nagyságának összefüggése a diastole időtartamával. A teljes nyugalomban végzett mérések eredményének összefoglalásánál említettem, hogy az egyes kísérleti személyek különböző pulsusfrekvenciája és diastolés hányadosa között összefüggést nem találtam. Felmerült azonban az a kérdés, hogy ugyanazon a személyen a szívüktetés percenkénti számának megváltozása nem befolyásolhatja-e a D:S hányadost. Ugyanis a nyugalomban készült pulsustérfogat-görbéből egyszerű rátekintéssel arra lehet következtetni, hogy ha a D:S hányados 0.87, vagyis hogy a diastole alatt majdnem annyi vér áramlik, mint systole alatt, ez csak azért lehetséges, mert amennyivel a diastolés áramlás lassúbb mint a systolés, ideje ennél majdnem ugyanannyival hosszabb. Már pedig a pulsusfrekvencia növekedésével elsősorban a diastole ideje rövidül meg. Ha tehát nyugalomban a diastolés pulsustérfogat nagysága csak azért közelítette meg a systolés pulsustérfogat nagyságát, mert időtartama ennél jóval hosszabb volt, a pulsusfrekvencia növekedésével, azaz a diastole idejének megrövidülésével a D:S hányadosnak csökkennie kellene. A diastolés áramlás nagyságának diastole időtartama közötti összefüggést 12 egészséges fiatalemberen vizsgáltam meg. A szaporább pulsustestmozgással (torna, futás) idéztetem elő. Az eredmény igen figyelemreméltóan az volt, hogy a diastolés áramlás a systolés áramláshoz viszonyítva a pulsus számnak percenkénti 115-ig terjedő növekedésével, ill. a diastolés idejének ennek megfelelő csökkenésével lényegesen nem változott. A pulsus frekvenciának olyan változásai tehát, melyek a lehetőség szerint nyugalomban végzett kísérletek folyamán vagy egyes kísérletek között előfordulhatnak, a D:S hányadost semmiképpen sem befolyásolhatják. A D:S hányados értékelésekor a pulsusfrekvencia különbözőségét tehát nem kell figyelembe venni. A D:S

II. táblázat.

A D : S hányados változása a pulsusfrekvenciával.

pulsus szám	D : S hányados											
	1.0											
60												
66					0.87	0.80						
68				0.85		0.88			0.83			0.84
72			0.83	0.81				1.0	0.90	0.80		
76		1.0	0.88		0.90					0.78	0.8	0.80
78	0.88						0.82					
84	0.86		0.87		0.90		0.90			0.86		
88				0.90		0.82						0.76
90			0.80					0.96				
94	0.85	1.0								0.80		
96							0.78					
98						0.75						0.87
102							0.75		0.80			
108		1.0		0.86				0.95		0.67	0.85	
112	0.86				0.83							
115			0.76			0.76						
No:	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.

hányados állandósága a diastole idejének változásával szemben, úgy gondolom, azzal magyarázható, hogy mikor a diastolés áramlás a diastole idejének megrövidülése miatt megkisebbedik, akkor ugyanezen ok folytán a szív telődése, s ezért a systolés pulsustérfogat is arányosan kisebb lesz.

Összefoglalás. A diastolés áramlásnak a systoléhoz viszonyított nagyságát, a D:S hányadost a pulsustérfogat nagyságának és a diastole idejének physiologiás változásai nem befolyásolják.

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

Paroxysmalis tachycardia asthmás csecsemőn.

Írta: Gaál István dr. egyet. tanársegéd.

A paroxysmalis tachycardia gyermekeken ritkábban fordul elő, mint felnőttn; a szakirodalom már több csecsemőkori közlést is ismer. Esetünket különösen az észlelt *egész* kórkép érdekessége miatt tartjuk érdemesnek az ismertetésre.

Egy 6 hónapos fiúsecsemőről van szó. Rendes időre, simán született. 3 hónapos koráig csak szopott, utána fokozatosan elválasztották. 2½ hónapos kora óta exsudatív bőrkütyése van arcán, fején, lábán. Anyja szerint gyakran »hangosan« léghzik. Betegsége, ami miatt klinikánkra hozták, hőemelkedéstől kísért légúthuruttal kezdődött. Néhány nap múlva légzése igen nehéz lett, úgy hogy egész éjjel nem aludt. A felvételt megelőző nap reggelén apja észrevette, hogy »hihetetlenül« gyors a légzése. Orvos a felvétel napján délután látta először. Tekintettel a gyermek rossz állapotára, ½ cm³ cardiasolt adott neki, és azonnal klinikánkra küldötte.

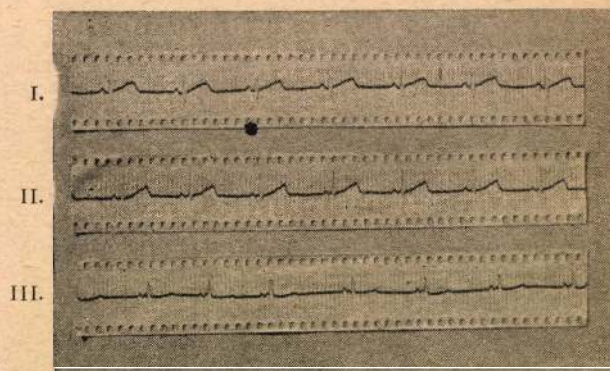
Felvételkori lelet: kp. fejlett, pastosus csecsemő rendkívül súlyos állapotban. Ajka és végtagjainak distalis része szederjes. Testszerte száraz eczema. Belővelt torok. Légzése

asthmás jellegű, messze hallható megnyúlt ki-légzéssel. Tüdeje felett a kopogtatási hang hangos, a rekeszek mélyen állanak. A szívhatárok rendesek, a hangok óráketyegésszerűek. Pulsusa 220, igen könnyen elnyomható, rhythmusos. Májja köldökig ér, lépe 2 harántujjal meghaladja a bordaívet. Az ekg-felvétel (l. 1. ábra) 220-as frequentiája, supraventricularis eredetű pitvari, esetleg sinus-tachycardiát mutat. A roham az anamnesis szerint már legalább 36 órája tarthatott.

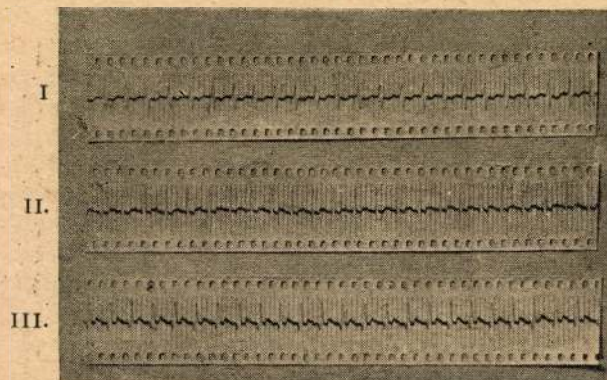
A rendkívül fokozott ingerképzés és ingerületvezetés csökkentés végett azonnal 1 cm³ chinin-urethánt fecskendeztünk izomba, a környéki keringés javítására pedig 0.3 cm³ corradiolt bőr alá. Változás nem történt, ezért 17%-os szőlőcukoroldatban ½ mg strophantint adtunk, majd ismételtén 0.2 cm³ tonocholin-B-t, végül pedig ½ cm³ lanaclarint. A közben készített ekg-felvételek változást nem mutattak, a szederjesség azonban eltűnt, a légzés asthmás jellege is megszűnt és a gyermek nyugodtabb lett.

Másnap ismét tonocholin-B-vel (0.5 cm³), tömény (17%) szőlőcukoroldattal és ½ cm³ lanaclarinnal próbálkoztunk, de sikertelenül. A vagusnyomó kísérlet is minden alkalommal eredménytelenül végződött.

A harmadik napon adott nagy adag digitalis (1 cm³ lanaclarin izomba) és corrhormon (2 cm³) végre meghozta a kívánt hatást: az ekg (l. 2. ábra) már a roham megszűnését mu-



2. ábra.



1. ábra.

tatja. A szív működés frequentiája 112, ami már megfelel a csecsemő korának, a szívhangok még halkak, a diastole koppanó, a máj 1½, a lép 1 ujjnyi, de a gyermek már teljesen megnyugodott. A következő napon feltűnik, hogy a jobb karját, órák múlva pedig már a jobb alsó végtagját sem mozgatja. Lumbalis punctio: rendes nyomással víztiszta liquor ürül, P: op., Fibrin: neg. Sejtszám: 17/3. A haemiparesis, melyet valószínűleg embolus okozott, pár nap alatt igen sokat javul. Ekkor azonban ismét az asthmás légzés lépett előtérbe, lysast-min injectióval, majd atropin-cseppekkel azonban hamarosan megszüntethettük.

A gyermeket igen jó állapotban avval az utasítással adtuk haza, hogy asthmás hajlandósága miatt diétán kell tartani és gyógyszert kell szednie. Ellenőrizni azóta még nem volt alkalmunk, de a szülőtől 6 hónap múltán kapott értesülés szerint jól fejlődik, végtagjait kifogástalanul mozgatja, annyira, hogy az ajánlott villanyozás is már feleslegesnek látszott.

Esetünknek érdekessége az, hogy status asthmaticus, tehát igen fokozott vagustonus mellett jelentkezett a tachycardiás roham. Hogy e vagotoniás állapot mellett sem tudta a szív gyeplője a tachycardiát megakadályozni, az csak úgy képzelhető el, hogy a pár nap óta fennálló influenza myocarditises göcöt okozott és izgató hatása oly erős volt, hogy a fokozott vagustonus sem tudta ellensúlyozni. Említésre méltó, hogy pár nappal később, amikor a paroxysmalis tachycardia már megszűnt, s az asthma fellobbanása miatt igen nagy adag (3×8 csepp egyezrelékes) atropint kellett adnunk, az így előidézett sympaticus-túlsúly sem idézte elő a tachycardiás rohamot.

A szegedi belgyógyászati, diagnosztikai klinika közleménye. (Igazgató: Purjesz Béla ny. r. tanár)

Dermatomyositis acuta idegen fajú fehérjével gyógyított esete.

Irtá: Böszörményi Márta dr.

55 éves nő, betegsége 10 napja kezdődött nyelési panaszokkal és arca fájdalommentesen megduzzadásával. Mindkét arcfelét és ajkai kissé duzzadtak voltak, szája nyitásakor és nyeléskor fájdalmat jelzett. A garatképletek vízenyősek, vérbőek voltak. Fizikális vizsgálattal egyéb kórosat nem találtunk, de tonsillitis lingualis volt. Láztalan. Panaszai salicylátokra és ultraseptylre megszűntek, ezért 8 nap múlva hazabocsátottuk.

2 hét múlva ismét jelentkezett s elmondta, hogy időközben arca és karkja megduzzadt és fáj s állandóan lázas. Az arcán körülírt területeken, főleg a jobb pofacsont, jobb külső szemzug, alsó és felső ajaknak megfelelően, továbbá a bal lapocka területén, a keresztájon, valamint mindkét alkaron és kézhatron vízenyős duzzanat, e helyeken a bőr feszes, fényes és igen bővérű volt. Tapintata sklerodermiára emlékeztetően kemény, az ujjbenyomatot nem tartotta meg. Spontan és nyomásra e helyeken erős fájdalmakat jelzett. Az ízületek szabadok, az ízületekben az actív és passív mozgás nem korlátozott.

Fizikális vizsgálata: 0; a lépet nem tapintottuk. Az érző körben sem a felületen, sem a mély érzésben zavart nem találtunk; a plexusok nyomására fájdalmat nem jelez, az agyidegeken kóros eltérés nem mutatkozik, in. csonthártya és hőreflexek kiválthatók voltak, kóros reflexet nem találtunk. A vízeletben kórosat megállapítani nem tudunk. Vérték: Hgb: 79%, vvt: 3.020.000, fvs: 4.300, Pa: 3%, Se: 78%, Eo: 1%, Ba: 1%, Mo: 5%, Ly: 12%. A vörösvértestek süllyedési sebessége: 32 mm. Wassermann R.: negatív. Vér, széklet, vízelet bakteriológiai vizsgálata, Widal R. negatív. A lumbalpunkcióval vett liquor rendes. Az orr melléküregekről készült rtg. felvétel rendes

viszonyokat mutat. A mellkasi szervek röntgene normalis. A vér kreatinin-tartalma: 1,15 mg%, 24 órai vízelet kreatinin tartalma: 3,7 mg%. 0,02 g kreatininnal történt megterhelés után vérben: 1,3 mg%, vízeletben: 5,9 mg%.

A vízenyős területek kemény tapintata néhány nap múlva csökkent, az ujjbenyomatot megtartotta, a hyperaemia megszűnt és a fájdalommasság is enyhült. 1 hét múlva azonban alsó végtagjain jelentkeztek hasonló elváltozások, majd az arc duzzanata lett szembetűnőbb. Jármű nem tudott, végtagjait alig tudta mozgatni és fájdalmakról panaszkodott.

A beteg észlelt elváltozás alapján valódi heveny rheumatismus musculorumra, gümös, kankós, syphilitikus myositisekre, trichinosisra, gennyes, illetve nem gennyes polymyositisekre kellett gondolnunk.

A körelőzmény, a fizikális vizsgálat, a kiegészítő serológiai reakciók, a quantatív és kvalitatív vérték, stb. alapján a nem gennyes polymyositiseken kívül a többi betegség lehetőségét nyugodtan kizártuk.

Annak bizonyítására, hogy e betegség valóban nem gennyes eredetű polymyositisnek felel-e meg, szövettani feldolgozásra próbakimetszést csináltunk az alkar izomzatából. A készítményen szövettanilag (Kórbonctani Intézet, Szeged) az interstitialis szövet mentén sejtes izzadmány volt látható, mely főleg az idegrostok lefutását követte. Az izomrostok vízenyőtől duzzadtak voltak. A 6 hét múlva megismételt szöveti vizsgálat szerint a beszűrődés eltűnt és az izom interstitialis rajzolata felszaporodott.

A szövettani vizsgálat véleményünket megerősítette. Betegünk az *Unverricht* leírta poly vagy dermatomyositisben szenvedett.

E betegség eredetéről még nem alakult ki egységes vélemény. Némelyek szerint oka gripés fertőzés a túleröltetés vagy trauma miatt meggyöngyült szervezeten (*Fossel—Max, Korth*). Francia szerzők neuro-oedemás syndroma néven írják le és ismeretlen vírus-fertőzésnek tartják (*Debré, Julien-Marie, Seinge, Mande*). Mások (*H. Keil*) a systematizált lupes-erythematodes-szel hozzák kapcsolatba és ólommérgezésnek tulajdonítanak szerepet keletkezésében. Voltak (*Grün Gy.*), akik belfertőzés után látták. *Kahlmetter* az allergiás, ill. allergizáló rheumatikus bajok közé sorozza.

Mi ez utóbbi eredetet tartjuk legvalószínűbbnek, kezelésünk eredménye is ezt igazolja. Az eredménytelen salicyl és ultraseptyl után ugyanis heteroprotein-gyógymódot (tejbefecskendezéseket) alkalmaztunk. Hatásukra a vízenyők és a fájdalommasság csökkent, majd megszűnt. Ismét tudta mozgatni végtagjait, majd lábára tudott állni. Megerőltetőbb izommunkát azonban még heteken át sem tudott végezni. A beteg fél évvel távozása után jól érzi magát, tünetei nem tértek vissza.

Tehát dermatomyositis esetében a heteroprotein-gyógymód sikeréről adhatunk számot.

Egyszerű módszer a vizelet lactoflavin tartalmának meghatározására.

Írta: Góth Endre dr.

A lactoflavin vagy más néven riboflavin a B₂-vitamin csoport tagja; némelyek ezt az anyagot nevezik a tulajdonképpeni B₂-vitaminnak. Biológiai jelentősége nagy: alkotórésze a sárga fermentumnak. Klinikai fontossága újabban vált nyilvánvalóvá: hiánya bőr- és nyálkahártyaelváltozásokat, anaemiát, enterocolitist, súlycsökkenést okoz; gyermekek növekedése megáll. A máj működésében is szerepe van. Ezekből nyilvánvaló klinikai jelentősége és így érdemesnek látszott e kérdéssel foglalkozni. Az első feladat: hogyan lehet a lactoflavin-hiányt felismerni? Vitaminhiányra lehet általában következtetni abból, hogy a beadott vitaminból mennyi ürül ki a vizelettel; hiány esetén a szervezet visszatartja a vitamint, tehát kevesebb ürül, mint telítettség esetén. A lactoflavinra vonatkozólag ily vizsgálatok még alig történtek. Eppinger klinikáján Leemann lactoflavint fecskendezett izom közé és azt találta, hogy egészségesek a beadott mennyiségnek átlag 30–40%-át ürítették ki. E vizsgálatokat Emmerie módszerével végezték. E módszer lényege az, hogy a vizsgálandó oldatot fullerfölddel (vagy frissen készült ólomsulfiddal) összerázzuk, ezáltal a fullerföld absorbeálja a vitamint. A fullerföldből pyridin, jégecet és víz keverékével eluáljuk a vitamint és leszívjuk; az eluatumban hypermanganattal eloxydáljuk a jelenlévő egyéb festékanyagokat; a hypermanganatot H₂O₂-dal szintelenítjük; ezután a lactoflavin sárga színét Pulfrich-photométerrel meghatározzuk, vagy a fluorescentia erősségét mérjük. Ez a legelterjedtebb módszer. Másik módszer is használatos, ez azon alapszik, hogy a riboflavint lumiflavinná alakítjuk és ezt határozzuk meg.

Mind a két módszernek meg vannak a nehézségei és hibaforrásai. Emmerie módszere talán a megfelelőbb, de elég hosszadalmas. Ezért a B₂-hypovitaminosis tanulmányozására egyszerűbb módszert igyekeztem kidolgozni, mellyel sorozatos terhelési vizsgálatok végezhetők.

A vizelet általában kéken fluoreskál, ha az analysis-kvarelámpa alá tartjuk. Lactoflavin befecskendezése után a kiürülő lactoflavintól sárgán fluoreskál. Ez a sárga fluorescentia bizonyos mértékig arányos a vizelet B₂-tartalmával, de sok zavaró körülmény akadályozza a meghatározást: a kéken fluoreskáló anyagok csökkentik a sárga színt; a fluorescentia azonkívül függ a sötöttségétől és a vegyhatástól is. Így tehát nem lehet közvetlenül meghatározni a B₂-tartalmát és ezért szükséges absorbeálni és eluálni. E hosszadalmas eljárás helyett próbáltam egyszerűbbet találni. Ezért úgy jártam el, hogy a vizsgálandó egyént vizelettem,

azután B₂-vitamint fecskendeztem be, két óra múlva ismételt vizelet. Az először ürített vizelet 5 cm³-éhez addig csepegtettem ismert töménységű B₂-oldatot, míg a fluorescentia oly erőssé nem vált, mint a vizsgálandó oldat. Így a sötöttség és pH okozta nehézséget kiküszöböltem, mert ugyanazon egyén vizelete két órán belül e szempontból nem változik számottevően, mint azt vizsgálataim mutatták.

A módszer azonban még így sem használható. Ismert lactoflavin-mennyiségeket kevertem a vizelethez, titráláskor azonban kb. csak 50%-át kaptam vissza. Ennek oka az, hogy a vizeletben a sárga fluorescentiát csökkentő anyagok vannak. Ezt a nehézséget sikerült úgy áthidalni, hogy a vizeletet 5 vagy 10-szeresére felhígítottam. Így a gátló anyagok töménysége annyira csökken, hogy a titráláskor a valódi mennyiséget kapom.

A módszer tehát a következő:

A vizsgálandó egyén vizelet, s 3 vagy 5 mg lactoflavint kap izom közé; 2 óra múlva újra vizelet. Mindkét vizeletből 1–1 cm³-t teszünk 1–1 kémcsőbe, hozzá 4–4 cm³ vizet (5-szörös hígítás). Standard oldatot készítünk: 0.5 mg riboflavint oldunk 25 cm³ vízben. E standard oldat 1 cm³-e 20 gammát tartalmaz. (3 napig sötét helyen eltartható.) A hígított vizeleteket tartalmazó 2 kémcsövet az analysis-kvarelámpa alá tartjuk. Az első kéken, a második sárgán fluoreskál. Az elsőbe addig csepegtünk standard-oldatot mikrobürettából, míg a fluorescentia mindkét csőben egyenlő sárgává nem válik. Ez igen élesen megítélhető.

A módszert úgy próbáltam ki, hogy ugyanazon egyéntől 2 órás időközben származó vizeletek közül az egyikbe ismert mennyiségű riboflavint tettem s többnyire 6%-on aluli hibával mindig visszakaptam a hozzáított mennyiséget. Ezenkívül elvégeztem Emmerie módszere szerint is a meghatározást, s így teljesen egyező eredményt kaptam. Az eluatumot photométerrel és analysis-kvarelámpával is vizsgáltam.

Ha a vizelet kevés lactoflavint tartalmaz, akkor ajánlatos higabb standard-oldatot használni, amely cm³-ként 10 gammát tartalmaz. Így igen kis mennyiséget is pontosan meg lehet határozni: a legkisebb mennyiség, melyet legfeljebb 5–6%-os hibával visszakaptam: 2 gamma (0.00002 g) volt 1 cm³-ben. Ha viszont azt látjuk, hogy a vizelet igen erősen fluoreskál, akkor vagy a vizeletet hígítjuk ötszörös helyett hússzorosra, vagy pedig töményebb standard-oldatot használunk, amely cm³-enként 100 gammát tartalmaz.

Eddigi vizsgálataimból még nem lehet arra következtetni, hogy milyen ürítés mutat vitaminhiányra, de úgy látszik, hogy egészségesek 30–40%-ot ürítenek ki a beadott mennyiségből.

Azt is megfigyelhettem, hogy a vese igen nagy töménységben is ki tudja választani a B₂-vitamint; egy esetben 1½ óra múlva csak

20 cm³ vizelete volt a betegnek, de ez a kis mennyiség 2520 gammát tartalmazott.

A módszer előnyei: 1. Vegyszer nélkül, kb. 3–4 perc alatt lehet egy meghatározást elvégezni; az eddig $\frac{1}{4}$ –1 órát vett igénybe és ötféle vegszerre volt szükség.

2. A hibaforrások a vegyszerek és különféle műveletek (adsorbeálás, eluálás, leszívás, oxydálás) kiküszöbölése révén csökkennek.

3. Nagy töménységű oldatban is quantitative meghatározható. Az eluáló módszer nagy töménység esetén nem használható.

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET

Rovatvezető: *Benes Lajos és Rhorer László.*

Tapasztalatok a Küntscher-féle csontvelő-összegeléssel. (*S. ör. O. Chirur. 1943. II.*) — A Küntscher-féle csontvelő-összegelésnél a csontvelő szétroncsolás nem okoz zavart. A zsírembolia veszélye is csekély. Fertőzés lehetőségére azonban gondolnunk kell. A szög mentén a fertőzés tovaterjedhet. Ezért helytelen iránynak tartja dövési törések és nyílt törések szögelését. Részletesen vizsgálja a szögek készítésére használt anyag kérdését. Az összes rozsdamentes ötvözetek összetételéről és tulajdonságairól áttekintést ad. A V2A és V15F jelzésű ötvözetek felelnek csak meg. Még ezeknél is fordulnak elő kimaródások, ha hosszabb ideig maradnak a szervezetben. Különösen fölhívja a figyelmet azokra a kis karcolásokra és eszsolási hibákra, melyek a szög felületén nagyító alatt láthatók. Comb-töréseknél érhetjük el a legjobb eredményt, amely az eddigi kezelési eljárásokkal szemben igen nagy előhaladást jelent. Comb-töréseknél már most is mint választandó eljárást lehet tekinteni. Lábszártöréseknél szigorúbb javallat alapján kell végezni. Az eredmény annál rosszabb, minél távolabb vagyunk a tibia közepé-

től. A gipszkötést csak az esetek egy részében mellőzhetjük. Ezzel pedig a belső sínzés nagy előnye esik. A felső végtag töréseinél csak, mint különleges beavatkozás szerepelhet, melynek javallatát esetről-esetre kell megállapítani. A szög eltávolítására (műtét közben) egy különleges eszközt szerkesztett, mely a beleakasztott erős horognál fogva az eszközre szerelt súly ütéseinek hatása alatt húzza ki a szöveget. (R4).

Mester Zoltán dr.

Basedow kifejlődése a carotis és a vena jugularis arteriovenosus aneurysmájával kapcsolatosan. *Sauerbruch, F.* (Deutsch. Zeitsch. f. Chir. 258. 1–2.) Két, gránátszilánktól nyakuknak baloldalán sérült katonáról számol be, kiknél az arteriovenosus aneurysma tünetei mellett fokozatosan Basedow is kifejlődött. Mindkettő műtétkor a bal vena thy. sup.-t ceruzavastagságúra kitágultnak és erősen pulzálnak találták. Ezenkívül a pajzsmirigy bal lebenye keménytapintatú és mint a strumáknál szokott, megnagyobbodott volt. A kifejlődött Basedowos körkép okának a kitágult és artheriás vért szállító vena thy. sup.-t tartja. (B. 48.)

Kovács Zoltán dr.

A teljes gyomorkiirtásról. *W. Wagner.* (Arch. f. klin. Chir. 205. I.) Az irodalom szerint teljes gyomorkiirtást kb. 250 esetben végeztek. A legtöbb esetben rák miatt, de előfordult, hogy magasan ülő gyomor ulcus, l. u. vagy polyp volt a teljes kiirtás oka. A behatolás leginkább median laparotomia útján történt. A helyiérzéstelenítést találták a legkedvezőbbnek, de avertin, aether, sőt chloroform narcosist is írtak le. Fontos a vékony bél-nyelőcső anastomosis tökéletes ellátása, mert varrat-elégtelenség okozta leginkább a műtét utáni complicációt (pleuritis, peritonitis stb.). A műtét utáni kezelésre nagy gond fordítandó, kb. 3 hétig kerülni kell az étel peroralis adását. Ezen idő alatt rectalis táplálás, i. v. cukor inj. infusio, transfusio javalt. A műteti halálozás nagyon nagy. Finsterer 20 esetéből 16, Gissel 20 esetéből 15 halt meg. Általában 28.5%–80% között mozog a halálozási arányszám. A szerző mindkét esete exitált. (B. 3.)

Pongrácz Ferenc dr.

ORIZA szárított rizsnyák

A rizs tápanyagainak változatlan mennyiségben és könnyen oldódó állapotban tartalmazza. A csecsemőgyógyászatban tejhigításra és gyógytáplálékul használatos

rizsnyákoldatok gyors elkészítésére.

Előnye: pár perces főzéssel tökéletesen oldódik.

Javallva: 5%-os oldatban, tejhigítások készítésére, csecsemők mesterséges táplálásánál
10%-os oldatban, gyógytáplálékul bélhurutok kezelésénél.

Rendelhető: OTI, DOBI, HÉV, MABI, MÁV, Közegyszerellátás, Bányatárspénztár, Hajózási BBI terhére.

Krompeche tápszer- és gyógyszeripari kft., Budapest, V., Nádor-u. 15.

SEDYLETTA tabletta 30×0.015 gr

Általános hatású pszichikus megnyugtató, kitűnő spasmolitikum

Szabadon rendelhető:

OTI, MABI, MÁV, Székesfőv. S. A., DOBBI

Podmaniczky-gyógyszertár
Budapest, VI.

Dr. Deér Endre serobakteriologiai laboratoriuma

Budapest, IX., Ráday-utca 18. Telefon: 186-006.

*A szamárköhögés megelőzésére és gyógyítására***PERTUSANTIN**

Polyvalens pertussis vaccina

Forgalomban van: 4×1 kcm-es ampulla (2500—5000—7500—10.000 millió elölt pertussis bacillus)

3 kcm-es üveg átszűrhető gumidugóval (1 kcm-ben 10.000 millió elölt pertussis bacillus).

V É R S Z E G É N Y S É G E L L E N

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

Cardiazot-Ephedrin 

asthmát
kupirozza,
vérkeringési gyengeséget
megszünteti.

10 tablettás fiolák

10 g liquid -t tart üvegcsék

6 ampullás dobozok

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

Képviselet: WACK KERESZTÉLY, BUDAPEST, IX., Högyes E.-u. 4.

Quadronox

megbízható altatószer

**mely már kis adagnál (fél tablettá) is
űdítő 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.

Leptachol-DRAGÉE

specifikus hatású epehajtó.

*Főindikációi: cholelithiasis, cholangitis, cholecystitis
icterus chronicus obstipatio, valamint egyéb bélzavarok.*

Eredeti csomagolás:
30 db dragée.

ELŐÁLLITJA ÉS FORGALOMBA HOZZA:

MEDICHEMIA R.T.

BUDAPEST, X., HÖLGY-UTCA 14. SZ.



PHYLAXIA

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

Városi irodája:

Budapest, VII., Rottenbiller-utca 26
Telefon: 424—383, 425—730

Opsodermin

staphylococcus vakcina

Opsogon

gonococcus vakcina

Pertussis

vakcina «forte» megelőző és gyógyítási célra

Polymycin

vegyes gombafertőzés ellen

Trichosan

trichophytiasis ellen

Gelatina ster. 10%

vérzések csillapítására

BÖRGYÓGYASZAT

Rovatvezető: Szép Jenő.

Lymphogranulomatosis benigna esetében végzett **Kveim-reactiók**. *Svend Lomholt*. (Acta Derm. Ven 24., 5. 1943.) A Kveim-reactio vizsgálatok nagy horderejű kórélettani és gyógyászati felfedezésekhez vezethetnek. Már az eddigi vizsgálatok is szinte beláthatatlan távlatot nyitnak meg. Ezek az eredmények azonban nem felelnek meg sem a Kveim-reactiókhoz fűzött várakozásuknak, sem pedig *Puthkonen* eddigi kutatásaiból levont következtetéseknek. Ezeket a különbségeket, illetve saját vizsgálatainak eredményét a következőkben foglalja össze. A Kveim-antigennel előidézett reactio nem fajlagos, mert lymphogranulomatosis benigna esetekben kaptak ugyan pozitív oltási eredményt, de ami érdekesebb, a kontrollként lupusosokon végzett oltások másfél-két év múlva szintén pozitívvá váltak. Ezen késői pozitív reactiók, sőt igen sokszor a koraiak is, kifejeződtek, állandóan nagyobbodtak és ez ideig minden kezeléssel dacoltak. Még legkedvezőbbben lehetett befolyásolni ezeket Finsen-fénykezeléssel és antileprol kisadagú helyi befecskendezésével. Kiirtás után is kiújultak. Ez az intraeuton reactio azért sem fajlagos, mert nemcsak az eredeti Kveim-féle antigennel, hanem leukaemia lymphaticus betegtől nyert antigen alkalmazáskor is ugyanezen megfigyeléseket tehetett. A Kveim-antigen hőállónak bizonyult, mivel még 120 C°-on 30 percig melegítve is megtartotta bizonyos fokú reactioképességét. A Kveim-antigen lymphogranulomatosis benignus betegek bőrelváltozásából, tonsillájából vagy nyirokeszmájából készül. (Sz. 1.) *Törőcsik János dr.*

Erythema annulare rheumaticum *Lehndorff-Leiner, R. De Preux*. (Dermatologica, 88. 2.). 12 éves leányon, aki akut rheumatismusban és endocarditisben szenvedett, annularis, lapos, de nem szűrődött és rohamszerűen jelentkező erythemas foltokat észlelt a törzsön, melyekben az erythema a rheum. typusok esetét ismerte fel. (Sz. 11.) *ifj. Nékám Lajos dr.*

PRIMOVEROL

Az ideális expektorans

Hatása négy-öttször erősebb a senegánál, illetve az ipecacuanhánál. Jó ízű és így gyermekek is szívesen veszik.

LIQUOR HYPNOBROMID

Kellemes ízű hypnotikum és sedativum

Összetétele evőkanalanként: Aethylmorphin hydrochl 0.005 gr Codeinum hydroc. 0.01 gr. Paraldehyd 0.50 gr. Natr. bromatum 0.75 gr. aromás syrupban.

SZENT PÉTER GYÓGYSZERVEGYÉSZETI LABORATORIUM

Budapest, V., Pozsonyi-út 1.

Telefon: 121-547.

METALIX RÖNTGEN

RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KÖRÚT 37

TEL. 182-680, 383-135.



GYÓGYSZER KÜLÖNLEGESSÉGEK.



Autocard
LIQUIDUM

Pararálisan adagolható Myokardium és cardiotrop növényi kivonatokat tartalmazó kardiotionikum.



Coffea
PULVIS *Königsfeld*

Physiologailag activ hatanyagokat tartalmazó szénkészítmény. Mint szén adszorbeál, antibactericid hatás, redukáló hatás, deszenzibilizál, desinficiál.



Echinacin
INJEKCIÓ ÉS LIQUIDUM

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



Hamamelon
KENŐCS

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

MINTÁVAL, IRODALOMMAL KÉSZSÉGGEL SZOLGÁL.

SZILÁGYI
gyógyszervegyészeti laboratórium.

BUDAPEST, II. ERŐD-U. 11.



*Rossz időben,
meghűléses
betegségeknél,
influenzánál*

ADAGOLÁS:

- 2 Neohexal-tabletta
és
1 Salipyrin-tabletta
3—4-szer naponta.

Salipyrin Neohexal

az évtizedek óta bevált antipyreticum és

a formaldehyd lehasadása által hatásos belső desiniciens

therápiailag és prophylaktikusan egyformán kiváló kezelési módszerben kombinálhatók.

Salipyrin csomagolása: Üvegcsőben 20 drb 0.5 g-os tabl.

Neohexal csomagolása: Üvegcsőben 20 drb 0.5 g-os tabl.

RIEDEL - DE HAËN A.-G. •

Képviselet: Dr. Lányi gyógyárunagykereskedés
Budapest, VIII., Rigó-utca 10. szám

B₁ vitamin, chinaösszalkaloida, arsen és strychnin tartalmánál fogva ideális étvágyjavító, hizlaló és roborans a

VITACHINA DRAGÉE

Gyártja és forgalomba hozza:

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

LEANDIN-CHINOIN

nerium oleander-glycosida készítmény

GYORS HATÁSÚ CARDIACUM

sol, tabl. suppos.

EXHEPARTON

VÉRT KÉPEZ, ROBORÁL, TONIZÁL

»CERTA« GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R. T. BUDAPEST

KÖNYVISMERTETÉS

The radiosensitivity of the bone marrow. *Torfinn Denstad.* (Oslo. Acta Radiologica LII. különkötele. 1943. 176 old. Ára 15 sv. kor.) Régi tapasztalat, hogy a nagy röntgenbesugárzásokat a vörös és főleg a fehérvérsejtek számának csökkenése követi. A tény magyarázatára feltevésekre vagyunk utalva. A röntgenbesugárzásoknak ma már igen kiterjedt alkalmazása kívánatossá teszi a kérdés tisztázását. Erre különösen alkalmasnak mutatkozik a szegycsont szűresapolásával nyert csontvelő közvetlen vizsgálata. Szerző a norvég radiumkórház orvosa elsősorban a régebbi, főleg állatkísérleteken nyugvó vizsgálatok eredményeit foglalja össze. A könyv második, nagyobb része saját vizsgálati eredményeit ismerteti. A kísérleti anyag, a vizsgálati technika leírása után egyrészt a közvetett (indirect), másrészt a közvetett sugárhatással foglalkozik, külön választva a már granulocytopeniás és még nem granulocytopeniás sugárzottakat. A közvetlen sugárhatás tárgyalásánál a protraahált-fractionált nagy besugárzások, a kis adagok, a teljes testbesugárzások, a radiumbesugárzás hatásait is külön-külön csoportosítja. Világos, rövid összefogla-

lásban írja le vizsgálatainak eredményeit és végül az eredményekből a therapiára vonatkozó levonható tanulságokat. Francia, német nyelvű összefoglalás, a vizsgálati eredmények táblázataival s kimerítő irodalom felsorolása zárják a könyvet, melynek olvasása egyrészt a kitűnő nyomdatechnikai kiállítás, másrészt a világos stílus folytán egyenesen élvezetes. Minden belgyógyásznak és röntgenológusnak melegen ajánlhatom.

Ratkóczy prof.

Az acetyleholin értágító hatását állandósítja, ezért minden érgöres tünetének oki terápiája, arteriosclerosis, angina pectoris, Raynaud-kórság

specificuma a

Sclerocholin

Mintát és irodalmat szívesen küld:

Dr. Blane Béla, Bpest, V. Ferenc József tér 5/6.

Daucaron

karottaleves szárított alakban

Prof. Moró által már 1908-ban

ajánlott
karotta gyógydiéta

dyspepsia - toxikosis - enteritis kezeléshez, csecsemő- és gyermekkorban



KALI-CHEMIE A.G. BERLIN

Magyarországi képviselő: Wack Keresztély. Budapest, IX., Högyes Endre utca 4.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift 11/12. sz. **Walter F.**: Az arteria carotis elzáródása következtében előállott indirekt agysérülés. **Hundemer W.**: Csontüreggek kezelése lövésí sérülések után. **Reger M.**: Öt atypusos mellárieset. **Borgard W.**: Vesemedence kiürülészavarának oka és jelentősége. **Bauer H.**: A sufamidok átjutása a savós üregekbe és gyógyhatása ezek fertőző betegségeire. **Kalbfleisch H.**: A pneumonia »lobaris« formájáról. **Brügger H.**: A nyílt tuberculosus kérdéséről. **Griesbach R.**: Pneumothorax-kezelés és terheltség tuberculososok esetében.

Wiener Medizinische Wochenschrift 13/14. sz. **Benthin W.**: Kettős uterus klinikájához. **Arnold G.**: Beszédkavarok kezelése háborús sérülteken. **Kosic H.**: Háborús sebészi tapasztalatok egy ejtőernyős vadász egészségügyi századból a keleti fronton. **Lehoczky T.**: A gyógyeredmények egyöntetűsítésének kérdése. **Posgay S.**: Az abdominális katasztrófák differentialis diagnosisa perforatók esetén.

VEGYES HIREK

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága a f. év május 18–20-ig Görömbölytapolca-fürdőn a Borsod-Miskolci Orvos-Gyógyszerész Egyesület rendezésében hirdetett háromnapos orvosi továbbképző tanfolyamát elhalasztotta.

Gümös bőrbetegségekről írt Steiger-Kazal Dezső kh. főorvos a tudószakorvosok részére. A 36 old. tanulmányos füzetet négy mű melléklet gazdagítja 36 fényképpel. — Magy. Tbc. könyvtár I. sz. TEOSz kiadása.

Betöltendő orvosi állás. A soproni kórházban egy segédorvosi állás. Pályázat határideje a Bp. Közlönyben megjelenéstől 15. nap.

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

Mai számunkhoz a dr. Egger Leó és Egger I. gyár gyógyszerkészítményének ismertetését mellékeljük.

FELELŐS KIADÓ: VAMOSSY ZOLTAN

A szerkesztő kedden és pénteken

12 és 1 óra között fogad.

DERMASEPT KENŐCS
SEC. ZOMBORY

15, 30, 50 g-os csomagolásban

INDICATIO: Ekzema, pyoderma, excoriatio, impetigo, dyshidrosis, furunculosis, sycosis, folliculitis, hydradenitis, renyhény gyógyuló és gyulladásos sebek, alszárfekélyek, égés, fagyás- és minden fertőzött friss sérülés.

Az összes fővárosi kórházakban, OTI, MABI, MÁV, Magyar Ház, zás B. B. I., M. Kir. Dohányöv. B. B. I., M. kir. Posta B. B. I. Székesfővárosi Alkalmazottak Segítő alapja, a Honvédségnél és az összes fegyintézeteknél is szabadon rendelhető.

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

Lafkas propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra

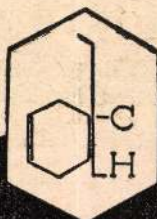
„NAGY KRISTÓF” gyógyszerár, IV., Váci-utca 1

„A” VITAMIN TERÁPIA

APROVIT olaj

10 g.-OS ÜVEG 0,06 g. β -CAROTIN

= 100,000 N. E. „A” VITAMIN



ELCÁLLITVA ÉS FORGALOMBA HOZZA STRAUB SÁNDOR

Diachemia

BUDAPEST, VI. TEREZKÖRUT

Dr. Pécsi

DANI és
ISTVÁN

OLTÓANYAGTERMELŐ INTÉZETE

ALAPÍTÁSI ÉV: 1886

Himlőnyirok

BUDAPEST

VII., ROTTENBILLER-UTCA 26

ORVOSI HETILAP

MEGJELENIK MINDEN HÉTEN

Szerkesztőség és kiadóhivatal: VIII., Üllői-út 26., IV. em. — Telefon: 345-113. — Hirdetések felvétele a kiadóhivatalban.
Előfizetések beküldhetők: 22.968. sz. csekkszámlánkon. — Romániában: Borsos Béla dr. Arad, Str. Gen. Grigorescu 5, 1500 L. —
Slovákiában: Eleőd Solt. Handels- u. Kredit-B. Bratislava. 300 Sk. — Előfizetési díj: az »Orvosi Hetilap« és »Orvostudományi
közlemények«-re együttesen egész évre 36 P, félévre 18 P, negyedévre 9 P, egyes szám ára 1 P. Külföldre 44 P.

TARTALOM:

Gaál István és Katona József: Aktedron az újszülöttkorban. (231—233. oldal.)

Benderek István: Rövidhullám alkalmazása reumatikus betegségekben. (233—234. oldal.)

Irodalmi szemle. (234—236. oldal.)

Melléklet. Az orvosgyakorlatok kérdései. (37—40. oldal.)

Könyvismertetés. (239. oldal.)

Lapszemle. — Vegyes hírek. (240. oldal.)

STROPHOSE

„RICHTER“

**Egyik legelterjedtebb szívreható glycosida a strophantin
Gyorsabban hat mint a digitalis és nem kumulálódik**

1 amp. 0.0005 g strophantint (g-strophantin Ph. H. IV.) és 2 g
glucosét tartalmaz

JAVALLATA: Minden olyan esetben, ahol gyors hatást kell elérni, strophantin adandó digitalis helyett. Pneumoniáknál, acut fertőző betegségeknek a szív munkájának fokozása a legrövidebb idő alatt érhető el. A szív jobboldali elégtelensége esetén elsősorban a Strophose javallt. Továbbá dekompensáció minden formája, acut szívgyengeség, paroxysmalis tachycardia, digitalis érzékenységi, coronaria thrombosis, stb. kezelésére



Richter Gedeon vegyészeti gyár r. t., Budapest, X.

ORVOSI HETILAP

Alapító: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC, V. BERDE KÁROLY, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR, BALÓ JÓZSEF,
VÁMOSSY ZOLTÁN, MÉHES GYULA, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE, VIDA KOVITS KAMILLÓ.
FELELŐS SZERK.: VÁMOSSY ZOLTÁN. Fogad kedden és pénteken 12—1. SZERK.: FRITZ ERNŐ.

A szegedi Gyermekklinika (Igazgató: Kramár Jenő egyet. ny. r. tanár.) s a Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika (Igazgató: Batizfalvy János egyet. ny. r. tanár) közleménye.

Aktedron az újszülöttkorban.

Írták: Gaál István dr. és Katona János dr.
a gyermekklinika tanársegédei.

A háborús viszonyok természetesen következménye, hogy az élelmezés nehézségei s lelki okok miatt a hypogalaktia mind gyakoribbá válik. Az újszülöttsztyályok és szülötthonok vezetői tapasztalatból tudják, hogy mind gyakrabban kénytelenek mesterséges táplálékpótlással hazabocsátani a csecsemőket. Pedig a vegyes táplálás mindig veszélyezteti a nőtej-produkciót, mivel a könnyen elérhető mesterséges táplálék mellett a csecsemő kisebb fáradságot fordít a szopás munkájára. Tehát minden erőnkkel arra kell törekednünk, hogy az anya, távozva a szülőtintézetből, lehetőleg egymaga tudja táplálni csecsemőjét. Innen van az, hogy minden laktagógnak hirdetett gyógyszert bizakodással fogadunk. Sajnos, eddig még egyik sem váltotta be a hozzáfűzött reményt, s mai ismereteink alapján még mindig azt kell mondanunk, hogy a tejelválasztás egyedül az emlő rendszeres kiürítésével fokozható. Az emlő kiürítésének legalaposabb s egyben legélettanibb módja pedig a szoptatás. Minden akadály, vagy nehézség, ami akár az anya, akár a csecsemő szempontjából a szoptatás útjában áll, a tejelválasztást kedvezőtlenül befolyásolja. Fokozott mértékben áll ez a szoptatási periódus elejére. Gyakran figyelhetjük meg azt, hogy főleg az első napokban — az élettani sárgaság fennállásának tetőfokán — oly mélyen alszik az újszülött, hogy még a szopás idejére is alig ébreszthető fel. Könnyen érthető, hogy az ilyen félig alvó gyermek nem tudja az emlőt alaposan kiüríteni. Klöppner ezért ajánlotta a sokat alvó, lustán szopó újszülöttek szopási nehézségének a leküzdésére a coramint. 60 esetben alkalmazta, és úgy járt el, hogy a másodszori mellre helyezés előtt 15 perccel $\frac{1}{2}$ cm³-t adott i. m., később pedig naponta 5×1—3 cseppet per os 5—6 napon át. Eredményeit dicséri.

Mi Kramár professor tanácsára az akted-

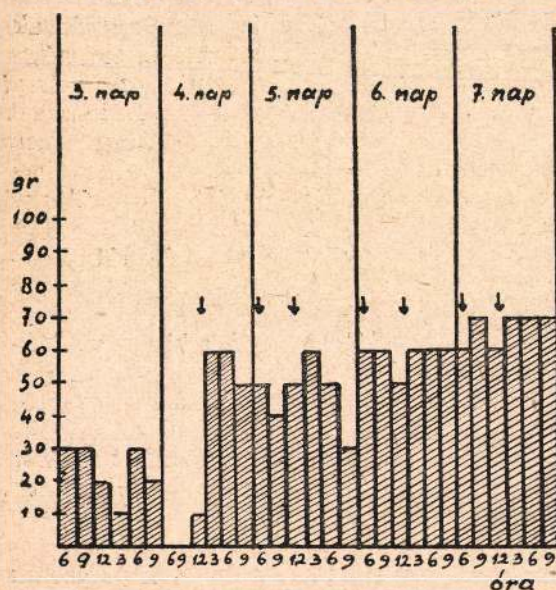
ront próbáltuk ki mélyen alvó, s emiatt nem kielégítő módon szopó újszülöttek szoptatási nehézségének leküzdésére. Az e szerrel rokonvegyületről a β -phenylisopropylaminról Barger és Dale már 1910-ben megállapították, hogy több más, chemiailag rokon vegyülethez hasonlóan adrenalinszerű hatást fejt ki. 20 évvel később Pines, Miller és Alles folytatták a vizsgálatokat, de tekintettel arra, hogy a szer vegyileg az ephedrinhez áll legközelebb, eleinte ők is főleg a periferikus hatását vizsgálták. Általános érdeklődésre akkor tett szert, amikor 1935-ben Prinzmetal és Bloomberg először figyelték meg, hogy a szer a központi idegrendszer magasabb központjaira kifejezett izgató hatással bír. Issekutz is nyúl- és kutyakisérleteiben azt találta, hogy az β -phenyl α -isopropylaminhydrophosphat (a Chinoi-gyár aktedronja) a központi idegrendszert igen erőlyesen izgatja s ezáltal a narkosist megszüntetni képes. Ez az izgalom lényegesen különbözik más izgatószer hatásától abban, hogy nem könnyen csap át görcsös szakba, s csak igen nagy adag okoz görcsös rángást. A nyúltagyi központok közül főleg a légzőközpontot izgatja, míg a vasomotoros központra — úgylátszik — alig van hatása. A központi idegrendszerre irányuló hatását Lehoczky klinikai megfigyelései is alátámasztják. Ő u. i. schizophreniásokon a következő megfigyelést tette: 5 mélyen alvó betege, aki kúraszerűen az ú. n. tartósalvás-kezelésben részesült, 2 ctg aktedron befejezése után 10—15 perc alatt hozzáférhetővé vált, felélénkült, és a barbiturhatás miatti mesterséges táplálás aznap feleslegessé vált.

E vázolt hatásainak ismeretében próbáltuk meg a szert a szülészeti klinika újszülött osztályán, a mélyen alvó újszülöttek ébrentartása s így szopási igyekezetük növelése céljából. Összesen 71 újszülötten tett megfigyeléseinkről számolhatunk be. Miután csecsemőn (újszülöttről nem is beszélve) az aktedron adagja eddig ismeretlen volt és semmi adatot sem találtunk arra, hogy a szert ebben az életkorban egyáltalában megpróbálták volna, az adagolást ki kellett dolgozni. Kezdetben igen óvatosan úgy jártunk el, hogy 1 tabl.-t, (mely 1 cg. hatóanyagot tartalmaz) 10 részre osztottuk s így 3×0.1 tabl.-t, tehát 3×1 mg-t nyújtottunk. Ez az

adag azonban elégtelennek bizonyult, ezért egyötöd tabl-ra = 2 mg-os adagra tértünk át, amely már általában hatásos volt. Többnyire úgy jártunk el, hogy reggel egyötöd tabl-val (2 mg hatóanyaggal) kezdtük, s az adagot a nap folyamán szükség szerint még 2–3-szor megismételtük. Voltak azonban eseteink, ahol $3 \times \frac{1}{4}$, sőt $3 \times \frac{1}{2}$ tabl-t is kellett adnunk.

Megfelelő adagolás mellett azt tapasztaltuk, hogy az addig mélyen alvó újszülöttek éberré váltak, a szopás egész ideje alatt ébren voltak, erőteljesebben szoptak, s a szopott tej mennyisége növekedett. Számos esetben már egyszeri adag után az újszülött annyira felélénkült, hogy több gyógyszerre nem is volt szükség; itt az aktedronhatás azonban nem tekinthető bizonyítottnak, mert bármennyire feltűnő volt, esetleges is lehetett. Azokat az eseteinket sem vettük bizonyító erejűeknek, mikor az anyának nem volt elég teje s így az újszülött hiába vált éberré, primer hypogaktia miatt nem tudta kiszopni a kívánt mennyiséget. Bizonyító erejű eseteink részletes ismertetése helyett kettőnek grafikonját szeretnők bemutatni. 1. ábrán az aktedron hatását mutatjuk be az egyes szopások mennyiségére. Az

Az aktedron hatása az egyes szopások mennyiségére

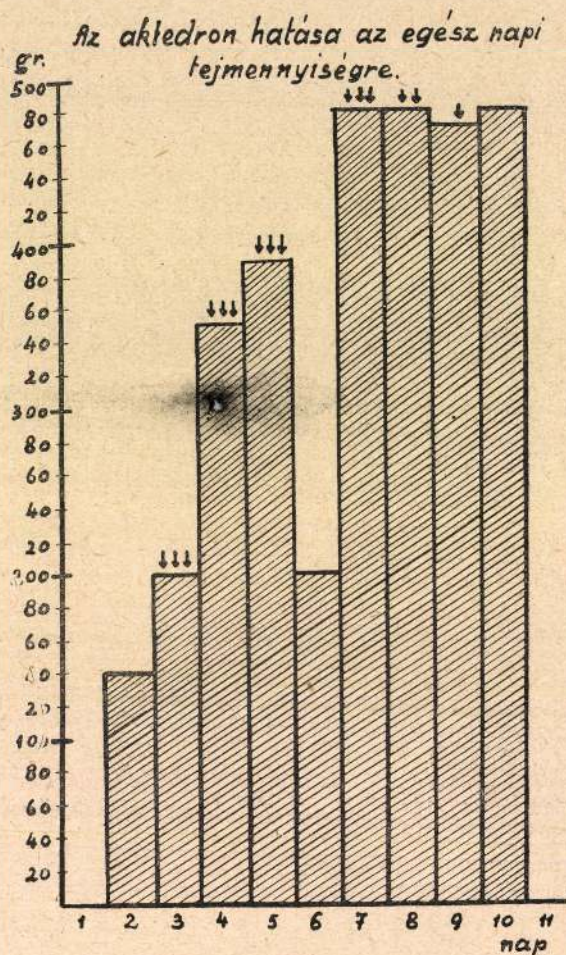


1. ábra.

ábrán jobb áttekinthetőség kedvéért csak a 3–7 napot tüntettük fel. Az első napon u. i. az újszülöttet, mivel a déli órákban született, nem helyeztük mellre, hanem csak teát nyújtottunk, a második napon 6×10 g-t szopott, a nyolcadik napon pedig úgy alakult a helyzet, hogy csak egyszer volt szükség gyógyszerre, a kilencedik naptól kezdve pedig aktedron nélkül is jól megszopta a korának megfelelő mennyiséget.

Egy másik esetünkben az aktedronnak az

egész napi tejmenyiségre kifejtett hatását mutatjuk be. (2. ábra.) Az aktedron adagolását az ábrákon nyíllal jeleztük.



2. ábra.

Az adagolás időtartama változó. Voltak eseteink, hol az egyetlen egyszer adott aktedron megtette a kívánt hatást, úgy hogy a szert nem is kellett többször adni. Legtöbb esetben 3–5 napig adtuk. Legtovább 8 napig adagoltuk a szert. Káros mellékhatást egy esetben sem észleltünk. Kellemetlenséget is alig: három esetben egyötöd tabl. után hosszabb, az éjszakába is belenyúló izgatott sírás miatt hagytuk el a gyógyszert, öt esetünkben pedig az egyötöd tabl. után hányás állott be, s ezért szakítottuk meg a kezelést. E ritkán előforduló s nyilvánvalóan egyéni érzékenységen alapuló kellemetlenségekre tekintettel az adagolás legcélszerűbb módja az, hogy kezdetben egytized tabl-t nyújtunk. Ha a kívánt hatás késik, egyötöd tabl-ra térünk át. Legtöbb esetben ez a hatásos adag. Előfordulnak azonban esetek, ahol az adagot egynegyed, sőt egyharmad tabl-ra is fel kell emelni.

Megfigyeléseink, úgy véljük, adatot szolgáltatnak az aktedron hatásmechanizmusához is. A szer kéregizgató hatása közismert. *Issekutz* említett vizsgálataiból azt látjuk, hogy a

vegyület a nyultagy vitalis központjaira is hat. *Lehoczky* megfigyelései alapján arra lehet gondolni, hogy mindezek a hatásakon kívül a hypothalamust sem hagyja befolyás nélkül. Ő u. i., mint említettük, azt találta, hogy a betegek barbitursav-származékokkal előidézett tartós alvásukból aktedronnal felkelthetők. Ez két úton lehetséges: vagy a kéregizgató hatása révén, vagy úgy, hogy a hypothalamusban lévő ébrenléti központban ellensúlyozza a hypnotikum bénító hatását. A mi megfigyeléseink eldöntik a kérdést: az újszülött még »középagylény«, az agykéreg izgatása, bármilyen úton történjék is az, eredménytelen, az aktedron támadáspontja tehát csak a másik helyen, az ébrenléti központban lehet. Evvel közvetett bizonyítékát adtuk annak, hogy a szer az agykéreg és a nyúltvelőn kívül a hypothalamusra is hat.

Az OTBA rendelőintézetének közleménye. (Igazgatófőorvos: Antal Lajos egyet. magántanár.)

Rövidhullám alkalmazása reumatikus betegségeknél.

Irta: *Benderek Is'ván dr.*

A rövidhullámú kezelés irodalmát áttekinteni ma már rendkívül nehéz. Egy-két előzetes közlés után, 1928 óta igen sok dolgozat és könyv foglalkozik vele. Először a rövidhullámú tér fizikai tulajdonságait, majd élettani hatását, illetve a gyógyeredményeket ismertették. Eleinte csaknem minden betegséget megpróbáltak vele befolyásolni, míg végre kialakultak az indikációs területek. Így a reumás betegségeké is.

Eleinte a tudományos túlbuzgóság, ma már misztikumszámbamenő eredményeket produkált, majd ennek a reakciójaként a tényleges eredményeket is kétségbevonták. Így aztán lassan kialakult a rövidhullámú kezelések helyes klinikai értékelése.

A dolgozatok eltérő eredményeinek létrejöttében nagy szerep jutott a gyári érdekeltségnek is. Vitájuk főtemája rendszerint az adócsöves és a szikraközös készülékek közötti különbség volt. Orvosi szempontból az érdekel bennünket, hogy: 1. csillapított vagy csillapítatlan rezgésekkel, 2. milyen hullámon, 3. milyen teljesítménnyel dolgozik a gép.

Az első kérdésre azt felelhetjük, hogy mind a csillapított, mind a csillapítatlan rezgésekkel dolgozó gépeket fel lehet használni gyógycélokra. Mi azonban szívesebben dolgozunk csillapítatlan rezgésű gépekkel és osztályunkon kizárólag adócsöves készülékeket tartunk üzemben.

Egy időben óriási vita volt a hullám hosszúságának kérdése. Voltak, akik elméleti elgondolások és rendszerint nem túlságosan nagyszámú gyógyeredményeik alapján bizo-

nyos hullámokat specifikusnak tartottak az egyes betegségek lefolyására. Ezeket az eredményeket az utánvizsgálások nem tudták megerősíteni. Egy időben az a nézet alakult ki, hogy az aránylag hosszabb hullámú kezelések felületesebb meleg, a rövidebbek a mélyhatás elérése szempontjából alkalmasabbak. Később a technika fejlődésével alacsonyabb hullámmal is sikerült megfelelő meleget elérni. Ma igen sokan dolgoznak 6 méteres hullámmal. A mi fix hullámú gépeink is 6 métereseek és a szabályozható hullámsávú gépünk is rendszerint 6 méterre van beállítva.

A harmadik kérdés a készülékek teljesítménye. Ennek a jelölése rendszerint úgy történik, hogy megadják Wattokban azt a legnagyobb energiát, amit a gép üres kezelőkörben leadni képes. Ez készülékenként néhány és több száz Watt között változik. A használatos hullámhosszúságok mellett, az elektropyrexia kivételével, 400 Watt teljesítményű kezelőkör teljesen elegendő.

A hazai szerzők közül Kövesligethy foglalkozik könyvében a csúszos betegségek rövidhullámú orvoslásával, a külföldi szerzők közül pedig Schliephake, Kowarschik és még sokan mások.

Betegeinket induktíve kapcsolt kondenzátormezőben kezeljük. Ott, ahol mágneses mezőre volna szükség, az élettani és gyógyhatásaiban teljesen megegyező Kowarschik-féle eljárást alkalmazzuk.

A kezelések legnagyobb része 130 mm átmérőjű (merek Schliephake-féle elektródokkal történik. A mellkas, derék és csípő kezelésére, ha a beteg elhelyezése engedi, ugyancsak Schliephake-féle merev, de 172 mm átmérőjű elektródokat használunk. Kisebb elektródokat csak kivételesen alkalmazunk. Általános elv, hogy lehetőleg a testfelülethez képest a legnagyobb átmérőjű elektróddal kezelünk. A merev elektródokat a megfelelő térhatás elérése céljából úgy igyekezünk elhelyezni, hogy tekintetbevéve a test plaszticitását, azok az egymással való párhuzamos helyzetet és az egy magasságot lehetőleg megközelítsék. Fekvő kezelés alkalmával a beteg egy megfelelő nagyságú hajlítható gumielektódon fekszik: a másik pólus rendszerint egy merev Schliephake-féle elektród, amivel a condensátor tér sajátosságait befolyásoljuk. A Kowarschik-féle kezelést ülve és fekvő is végezhetjük. Speciális alakú elektródák alkalmazására reumatológusgyógyászatban csak a legritkább esetben van szükség.

A kezelések előtt a betegek nehezebb ruhadarabjaikat és a fémrészeket eltávolítják.

Ugyancsak a kezelések technikájával kapcsolatban kell megemlékeznünk a kezelések számáról, gyakoriságáról, időtartamáról és erősségéről. Itt is, mint minden más gyógy-módnál, nagy egyéni ingadozások vannak, de

kétségkívül meg lehet állapítani egy átlag-értéket, amely egészen jó alap.

Egy kúra általában 10, ha ez nem elegendő, de javulás mutatkozik, 20 kezelésből áll. 1—2 kezeléssel különösen régebbi betegségekben, komolyabb eredményt elérni nem lehet. Viszont ha egy megfelelően végzett 20 kezelésből álló kúra nem adott kellő eredményt, azt az esetek legnagyobb részében — tapasztalataink szerint — nem érdemes erőltetni. Némelyek idült betegségekben igen nagyszámú kezelést ajánlanak.

A kezelést ritkábban naponta, leggyakrabban hetenként kétszer-háromszor végezzük. Az ennél ritkább vagy rendszertelenül végzett kezelésnek nincs sok értelme, viszont a túlgyakori kezelés sem rövidíti meg a betegséget.

A kezelés időtartama 5 és 15 perc között változik, átlagideje 10 perc.

A kezelés erőssége függ a betegség szakától és a beteg tűrőképességétől. Heveny formáknál a myalgia kivételével kezdetben igen óvatos kezeléseket végzünk. Az idült betegségekben sokkal jobb eredményt látunk az erősebb kezelés hatására. Az ú. n. athermiás kezelés hatását különösen az idült kórformákban az újabb német szerzők legnagyobb része legalább is kétségbevonja. Idült betegségekben mi is jobb eredményt láttunk a meleg kezelés hatására.

A leírt módszerrel tízezer kezelést végeztünk. Betegünk 55%-ban férfiak, 45%-ban nők voltak.

Átlagos eredményünk: 12%-ban igen jó, 68%-ban jó, 20%-ban eredménytelen. Ebben az átlagban a ritkán előforduló betegségek is benne vannak. Ez az átlag nem fedi teljesen a leggyakrabban előforduló betegségek átlagát. Az ezekben elért eredményeket részletesen közöljük. Az első oszlop eredményei igen jók, a második jók, a harmadik nem kielégítőek.

Izületi bajok	I	II	III
Polyarthritus chronica	—5	75	20%
Monarthrititis	—5	80	15
Arthrosis deformans	—	95	—5
Innhüvelyek, tasakok betegségei:			
Tendovaginitis	—8	60	32
Bursitis	—7	55	38
Izombetegségek:			
myalgia	83	17	—
Az idegek betegségei:			
trigemini-neuralgia	10	68	22
brachialis neuralgia és neuritis	—	60	40
int. costalis neuralgia	25	50	25
ischias	10	80	10

Összefoglalás: A rövidhullámú kezelés megfelelő technikával jó eredményű a mozgási szervek rheumatikus betegségeiben, amit a fenti táblázat is igazol.

A technika fejlődésével újabban már olyan készülékeket állítanak elő, melyeknek 1 m-es

hullámhossza a mai gépeknél intenzívebb mélyhatást ér el. Ha ezek a gépek forgalomba jönnek, a rövidhullámú kezelés gyógyítása alkalmasint még növekedni fog.

IRODALMI SZEMLE SZEMÉSZET

Rovatvezető: Grósz István

Az 1940—41. olasz-görög háború szemészeti tapasztalatai. J. Frommopoulos. (Augenheilkunde 1943/109.) A még nem véglegesnek nevezhető statisztikai adatok alapján görög részről történt sebülések 9.9%-a esik szemészet körébe. Sérülések eredete 58%-ban gránátvető lövedék, s csak jóval kisebb arányban kézigranát, tüzéségi lövedék, légibomba, vagy egyéb okok hatására vezethető vissza. Összes sérülések 69%-a áthatoló sebész. Az elvégzett műtétek között első az enucleatio, száma: a második helyen jóval kisebb az idegentest kivételké. (Comberg szerint localisálva.) Megemlítendő: valószínűleg B. vit. hiányán alapuló aszthenopiák: dissimulatio nagyobb száma: sympathias gyűlés egyetlen esete; valamint a gyors szállítás az előretolt szemészeti ellátóhelyek hiánya. (G. 4.) Váry István dr.

Törési hibák hatása a célzási biztonságára. Werner Seeler. (Graefes Archiv. 146. 2.) A szerző különböző fénytörésű egyének célbiztonságát vizsgálta correctio nélkül, karabély (csapottcélgömb) és német gépfegyver (hajszálkereszt) irányzékkal. Az elsőnél (karabély) az eredmény lényegesen gyengébbek voltak. Jók az eredmények hypermetropiánál, gyengébbek astigmatiánál. Astigmatiánál az eredmény független a tengelyállástól és a minőségétől. (+, —) Myopiát teljesen ki kell korrigálni, ha nem is a célzás, de a célmegválasztás miatt. Hypermetropiát 3 D-n túl, astigmatiát 2 D-n túl kell kikorrigálni csak, mert ezeken alul az eltérés elenyészően csekély. (G. 3.)

Váry István dr.

Nikotinsav chinin amaurosis esetében. Rimello. (Boll. d'Ocul. 1942. 11/12.) 18. é. fiú gyógyulás céljából 5 g chinint vett be. 2 órával később általános rosszullét közepette hirtelen megvakult. A két nap múlva megkezdett szemészeti vizsgálat fénymerev szembogaratok és teljes amaurosist talált. A szemfenéken olyfokú érgöres volt, hogy a klinikai kép a központi látóhártya verőerek elzáródására emlékeztetett. Acetylcholin injectio kúra hatására egy hét alatt visszatért a látás, el lenben a látótérben 25—30°-os kiesés volt és a látóideg is halványodni kezdett. Ettől kezdve napi kétszeri nikotinsav inj. eredményeként a szemfenék állapota feltűnően javult, nyíra, hogy két hét múlva csaknem teljesen ép volt. A látótérben csak felül maradt kis szektorszerű kiesés. A kitűnő eredmény alapján szerző a valódi látóhártyai érgöresök, sőt embolia art. centr. ret. esetében is hatásosabbnak tartja a nikotinsavat, mint az acetylcholin! (G. 1.)

Lugossy Gyula dr.

DERMASEPT KENŐCS SEC. ZOMBORY

15, 30, 50 g-os csomagolásban
INDICATIO: Ekzema, pyoderma, exoratio, impetigo, dyshydrosis, furunkulosis, sycosis, folliculitis, hydradenitis, renyhény gyógyuló és gyulladásos sebek, alszárfekélyek, égés, fagyás- és minden fertőzött friss sérülés.

Az összes fővárosi közpórházakban, OTI, MABI, MÁV, Magyar Ház, B. B. I., M. Kir. Dohányjöv. B. B. I., M. kir. Post. B. B. I. Székesfővárosi Alkalmazottak Segítő alapja, a Honvédségnél és az összes fegyintézeteknél is szabadon rendelhető.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Fertőző mononucleosisok.

Didaktikus szempontok és rendszerezési készség a kutatót arra ösztökélik, hogy olyan körjelenségeket, amelyek a jól ismert és élesen körülírt kórképek egyikébe sem illeszthetők bele, valamely közös vonásuk alapján próbálja csoportosítani. Ha el is ismerjük az ilyen többé-kevésbé önkényes csoportosítások munkahypothézisszerű létjogosultságát, ezt mindenkor abban a tudatban és azzal a fenntartással tesszük, hogy a tapasztalatok és megfigyelések szaporodása révén előbb-utóbb lehetővé válik egyes körülírt kórképek lehasítása és ilyen módon az önkényes csoportosítás fokozatos felszámolása.

Amit itt elmondottunk, az mindenképpen érvényes a haematológiai tankönyvek ama — szerényesére mindinkább rövidülő — fejezetére, amely az »infectiós mononucleosis« címet viseli. Mivel a vér egymagvú leukocytái különböző eredetűek és jelentőségűek, már maga az elnevezés elárulja a vele jelezni kívánt fogalmak inhomogenitását. A »fertőző mononucleosis« név valóban többé-kevésbé különböző eredetű, lefolyású és jelentőségű, aránylag ritkán előforduló kórképeket foglal össze, melyeknek közös vonása a *vér egymagvú sejtjeinek kifejezett megszorodása*, a lázas-infectiós állapot és a többnyire jelenlevő angina. Kórjóslatuk általában jó.

Aránylag a leggyakoribb, de tisztán tüneti jellegű az a lymphocytaszaporodás, amelyet enyhén septicus streptococcus-anginának lezajlása-kor észlelhetünk (*postinfectiós lymphocytosis*). Ez tulajdonképpen nem egyéb, mint a szervezetnek a szokottnál élénkebb elhárító tevékenysége, amely a nyirokrendszer hyperfunctiójával és hypertrophiájával jár. A keringő lymphocyták nagyrészen érett alakok, de többnyire néhány fiatal, nagytestű sejt is látható. A postinfectiós lymphocytosis különösen gyermekeken kifejezett, itt a fiatal elemek is nagyobb számban jelentkeznek.

A postinfectiós lymphocytosistól élesen el kell különítenünk a csaknem kizárólag fiatal egyénekben előforduló *lymphocyt-anginát*, amelynek már az első szakaszában lymphocytaszaporodást, és pedig igen jelentőset észleltünk (20—30 ezer). A magas lymphocytaszámnál még fontosabb, hogy itt már túlnyomóan fiatal, nagytestű, éretlen alakokkal találkozunk. Az acut lymphás leukaemiától megkülönböztetni a vérkép alapján a betegség első szakában sokszor lehetetlen (l. később).

A lymphocyt-angina haematológiai szempontból mintegy átmenetet képez egy többé-kevésbé jól körülírt kórképhez, a *Pfeiffer-féle mirigylázhoz*. Ez valószínűleg sui generis be-

tegség, mely felnőtteken sporadikusan, gyermekek között járványosan lép fel. A kezdet néha lappangó, általános tünetekkel, lassan emelkedő lázzal, máskor heveny, hidegrázással. A láz remittáló vagy continua. A nyirokcsomók testszerte megduzzadnak, bár a duzzanat csekély, nagyobb, érzékeny csomók ritkán találhatók. Mérsékelt lép- és májmegnagyobbodás szabályszerű. Többnyire angina is jelentkezik, mely azonban soha sem okoz mélyebb nyálkahártyaelhalásokat. Az esetek egy részében — különösen a gyermekkori járványos esetekben — az angina hiányozhat is. Máskor viszont a szájüreghelyi elváltozások súlyosabbak és a Plaut-Vincent-angina képét utánozzák. A betegség jellemzője a *vérkép*. Míg a vörösvérsejt- és thrombocytaszám a betegség folyamán jelentősen nem változik, addig a fehér vérsejtek száma a legelső betegségi napokban alacsony, hogy azután igen jelentős leukocytosisba csapjon át. A fehérvérsejtek túlnyomórésze kétségtelenül a lymphocytatörzshöz tartozik. A vérkép meglehetősen tarka: kicsiny, típusos lymphocyták mellett nagytestű, éretlen, sokszor polymorph magvú sejtek láthatók, közöttük szabályszerűen néhány százaléknyi plasmasejt. A sejtekben az azúrszemcsézetség felismerhető. A granulocyták megfogytak, a balra tolódás néha kifejezett. Az 1—2 hétig — gyermekeken még tovább is — elhúzódó lázas szak egész ideje alatt ez a vérkép észlelhető; a lezártalanodással a haematológiai lelet fokozatosan normálissá válik, bár relatív lymphocytosis még huzamosabb ideig fennmaradhat. A kórjóslat abszolút jó.

A mirigyláz jellemzői tehát: lázas állapot, polyadenopathia, típusos vérkép, az esetek túlnyomó részében angina, stomatitis.

Gyakorlati szempontból igen fontos a mirigyláz *elkülönítő kórisméje*, jelesül a leukaemiától (a lymphoid, de elsősorban az acut myeloblast leukaemiától) történő differentiálása.

Elkülönítő jelek: a jóval könnyebb általános állapot, a száj-garatüre folyamatok felületes volta, a vérképben pedig a hiányzó vagy csekély anaemia, a hiányzó thrombopenia (vérzések nincsenek), a fehér vérkép tarkasága, azurgranulatio, az oxydasreactio hiánya. Főleg a betegség első szakában vagyunk kitéve téves kórismézésnek. Ilyenkor a vér alapos morfológiai ismerete jelentős segítségünkre lehet, bár a mirigyláz nagy, fiatal lymphocytáinak az acut leukaemia nagy alaki hasonlóságát mutató myeloblastjaitól elkülönítése haematológiai jártasságot igényel. A betegség későbbi szakában már a klinikai kép is inkább segítségünkre lehet.

A kórisméhez hozzásegíthet a *Paul-Bumel-reactio*, amely azon a megfigyelésen alapul, hogy számos — bár nem minden — mirigylázban szenvedő beteg vére birka vörösvérsejtjeit jóval nagyobb hígításban agglutinálja, mint az egészséges emberé. Szükség esetén a csontvelő vizsgálata biztosítja az elkülönítő kórismét: a csontvelő ugyanis — szemben a mélyreható leukaemiás elváltozással — mirigyláz esetében nagyjában normalis képet ad.

Néha a rubeloa, máskor a Plaut-Vincent-angina, sőt a sepsis is okozhat kórismézési tévedést. Igen nehéz lehet, sokszor lehetetlen a lymphocyta-angina és a mirigyláz megkülönböztetése, annál is inkább, mert a két kórkép között éles határ megvonása nem is lehetséges.

A fertőző mononucleosisokhoz kell sorolnunk a meglehetősen ritka plasmasejt-anginát is; a vérben erős lymphocytaszaporodás mellett a plasmasejtek feltűnő szaporodását észleljük. Az esetek egyrésze valószínűleg exanthemaszegény rubeola. A kórjóslat abszolút jó.

Monocyta-angina. Egyszerű anginák ú. n. elhárító szakában nem ritka jelenség a mérsékelt emelkedett monocytaszám; különösebb jelentősége nincsen. Vannak azonban igen nagyfokú monocytosissal járó angina-esetek, amelyeket mintegy két évtizeddel ezelőtt Schulz írt le *angina monocytotica* néven. Ennek az abszolút jóindulatú megbetegedésnek jellemző tünetei a napokig tartó lázas állapot mellett feltűnően jó közérzet, az alhártyás angina, a polyadenopathia, lép- és májduzzanat és különösen a monocytosis, normalis vagy alig emelkedett, sőt néha csökkent fehérvérsejtszám mellett. Késői visszaesések előfordulnak. Ma már a szerzők jórésze tagadja, hogy a monocyta-angina önálló kórkép volna. Valószínű, hogy itt a csontvelőnek egy nem fajlagos ingerből kiváltott specifikus reakciójával van dolgunk, ámbar az a lehetőség sem tagadható, hogy a leírt esetek egyrésze téves kórismén alapul, különös tekintettel arra, hogy a mirigyláz tarka sejtjeinek egyrésze alakilag igen hasonló lehet a monocytákhoz. Naegeli egyenesen tagadja a monocyta-angina létezését; szerinte az esetek jórésze könnyebb lefolyású granulocytopenia (agranulocytosis), amelynek egyes szakaszaiban a vérben a monocyták dominálnak, míg ugyanakkor a csontvelősejtek túlnyomó része promyelocytá.

Mindebből kétségtelen, hogy a »fertőző mononucleosisok« csoportjába sorolt, illetőleg az ezen a néven leírt kórképek — talán a Pfeiffer-féle mirigyláz eseteinek kivételével — nem önálló megbetegedések, hanem részben tüneti jelenségek, részben más, ismert megbetegedés-csoportokhoz tartoznak. Ismeretük mégis fontos, elsősorban azért, hogy a leukaemiával való összetévesztésük elkerülhető legyen.

Detre László dr.,
OTBA-főorvos.

A szokványos vetélés hormonkezelése.

Szokványos vetelésről (abortus habitualis) beszélünk akkor, ha valamely nőnek minden terhessége spontán vetéléssel végződik, mégpedig gyakran a terhességnek ugyanabban az idejében, rendszerint a III. hónapjában.

A vetélés szokványos bekövetkezését okozhatja:

1. idült mérgezés (arsen, ólom, kéneső, alkohol).

2. idült fertőzés (lues); ilyenkor a vetélés a terhesség második felében szokott bekövetkezni.

3. a nemi szervek anatómiai rendellenessége: fejletlenség, fejlődési rendellenesség, a méh helyzeti rendellenessége (retroflexio), mély méhnyakrepedés, daganat, gyulladásos eredetű összenövések, stb.

4. a belső elválasztású mirigyek (agyfüggelék, petefészek, pajzsmirigy) működési zavara.

Mielőtt valakit szokványos vetelés miatt hormonkezelésbe vennénk, ne mulasszuk el gondos — lehetőleg intézeti — vizsgálatot kizárni az 1–3 pontban felsorolt okok jelenlétét. Az idült mérgezés, fertőzés vagy nemiszervi rendellenesség okozta szokványos vetélést az alapbaj kiküszöbölésével gyógyítjuk (antilueses kúra, helyzetjavító műtét stb.), amihez csak kiegészítésként kapcsolódhat a hormon- és vitaminkezelés. A belső nemiszervek fejletlenségére visszavezethető szokványos vetélés gyógyításában azonban már előtérbe kerül a hormonkezelés, mint előkészítés a terhességre. Ilyenkor a ciklus első felében $5 \times 10 - 20.000$ egység tüszőhormont adunk másod- vagy harmadnaponként, a ciklus második felében pedig $3 \times 2 - 5$ mgr sárgatesthormont vagy ennek megfelelő szintetikus készítményt (progesteron). Célszerű a hormonkezelést már a terhesség előtt E-vitaminnal (naponta $3 \times 1 - 2$ egység szájon át adva) kiegészíteni. Az ilyen terhesség előtti kezelés annál eredményesebb, minél fiatalabb a beteg és minél kisebbfokú a nemziszervek fejletlensége.

A terhesség folyamán a szokványosan vetelő nőt elsősorban sárgatesthormonnal kezeljük. A kezelés tartama és a hormon adagolása tekintetében még nem alakult ki egységes felfogás. Mindenesetre a sárgatesthormont elsősorban abban az időben kell adni, amikor a havibaj esedékes lenne, mert ilyenkor a terhes méh különösen ingerlékeny és már kisebb trauma is vetélést indíthat meg. A budapesti Bábaképző Intézetben a szokványosan vetelő nőknek a terhesség II–V. havában hetenként kétszer, majd a VII. terhességi hónap végéig hetenként egyszer adunk 5 mgr sárgatesthormont izomba fecskendezve. Ezenkívül a II–III. és IV. hónapban az elmaradó havivérzésnek megfelelő időben 3–4 napon át naponta adunk 5 mgr sárgatesthormont (Akrolutin, Glanducorpin, Proluton, Lutren stb.). Ezekben a na-

pokban ágynyugalmat és napi 2–3 tabl. göres-oldót (Troparin, Spasmalgin) rendelünk. A nemi életet a havibaj esedékessége idején feltétlenül kerülni kell, de még jobb, ha a szokványosan vetélő nő terhessége folyamán egyáltalában nem él házassételest s egyébként is kíméli magát (nehéz testi munkát nem végez, rázó járműveken nem utazik, kerüli a meleg fürdőt, az erőyes hashajtókat s lehetőleg minden izgalomtól távoltartja magát).

A sárgatesthormonkezelést minden esetben vitaminok adásával egészítjük ki. A terhesség V. hónapjáig naponta 3×2 egység E-vitamint és 3×5 egr C-vitamint adunk per os; az esedékes havibajnak megfelelő időszakban célszerű nagyobb adag C-vitamint adni (10%-os oldatból 5–10 kem-t i. v.).

Ujabban igen jó eredményekről számoltak be a sárgatesthormon per os adásával kapcsolatban, az így adott sárgatesthormon (Proluton C tabletta) adagja másfélszerese-kétszerese legyen az izombafeeszkendezés szokásos adagjának.

A sárgatesthormonkezeléssel dacoló esetekben megkísérélhető az agyfűggelékmirigy gonadotrop hormonjának (Prolan) alkalmazása, ebből a terhesség első felében hetenként 3×500 patkányegységnyt, a havibaj esedékessége idején pedig naponta 3–4000 patkányegységnyt adhatunk izombafeeszkendezve.

Mivel a szokványos vetélés egyes esetekben a pajzsmirigyműködés elégtelenségére vezethető vissza, célszerű a terhesség elején alapanyagszere vizsgálatot végeztetni s szükség esetén a sárgatesthormon és vitaminkezelést pajzsmirigyhormon és jó d adásával kiegészíteni.

A belső elválasztású mirigyek működészavarán alapuló szokványos vetélés ma már vitaminkezeléssel kombinált erőyes hormonkezeléssel az esetek 60–80%-ában meggyógyítható, illetve ilyen arányban sikerült az azelőtt szokványosan vetélő nők terhességét kiviseltetni.

Mauks Károly dr.,

a budapesti m. kir. Bábaképzőintézet
tanársegéde.

Novurit-oltás által kiváltott vizeletrekedés.

A kénesős húgyhajtók alkalmazása igen elterjedt. Múltán, mert kevés olyan gyógyszer ismerünk, amely rövid néhány óra alatt olyan jelentősen javítaná meg a beteg állapotát, mint egy alkalmas körülmények között beadott novurit-oltás. A beteg áld érte bennünket, mi pedig igaz örömmel könyveljük el a 24 óra alatt ürített 3–4 liter, vagy ennél is több vizeletet. Megelégedéssel tapasztaljuk a tegnap még kiécsattanásig feszes bőr megrán-

cosodását az alszár vizenyő kiürülése után, továbbá a pangás minden tünetének s nem utolsó sorban a beteg közérzetének kifejezett javulását.

Nem szándékozom a kénesős húgyhajtók hatásmódjával, javallatainak és ellenjavallatainak felsorolásával, a beteg előkészítésével, stb.-vel foglalkozni. Ezeket Engel Károly közleményeiben részletesen tárgyalja. Inkább olyan bonyodalomra óhajtom kartársaim figyelmét felhívni, amely novurit-adással kapcsolatban nem tartozik a ritkaságok közé, de amelyről sem Engel közleményeiben, sem egyebütt nem találtam említést.

Írásom úgy lesz tanulságos, ha röviden ismertetem egyik betegem kórtörténetét. V. J. 65 éves férfibeteg feküdt nemrégén osztályomon. Hetekkel előbb már esténként dagadoztak a lábai, éjjelenként sok vizelete volt s lábai reggelre lelapadtak. Ujabban a lábak megdagadása már állandósult, fullad, nehezen mozog, étvágytalan. Vizsgálatkor cyanosyst, oedemat, anasarcát, a tüdők felett pangásos hurutot, nagyobb, érzékeny májat találtunk. A szív minden irányban nagyobb, a csúcson systolés zöreje. Magas fajsúlyú, pangásos vizelet, melynek napi mennyisége 300–450 cm³ volt. Kellő digitalis előkészítés után egyik reggel 2 cm³ novuritot adtunk a farizomba. A vizelet estig nem szaporodott meg lényegesen, pedig a beteg kifejezetten jobban érezte magát, fulladása, nehéz légzése szűnt, májtáji feszülése csökkent, az alszárak duzzadása alábbhagyott. Így azután biztosak voltunk afelől, hogy a novurit jól hatott s várunk a másnapi vizelet-eredményt. Meglepett bennünket reggel, hogy az alig volt több az előző napinál, holott a vizenyők is szemlátomást apadtak. Arra kellett gondolnunk, hogy a novurit elvégezte feladatát, ámde a vizelet megrekedt. Tényleg, a beteget megcsapolva, több mint egy liter vizeletet engedtünk ki a hólyagból. A kathetert rögzítettük s még e napon másfél liter vizelet ürült. Ezután a beteget minden novurit adás alkalmával 48 órán át katheterrel láttunk el s két-három liter vizelet ürült ki egy-egy napon.

E beteggel is az történt, amit más idősebb férfin is tapasztalhattunk, hogy prostata-tútenegs folytán a már maradékkal dolgozó tágabb, petyhüdt izomzatú hólyag nem tud a beléje nagy mennyiségben és gyors iramban özőnlő vizelet kiürítésével megbirkózni, vizeletrekedés következik be, mely természetesen 3–4 literes diuresis mellett igen komoly bonyodalmat, akár hólyagrepedést is okozhat. De ha talán ezt nem is okoz, annyira kitégíthatja hirtelen a hólyagot, hogy az soha nem fog olyan izomerővel rendelkezni, hogy a vizelet akaratlagosan mehessen végbe.

Az a tanulság ebből, hogy 50 éven felüli

féfit, különösen akkor, ha prostata-túltengésre gyanús vizelési panaszai vannak, kénesős húghajtó adása után 8–10 órával katheterezzünk meg, ha addig jelentős mennyiségű vizelet el nem távozott volna s egyébként a szokásos közérzetjavulás már bekövetkezett. Hagyjuk benn a kathetert 24–48 órán át.

Kovács Kálmán dr.
egyetemi magántanár.

Ultraseptyl-Chinoin a vérhas gyógykezelésében.

A bacillaris dysenteria gyógykezelésében a sulfamid-származékok bevezetése a legjelentősebb lépések egyike. A sulfamethylthiazol és a sulfanylguanidin az eddig leghatásosabbnak mutatózó két gyógyszerünk a vérhas ellen.

Kórházunkban az 1943 őszi járványyszerűen jelentkező vérhasmegbetegedések kezelésére a sulfamethylthiazolt vagy Ultraseptylt vezetjük be.

Betegeinket két csoportba osztottuk. Egyik csoport — 33 beteg — 2×1 amp. Ultraseptylt kapott naponta i. v., 3 napon át. A másik csoport — 42 beteg — 5×2 tabl. Ultraseptylt kapott belsőleg 3 napig. Minden beteg az első napon 1 e. k. ol. ricini-t, 3 napig tea, kétszersült, reszelt almából álló étrendet, 5-ször nap. 50 g carbo med.-t, a 4. naptól kezdve könnyű vegyes étrendet kapott. Gyógyszert betegeink egy kivételével a 4. naptól kezdve nem kaptak.

Toxikus eset nem volt. Hasmenésen, kínzó tenesmuson kívül súlyosabb panaszok sem. Felvételnél 36 beteget lázasnak találtunk.

24 beteg kórelőzményi panaszai 7 vagy ennél több napra terjedtek, egészen 30 napig.

A vizsgálatokat a honv. közegészségügyi intézet végezte kiküldött munkatársa útján.

Két lábadozó beteg székletéből Flexner-törzs tenyésztett ki. A betegek és lábadozók vérsavói Shiga-törzsszel átlag 1:400., Flexner-törzsszel 1:800 higitásig agglutináltak. Betegeink volt két olasz katona is, kik a balkáni harcokról kerültek kórházunkba. Ezek vérsavója Schmitz, Strong és »Y« törzsekkel adott agglutinációt, mutatva a más eredetű fertőzést.

Ami a gyógyulást illeti, a székletek száma 2–4 nap alatt 1–2-re esett, vér eltűnt. Formált széklet a kezelés 5–8. napján jelentkezett. Lázas eseteink 2–3. napra láztalanok lettek. Ultraseptyl okozta bármilyen toxikus tünetet nem észleltünk. A két csoport gyógyulási eredménye között sem lehetett különbséget találni.

Ultraseptylrel kezelt betegeink átlag 10 napot töltöttek kórházban. Utána 2 hétig csapattestüknél voltak elkülönítve, mint lábadozók. Visszaesés nem fordult elő. Egy esetben 6 napig kapott a beteg összesen 42 tabl. Ultraseptylt, míg széklete rendes lett.

Gyógyeljárásunkban készakarva sematizálásra törekedtünk. Olyan eljárást akartunk kidolgozni, mellyel háborús körülmények között a tábori kórházakban is jó eredményt lehet elérni. A harcér követelményei mellett sajnos sokszor le kell mondanunk az egyéni gyógykezelésről és tömegkezelésre kell berendezkednünk.

Eredményeink nem mindenben egyeznek az irodalomban közölt esetekkel. Egyes szerzők a belből állítólag nehezen vagy alig felszívódó sulfanylguanidinnak sokkal jobb és gyorsabb hatást tulajdonítanak, mint a sulfamethylthiazolnak. Ennek az eltérésnek magyarázatát adni nem tudjuk. Talán a kórokozó törzsek különbsége oka az eltérésnek. A Balkánon fertőzött olasz betegeinknél más volt a kórokozó, mint az itt megbetegedetteknél, mégis jól gyógyultak Ultraseptyltől. Esetleg a beteganyag különbözősége is közrejátszhatik. A mi betegek egyébként egészséges, fiatal katonák voltak.

Az adagok kicsinyisége, vagy az adás módja (per rectum adott sulfamethylthiazol alig szívódik fel — Diezfallus és társai) is oka lehet az eltérésnek. Sajnos, sulfanylguanidinnal összehasonlító vizsgálatokat végezni nem tudtunk.

Az Ultraseptyl hatásmechanizmusát illetőleg Ivanovits és Kramár prof.-ok álláspontjához csatlakozunk. Úgy látszik, az Ultraseptyl megfelel a jó chemotherapeuticum számára felállított kívánalmaknak: »Legyen erőteljes bacteriostatikus hatású és megfelelő töménységet érjen el a vérben.« (Kramár.)

Összefoglalás: Vérhasos betegeknek adott napi 2×5 cm³ i. v., vagy 5×2 tabl. Az Ultraseptyl 3 napon át adva nagyon jó eredménnyel járt. A kétféle adagolási mód között gyógyulási eltérés nem volt. Idősültté váló eset, vagy kiújulás nem fordult elő. A nagy adagokban nyújtott Ultraseptyl toxikus tüneteket nem okozott. Sematikus tömegkezelésre az Ultraseptyl alkalmasnak bizonyult.

Réthelyi Jenő dr.

orv. százados, nagykanizsai honv. kórh.

Az O. H. kiadványait olvasón kapják meg kiadóhivatalunktól hátralékban 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 Elfogyott
- Soós Aladár:** Étrendi előírások V. bővített kiadás 8.— P
- Horváth Boldizsár:** A gyakorló orvos orthopaediája. 230 old., 110 ábra és 16 old. műmelléklettel Elfogyott
- Benderek István és Külley László:** Gyógymasszázs és mechanoterápia. 240 oldal, füzve 4.— P

A befizetési lap hátlapján az összeg rendelkezését kérjük feltüntetni. Utánvétellel történő rendeléskor a portóköltséget is felzárójuk.

Ajánljuk

kínakillag kipróbált és megbízható tápszerekészítményeinket:

Az Államkincstár, illetve Közgyógyszerellátás terhére is rendelhetők:

DEMALTOS

CSECSEMŐTÁPCUKOR

300 g-os rendes, 150 g-os közalapi, 3500 g-os kórházi dobozokban

MALTOSIT

GYERMEKTÁPLISZT

a Keller-féle malátaleves pontos és gyors elkészítéséhez, 300, 150 és 3500 g-os dobozokban

SZITMALTIN

IGEN JÓIZŰ, SZÉNHYDRÁTDÚS, TERMÉSZETES ERŐSÍTŐ TÁPSZER

Forgalomban: 500, 400, 250 és 100 g-os eredeti és 250 g-os közalapi dobozok

KÖBÁNYAI POLGÁRI SERFŐZŐ ÉS SZENT ISTVÁN TÁPSZERMŰVEK R-T.

Budapest, X., Maglódi-út 17. szám.

Máj- és epebántalmak esetében

CHOLOGEN

tabletta No. 1, 2 és 3

Cholagogum és cholereticum baktericid és spasmolytikus hatással

Indikációk: Cholecystitis, cholelithiasis, cholangitis, ikterus catarrh., hyperemesis gravidarum, valamint a máj-epe-rendszerben végzett műtéti beavatkozások elő- és utókezelésekor

Adagolás:

10 napon át	reggel és délben 1—2 tabletta	No. 1
	reggel és délben 1—2 tabletta	No. 1
40 napon át	este 2 tabletta	No. 2
10 napon át	reggel, délben és este 1—1 tabletta	No. 3

Magyarországi vezérképviselő: HORMON gyógyszer-vegyészeti kft. Budapest, VIII., Tomay Cecil-utca 12

Megjelent!

Az eddig német, francia, angol, görög, spanyol és orosz nyelven kiadott Prof. Dr. Bing Róbert:

LEHRBUCH
DER NERVENKRANKHEITEN

magyar kiadása!

Az idegbetegségek tankönyve

Írta: Prof. Dr. BING RÓBERT a bázeli egyetemen a neurológia rendes tanára

Az utolsó, hetedik, újonnan átdolgozott német kiadás alapján

Fordította: Dr. Schultz Géza v. egyet. klin. tanársegéd.

832 oldal műnyomópapíron, 216 ábrával a legszebb békebeli kiállításban

Előfizetési ára május 31-ig kötve P 96.—

Május 31. után a mű bolti ára P 120.—

A mű gazdag tartalmából: A környéki idegek betegségei — A dyskinesisek — A progressiv izomatropiák — A spastikus betegségfolyamatok — A kombinált rendszerbetegségek és a funicularis myelosis — A sclerosis multiplex — További diffus gerincvelői megbetegedések — A központi idegrendszer lueses eredetű bántalmái — Az idegrendszer arteriosclerosis — A központi idegrendszer heveny fertőző megbetegedései — Encephalorrhagia és encephalomalacia — Aphasia, apraxia és agnosia — Az agy és burkainak daganatképződése, gyulladásai és keringési zavarai — A kisagy betegségei — Fejlődési rendellenességek — Veleszületett és a korai életben szerzett defectusok — Hemiplegia és diplegia spastica infantilis — Little-féle betegség — Idiótia — A dysglándularis tünetegyüttesek — Sympathicus megbetegedések, angio és trophoneurosisok — Az epilepsia — A psychoneurosisok — A cephalalgia — Stb., stb., stb.

Miután a mű csak korlátozott példányszámban jelent meg, melynek legnagyobb része előjegyzésben már elkelt, kérjük, hogy nb. rendelését mielőbb feladni szíveskedjék.

Második átdolgozott és bővített kiadásban most jelent meg!

A rövidhullámok klinikai alkalmazása

Dr. KÖVESLIGETHY IVÁN egyet. rk. tanár műve
54 képpel a legszebb kiállításban
ára kötve P 28.—

A tartalmából: A rövidhullámok fogalma — A rövidhullámok fizikája — Rövidhullámú készülékek — A rövidhullámú kezelés kivitele — A rövidhullámok élettani hatása — A rövidhullámok klinikai alkalmazásának indikációi, kontraindikációi és veszélyei — A rövidhullámok alkalmazása a belgyógyászatban — Rövidhullámok alkalmazása a sebészet körébe tartozó megbetegedések gyógyításában — A rövidhullámok nőgyógyászati alkalmazása — A rövidhullámok urológiai alkalmazása — Rövidhullámok alkalmazása a bőrgyógyászatban — Rövidhullámok alkalmazása az orr-, torok-, gége- és fülmegbetegedések gyógyításában — A rövidhullámok szerepe a szembetegségek gyógyításában — A rövidhullámok fogorvosi alkalmazása — Mesterséges lázkeltés rövidhullámokkal — Stb., stb., stb.

Novák Rudolf és Társa Orvosi Szakkönyvkereskedés és Tudományos Könyvkiadóvállalat
Budapest, VIII., Baross-utca 21.

ORR-, TOROK-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZATRovatvezető: *Ajkay Zoltán*

A postoperatív rhinogen meningitisek keletkezéséről, gyógyításáról és megelőzéséről. *Prof. H. Richer*. (Der Hals-, Nasen- u. Ohrenarzt Bd. 33. H. 5.) A postoperatív rhinogen meningitis, dacára a sulfonamid-készítmények áldásos hatásának, még mindig a legkomolyabb megbetegedések egyike, mely szerencsére azonban elég ritka. Felléphet: 1. látszólag ártatlan, kisebb endonasalis beavatkozások, 2. gyulladásos melléküregek műtete után, 3. e fajta műtétek tökéletlen végrehajtása következtében és végül 4. a műtét utáni váladékvezetés tökéletlensége miatt. Különösen nagy a meningitis veszélye az intranasalis rostasejtműtétek mellett (*Burger* szerint gyulladásról szóló eset az irodalomban nem is található), főleg akkor, ha a rostacsont medialis falát és tetejét is a műtétbe vonják. Legtöbbször nem brutális beavatkozás okozza a meningitist, hanem az a körülmény, hogy finom repedéseken át, vagy a lymph-utaknak curettageval kapcsolatos megnyitásával pathogen csírák jutnak a koponya belsejébe. Szerző az irodalomban egyedül álló esetben rostasejtműtéten átesett beteget magas lázzal és meningitissel (liquor zavaros, magas nyomás elhatt ürül, 1200 sejtszám) szállították klinikára. A helyi érzéstelenítésben végrehajtott extranasalis reoperationál kiderült, hogy a rostacsonttón a dura szabadon fekszik, a lamina cribrosa szomszédságában levő csontok a műtéttel kapcsolatos finom repedések vannak, a hátsó rostasetek pedig megtartottak. Ezek kitérítése és az iküreg megnyitása után láthatóvá vált, hogy ezek nyálkahártyája infiltrált és gennyel borított (streptococc. haemolyt.). A sebet ezután tamponálták és nyitva kezelték, továbbá eupatint adagoltak (mellyel szemben szerző újabban a tibatinnak bízósít előnyt). Három nap

mulva a beteg jobban lett és három hét mulva meggyógyult. Szerző hangsúlyozza az extranasalis műtét elsőbbségét diffus, chronikus, bűzös rostasejtgennyedés, vagy ethmoiditis necrotisans (sarlach) esetében. Szerinte a homloküreg kitűnő áttekintést nyújt és a legkedvezőbb gyógyulási eredményt adja; mivel pedig a homloküreg mellső fala megmarad és a sebzás per primam történik, kozmetikailag sem eshetik kifogás alá. (A. Z. 26.) *Ajkay Zoltán dr.*

Idült mandulalob kórismézése céljából végzett mandulaváladék cytológiai vizsgálata. *Brügge-mann*. (Zeitschr. f. Hals-, etc. Bd. 49. II. 42.) Az idült mandulalob kórismézének felállítása sokszor nehéz; nagy felelősséget jelent a gégeorvos számára annak eldöntése, vajjon adott esetben szerepelhet-e a mandula, mint góc. Ennek érdekében *Knüchel* négy típusba sorozta a mandulaváladék cytológiai leletét: 1. több-kevesebb lymphocytá, 2. karélyos leukociták, szórványosan lymphocyták és phagocytált diplo-, streptococcusok, 3. leginkább szétesett karélyosmagyu leukocyták, sok diplo-, streptococcus, fusiformisok és leptothrix pálcikák, 4. kevés szétesett leukocytá, még kevesebb lymphocytá, nagymennyiségű diplo-, streptococcus. Az ily értelemben a bonni klinika betegein végzett vizsgálatok nem könnyítették meg az idült mandulalob exakt megállapítását. (A. 3.) *Szecey György dr.*

LAXOPTIN

Ideális, enyhe hatású hashajtó. Éveken át jó eredménnyel szedhető

Lalkus propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra

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

CORMOTYL-CHINOINpyridin- β -carbonsavas diaethylamid**ANALEPTICUM-EXCITANS****Solutio, injectio****RIZOMALTAN**

riznyákos csecsemőitápucukor (dextrin-maltose) szénhydrat-tápszer tejhigítások készítéséhez

Dyspepsiára hajlamos csecsemők számára.

Mesterséges táplálásra már az újszülött korban is bevált.

RENDELHETŐ SZABADON:

OTI, DOBI, POSTA, HÉV, Bányatárpénztár, Közgyszérrelátás, Szív. Közkórházak. — MÁV: üzletvezetőség útján, MABI: intézeti rendelésében.

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

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



MAGNESIUM-PERHYDROL

az eredeti MgO_2 készítmény,

évtizedek óta a legiobban bevált.

0.5 g-os tabletták; 15% és 25%-os po. ban.

V E G Y É S Z E T I G Y Á R, D A R M S T A D T

Magyarországi vezérképviselet: Wirth Károly, Budapest, V., Báthory-utca 16.

Nyári hasmenés ellen:

CYDONIN

birsalma + almapor!

Csecsemők, gyermekek
és felnőttek kezelésében
egyaránt hatásos

Dr. WANDER Gyógyszer- és Tápszergyár R-T., Budapest

Tinctura Ferri Athenstaedt

CUM ET SINE ARSENO 0.2% Fe.

TONICUM :: STOMACHICUM :: APERITIVUM :: ROBORANS

250 gr. ára P 3.—

Orvosi mintával és irodalommal készséggel szolgál:

HORMON GYÓGYSZERVEGYÉSZETI K. F. T.
BUDAPEST, VIII., TORMAY CECIL U. 12

Uricedin

anyagcserebántalmaknál, mint: köszvény, rheuma, ischias, vese-,
hólyag-, epe-, maj-bántalmaknál, bélrenyheség és gyomorbaioknál.

Magyarországi vezérképviselőt:

Medichemia Gyógyszerkészítmények Gyára R.T.

Budapest, X., Hölgy-uca 14

J. E. Stroschein

Chemische Fabrik K. G.
Berlin

A SZERVEZET ALKALIZÁLÁSÁRA

»EUGASTRIN« „CERTA“

AZ ALKALIZÁLÁS CSÜKKENTI
AZ INSULIN SZÜKSÉGLETET

KÖNYVISMERTETÉS

Neue Wege in der Diagnostik und Therapie der Lues. von A. Ro tmana: Diagnostischer Teil. (1943. Brüder Hollinek, Wien.) A szerző a mintegy 8 ívre terjedő munkáját kivonatossá nálunk már 2 év előtt ismertette az orvosi továbbképzés bizottságának előadásorozata folyamán. A vaskos füzet egyébként különnyomata a Wiener med. Woch.-ben megjelent közleménysorozatnak. A szerző nagy beteganyagom végzett tanulmánya főként arra irányult, hogy a késői lues diagnózisát tökéletesítse az allergián alapuló luetin-reactio kiterjedt alkalmazásával. Erre a célra a »luetest« nevű készítménnyel dolgozott és pedig oly módon, hogy az oltásokat egymásután ismételte (a szerző »Luotest—Wiederholungsimpfung«-ja). Eljárásával azt éri el, hogy serológiai is tünetmentes és addig fel nem ismert késői lues esetek felismerhetőkké válnak. Kísérletei alapján úgy véli, hogy eljárásával jóval több késői szerzett és főként régi, világrahozott eset kerül majd kezelésre. Az érdekes tanulmány nagyrészt ideg-esetekre vonatkozik.

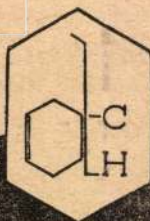
Guszman prof.

Herzkrankheiten. Band II. Klinik der Koronar-erkrankungen. Von prof. Dr. Max Hochrein. (XV, 679 lap, 192 ábra. Steinkopf, 1934. Ára füzve Mk 31.) Miután az első kötetben a szív élettanát és functionális pathológiáját tárgyalta, a most megjelent,

terjedelmesebb kötetben a koszorús erek betegségeivel foglalkozik, a harmadik kötetben pedig, amellyel a munka befejeződik, a szívbetegségek gyógyítását fogja ismertetni. A II. kötet nagy terjedelmét az indokolja, hogy a szívpanaszok többsége a koszorús erek keringészavarával függ össze, továbbá az, hogy ismereteink ezen erek élet-és kórtanáról még kialakulóban vannak és végül még az is, hogy a koszorúserek keringésére a környéki keringészavarok is sokszor hatással vannak, tehát ezeknek ismertetése is szükséges volt. Mint már az első kötetben, úgy ebben a kötetben is a szerző főképpen a működészavarokat illető kérdésekkel foglalkozik és ezeknek tárgyalásakor a kísérleti kutatás eredményeire is támaszkodik, mivel ezek sokszor megkönnyítik a klinikai tünetek magyarázatát. A szív- és nyirok-ereinek, idegeinek ismertetése után külön fejezetben foglalja össze a kísérleti kutatás eredményeit, a könyvnek nagyobb részében azonban a koszorús-erek betegségeinek klinikáját ismerteti améltkül, hogy e bajok gyógyítását is tárgyalná. Az irodalmi adatoknak gondos összefoglalásán kívül saját, nagyrészt klinikai, részben kísérleti kórtani megfigyelései teszik értékessé munkáját és ezért örömmel fogják azt fogadni mindazok, akik behatóbban akarnak foglalkozni a vérpálya ezen fontos részének betegségeivel.

Herzog prof.

»A. VITAMIN TERÁPIA

APROVIT^{olaj}10 g.-OS ÜVEG 0.006 g. β -CAROTIN
— 100.000 N. E. »A« VITAMINELOÁLLITJA ÉS FORGALOMBA
HOZZA STRAUB SANDORDiachemia₄
BUDAPEST VI. TEREZVÁROSI 27

NOVOESTROL „A“ LIQUID

FOLLICULUS HORMON HATÁSU SZINTÉTIKUS
STILBEN VEGYÜLET CSEPPEK ALAKJÁBAN

PERLINGUÁLISAN FELSZIVÓDIK!

Forgalomban: 20 cm-es cseppentős üvegben

DR. EGGER GYÁRTMÁNY!

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift 13/14. sz. Deussen I.: Az agykamrapunctió vérzéscsillapító hatása sinusvérzések esetén s ennek hydrodynamikus magyarázata. **Mancke R. és Tidov R.:** Gyomorhajós katonák. **Kürten H.:** Az ulcus pepticum túlértékelése. **Liesegang Ed.:** Az ulcus pepticum physialis chemiája. **Mező B.:** A Basedow-kór új oki kezelése. **Schlephake E.:** A szívpanaszok értékeléséről. **Schmidt-Lange W.:** Hideg elleni védekezés fűtés és hőforrások útján. **Schmidt R.:** Elasztikus prothesisek archiányok pótlására. **Grolog H. E.:** Ernst Rüdin 70-ik születésnapjára.

Wiener Klinische Wochenschrift 13/14. sz. Breitner B.: Pajzsmirigysebészet. **Bohner I.:** A polgári lakosság légítámasztása alkalmával szerzett szemorvosi tapasztalatok. **Gerl F.:** Az endokrin és vegetatív komponensek allergiás megbetegedésekben és diabetesben. **Hüttler K.:** Orvosi statisztika. **Scharf O.:** Az akut leukæmia és agranulocytosis kezelése. **Eppinger H.:** Haslinger K. †

VEGYES HIREK

A Magyar Dermatológiai Társulat ez évi júniusra tervezett nagygyűlését későbbi időpontra halasztotta el. A legközelebbi rendes tudományos ülés előreláthatólag októberben lesz.

A debreceni Tudományegyetem Stomatológiai Klinikáján f. évi június hó 4–18-ig és augusztus hó 15–31-ig községi és körorvosok részére 2 hetes fogorvosi továbbképző tanfolyamot tartanak. Akik lakás és önköltségi élelmezésre igényt tartanak, ezirányú kérelmüket 8 nappal előbb jelentsek be a tanfolyam vezetője, dr. Csülléry András egyet. tanár, a klinika igazgatójánál.

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

Szent Lukács Gyógyfürdő és Gyógyszálló

Társas rheuma-osztály. — Féli és nyári rheuma-gyógyhely

A

SUPER LYSOFORM

1%-os oldata a legtöbb pathogen-esirát 1 perc alatt megöl

Nem mérgező, kellemes illatú és olcsó

Az Orvosi Gyakorlat kérdései című mellékletünk szerkesztésétől április 30-ával megvált **Milkó Vilmos** dr. egy. c. rk. tanár, ki ezt a feladatot 16 éven át annyi böles hozzáértéssel töltötte be. Köszönetet mondunk neki odaadó munkásságáért, mellyel kartársainknak, különösen a tudományos intézetektől, kórházaktól távolosoknak nehéz és felelősségteljes gyakorlatukban annyira segítségükre volt a jól megválogatott és aktuális problémákat tárgyaló rövid és tanulságos cikkek sorozatával.

Egyben örömmel jelentjük, hogy búcsúzó munkatársunk helyébe sikerült **Bánder László** és **Verebély Tibor** egy. magántanár kartársainkat megnyernünk, kik mellékletünk szerkesztését azonnal átveszik, amint az Orsz. Magyar Sajtó-kamarába felvételük megtörténhetik. Bizton hiszünk, hogy e két fiatal és közismerten nagy tudású kartársunk vezetése alatt mellékletünk éppen úgy be fogja tölni hivatását és közmegegyezést fog kelteni olvasóink körében, mint eddig tette. — Üdvözljük új munkatársainkat!

Betöltendő orvosi állások. A **Gr. Apponyi Poliklinikán:** 1 belgyógyász alorvosi (jún. 1-re), gyermekgyógyász alorvosi, fogászati alorvosi (június 1-re) és bakteriológiai laboratórium segédorvosi állásokra. Mind a négy álláshoz szakképzettség szükséges. Pályázati határidő május 31. — A **balassagyarmati közkórházban** a kórháznak laboratórium vezető főorvosi állás, továbbá az elmeosztályon 2, a bőr- és szemesztályon 1–1 segédorvosi, a bel- és sebészeti osztályon 1–1 kisegítő orvosi állás. Pályázati határidő a Budapesti Közlönyben megjelenéstől számított 15 nap.

A frontátvonulások áttekintése 1944 január második feléről. Ennek a hónapnak a második fele is igen gazdag volt frontátvonulásokban, és a frontok fejlettsége a betörési frontok csoportjában szintén igen nagy volt. A 37 betörési frontból 8 volt erős, 22 mérsékelt és 7 gyenge fejlettségű. A felsiklási frontok ezzel szemben aránylag kevésbé fejletteknek bizonyultak: a 8 felsiklási frontból 3 mérsékelt és 5 gyenge fejlettségűnek bizonyult.

A budapesti frontátvonulások részletes történetéből kiemelendők az erősen fejlett betörési frontok a következő időpontban: jan. 25. este, jan. 25/26. kevéssel éjfél után, jan. 28. délután (három erős frontátvonulás), jan. 29. reggel (két erős frontátvonulás), végül jan. 30-án délelőtt. A 8 erős betörési front tehát az időszak utolsó hetében halmozottan lépett fel és különösen erős post-frontális reakcióknak lehetett a kiindulópontja.

Aujeszký dr.

Lapunk mai számához a Phylaxia szerumtermelő Rt. vörheny elleni szérum prospektusát mellékeljük.

FELELŐS KIADÓ: VAMOSSY ZOLTÁN

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

DIGITALIS-DISPERT

LIQUIDUM
SUPPOSITORIUM
TABLETTA

biztosítják az
összdigitalis hatást és kitűnő tűrhetőséget

KALI-CHEMIE A.G. BERLIN: Magyarországi képviselő: Wack Keresztély, Budapest IX. 8.

