88. évfolyam. 23. szám. Budapest, 1944. június 3.

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:

Kramár Jenő: Bromoderma tuberosum a csecsemőkorban. (265—266. oldal.)

Kubányi Endre: Hashártyahiány pótlása amnionnal. (266—268. oldal.)

Kovácsi László: Lepényveséből eltávolított kő. (268—269. oldal.)

Székely Ferenc: A cephalhaematoma externum szokatlan szövődménye. (269—270. oldal.)

Irodalmi szemle. (273—274. oldal.)

Könyvismertetés. (275. oldal.)

Zemplényi Imre: Orvoshiány és szolgálat. (276—277. oldal.)

Vegyes hírek. (278. oldal.)

Gono-Yatren

a férfi és női szövődményes gonorrhoea kezelésére

Sematikus kezelésre:
2.5 kcm-es ampullák emelkedő (50—400) millió csiratartalommal

Egyéni kezelésre:
25 kcm-es üvegek, kcm-ként 50 millió csiratartalommal

Alkalmazása és adagolása:
Intramuszkulárisan és intravénásan 2–4 naponként emelkedő adagokban

Provokációra:
Intravénásan 1—1.5 kcm 50—75 millió vagy több csira

Forgalomban: 6 ampulla à 2·5 kcm, üveg à 25 kcm.

BAYER

»Behringwerke«
LEVERKUSEN

MAGYAR PHARMA GYÓGYÁRU R. T.
BUDAPEST—KOLOZSVÁR

88. évfolyam. 23. szám. Budapest, 1944. június 3.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

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

A szegedi gyermekklinika közleménye.

Bromoderma tuberosum a csecsemőkorban.

Irta: *Kramár Jenő dr.* egyet. ny. r. tanár.

A bróm hatására létrejövő toxicodermia három fajtája, a generalizált exanthema, a bromacne s a bromoderma tuberosum közül a bromodermával csak ritkán találkozunk a gyermekkorban. Erre vall legalább is az, hogy bár az irodalmi közlések száma tekintélyes, egy szerzőtől többnyire csak 1—2 eset ismertetését olvashatjuk. Minthogy 1936 óta a szegedi gyermekklinikán 8 bromoderma tuberosum esetet volt alkalmunk észlelni, úgy gondoljuk, érdemes megfigyeléseinkről röviden beszámolni.

Mind a 8 betegünk csecsemő volt, a legfiatalabb 4½, a legidősebb 14 hónapos. Ugyanezen idő alatt a gyermekek között csupán egy megbetegedést láttunk, de ez sem volt typusos bromoderma tuberosum, hanem inkább papuloulcerosus kiütés. Ez a kormegoszlás nem felel meg az általános tapasztalatnak, mely szerint a brómkiütések gyakorisága az életkorral növekednék *(Frola):* legritkább az újszülöttön (transplacentaris keletkezési mód, »veleszületett bromoderma«), elég ritka csecsemőkön, többnyire a brómot szedő anya teje útján vagy a közvetlenül bevett bróm hatására, gyakoribbá csak a csecsemőkoron túl válik.

A mi csecsemőink calcium bromatumot szedtek tetania, görcsös köhögés, izgalmi állapotok miatt. Megfigyeléseinkről a mellékelt ábrán adunk áttekintést. A gyógyszer szedésének időtartama s a bekebelezett gyógyszer mennyisége igen különböző volt. A szert a szokásos adagolásban adtuk, de egyesek a hosszú idő alatt így is tekintélyes mennyiséget kaptak. Hogy azonban nem az adagon múlik a dolog, jól láthatjuk 2. és 5. esetünkben, amikor csupán néhány napos gyógyszerszedésről volt szó. Igen különböző volt a gyógyszer szedésének megkezdése s a kiütés fellépése közt eltelt idő is (5—32 nap). 3. esetünkben a kiütés a gyógyszer szedése közben jelent meg, egy esetben a szer elhagyása utáni napon, 4 esetben csak jóval később (6, 7, 12, illetve 14 nap mulva). Különösen érdekes 5. esetünk, melyben mindössze 2 napig történt gyógyszeradás s 12 nap mulva kezdődött a bromoderma. Ez különben ismert jelenség épp úgy, mint az is, hogy a gyógyszer kihagyása ellenére is rosszabbodhat a kiütés. Az ok nyilvánvalóan abban van, hogy a bróm elhagyása után még hónapokig sem ürül ki teljesen a szervezetből.

A klinikai kép igen jellegzetes volt. Az arcon, a végtagok feszítő oldalán, a glutealis tájon s a genitáliák körül lencsényi-borsónyi éles határú, piros udvarral körülvett sárgásvörös göbök képződnek. Ezek az elemi göbök először pyodermás jelenségre emlékeztettek annál is inkább, mert egyik-másiknál az volt a benyomás, mintha a hám felső rétege hólyagfalszerűen le akarna emelődni. Csakhamar kiderült azonban, hogy szövetburjánzásról van szó, amely mind nagyobb mértékű lesz: babnyi, sőt diónyi nagyságot is elérhet, színe ekkor már sötétvörös vagy kékespiros, puhagumi tapintatú, szemölcsös felületű. Könnyen kifekélyesedik s ekkor barnás pörkökkel fedett. A tankönyvek, kézikönyvek a bromodermát mindig fájdalmasnak mondják, úgy spontán, mint érintésre. Mi erről nem tudtunk meggyőződni. Francia szerzők *(Spillmann, Watrin, Weis* és *Rosental)* ugyanezen a véleményen vannak. A hajas fejbőrön a mély trichophytiát utánzó formát, mint amilyent az irodalmi adatok alapján várni lehetett volna, egy ízben sem láttunk.

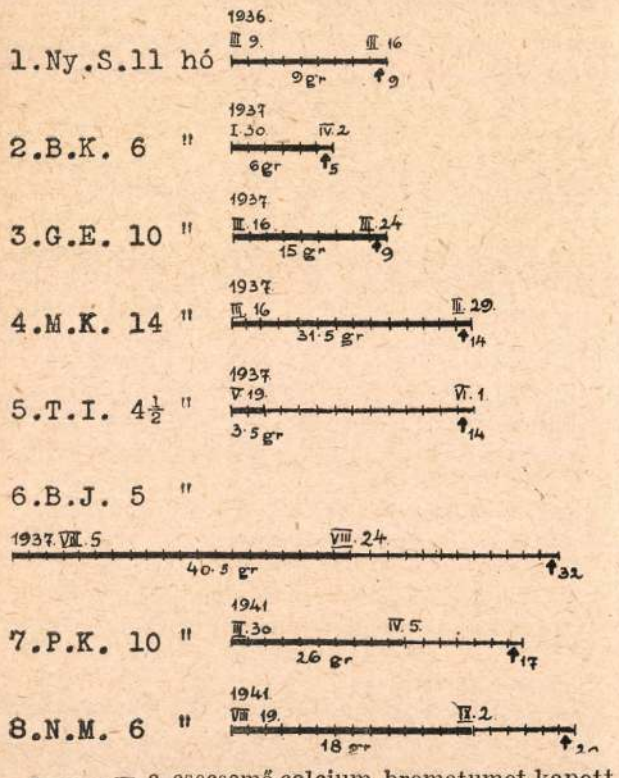
Érdekes, hogy 8 betegünk közül 6 exsudativ alkatú volt, mégpedig 3 ekzema seborrhoicumban szenvedett. Megfigyeltük, hogy az exsudativ bőrlaesio helyén különös előszeretettel lép fel a bromoderma. Hogy hegek, a bőrt ért trauma provokálólag hathat, arról olvashatunk az irodalomban, azt azonban sehol sem találtuk megjegyezve, hogy az exsudativ bőrjelenségnek ilyen praedisponáló szerepe lenne.

Több esetünkben a kimetszett csomót az egyetemi bőrklinika histológiailag is megvizsgálta.*) A kép jellegzetes: erős akantosis, a bőr hámja igen megvastagodott, helyenkint a mélybe burjánzik (Friedländer-szerű hámbur-

*) A vizsgálat elvégzéséért hálás köszönetet mondunk *Melczer Miklós* professzor úrnak, a klinika akkori vezetőjének.

jánzás), néha valóságos cystaszerű képződményeket alkot. Úgy a hám, mint az irha gömbsejtesen beszűrődött. Az epidermis betüremkedéséből kicsiny tályogok alakulhatnak.

A pathogenesisre nézve megfigyelésünk a következő. A régi s már elvetett *Leloir*- és *Vidal*-féle felfogást, hogy a bromoderma infectiosus eredetű, újabban *Haxthausen* és *Milian* ismét feleleventette, mondván, hogy a bróm gyengítvén a bőr ellenállását, előkészíti a talajt a gennykeltő coccusok számára. *Nobecourt* és *Babonnaix* Traité-jében azt olvassuk, hogy míg a bullosus bróm-exanthema inkább allergiás természetű, a »type végétant«, tehát a bromoderma tuberosum inkább infectiósus. Mi több ízben végeztünk bacteriológiai vizsgálatot a csomók belsejéből: mindig sterileknek találtuk őket. Ezzel szemben az allergiás eredetet kétségtelenül igazolni tudtuk. A scarificalt bőrre helyezett brómos tampon alatt egy órán belül erős gyulladásos reactio lépett fel a szélek felé elszórt papulákkal, sőt ilyen papulák sokszor scarificálás nélkül is provokálhatók brómtampon segítségével. A túlérzékenység átvitele sem tengerimalackísérletben (a passiv anaphylaxia mintájára) sem Praussnitz—Küstner kísérleti berendezésében nem sikerült. Két esetben összehasonlítottuk a csomó bróm tartalmát az ép bőrével (meghatározás Leipert és Watzlavek mikrometódusával). Azt várhatná ugyanis az ember, hogy talán a csomóban mintegy kondenzálva van a bróm. De nem volt különbség. Feltűnő volt azonban, hogy egyik esetünkben a csomónak úgy a zsír-, mint a cholesterintartalma csaknem tízszer akkora volt, mint a controll bőrdarabé. Hogy a lipoidháztartás tényleg zavart, mutatja egy másik esetünk, melyben a vérnek cholesterin- és cholesterinester-tartalmát találtuk határozottan emelkedettnek.



——— = a csecsemő calcium bromatumot kapott
——— = gyógyszerszedés nem történt
⅄ = a bronoderma fellépését; az alatta lévő szám a gyógyszer megkezdésétől a kiütés megjelenéséig eltelt napokat jelzi.

A bromoderma átlag 2—4 hét alatt gyógyult. Egyes esetekben hegek maradtak vissza. A gyógyulást intravenás konyhasó bevitellel lehet gyorsítani. A kórkép gyakorlati jelentősége főleg diagnostikai: felismerése nem mindig könnyű, különösen ha nem tudunk a bróm-medicatióról, vagy nem gondolunk reá. Az elkülönítő kórjelzés szempontjából elsősorban a dermatomykosisok (különösen a blastomykosis), továbbá a bőr lipoidosisa jön tekintetbe.

A budapesti Szent Rókus központi közkórház sebészeti osztályának közleménye. (Főorvos: Kubányi Endre.)

Hashártyahiány pótlása amnionnal.

Írta: *Kubányi Endre dr.*, egyet. rk. tanár.

A műtétek után visszamaradt bélösszenövések a hasüregi sebészetnek nemcsak legsúlyosabb, de egyúttal legnehezebben befolyásolható szövődményei. Nagyjában már ismeretesek azok az irányító tényezők, amelyek keletkezésükkor szereppel bírnak; exogen és endogen erők ezek, amelyek a hashártya finom fedősejtjeinek colloidchemiai elváltozásait létrehozzák. Ha recapitulálni kívánjuk az erre vonatkozó ismereteinket, úgy azt következőképpen foglalhatjuk össze. *Wereschinski, Payr, Marchand, Clairmont* és sok más külföldi szerző, továbbá a Bakay-klinikáról *Király* az összenövések morphológiájának tanulmányozása folytán megállapították, hogy a hashártya azon részén, ahol inger vagy sérülés éri, ott gyulladás indul meg s ennek következtében a hashártyafelszínek összetapadnak. Ha a gyulladás súlyosabb természetű, akkor a fedőhám elpusztul, helyén exsudatio indul meg, amelyből fibrin válik ki és a fibrinrostok közé fibroblastok vándorolnak be. Ezzel már meg is indult a kötőszövettermelés s vele egyidőben a vascularisatió. A fenti szerzőkön kívül *Ladwig, Schönbauer, Hesse, Schnitzler* megállapították, hogy az összenövésekben erek, nyirokerek, sőt a bél muscularis rétegéből benőtt izomrostok, velőshüvely nélküli és velőshüvellyel bíró idegrostok is kimutathatók.

Az összenövések formái igen változatosak, lehetnek vékony, fonalszerű, vagy egészen vastag kötegek, továbbá különböző szélességű, sőt vitorlaszerű alakok is. Legsúlyosabb következ-

ményei a részleges vagy teljes leszorítás által előidézett sub-ileusos vagy teljes ileusos állapot.

Amennyire tisztázódott már az összenövések keletkezésének problémája, épp annyira tehetetlenül állunk megelőzés és gyógyítás klinikájának kérdésében. — A Deutsche Gesellschaft f. Chirurgie 1929-ben *Clairmont;* a Magyar Sebésztársaság 1939-ben *Matolay, Klimkó, Burger* referátumában vitatta meg a sebészt és a nőgyógyászt egyenlően nagymértékben érdeklő kérdéskomplexumot. A referatumok egyöntetűen szinte törvény erejével állítják elénk a megelőzés legfontosabb irányelveit, amely szerint az összenövések elkerülhetők, ha:

műtét alkalmával a lehető legkevesebb sérülésre törekszünk,

pontosan csillapítjuk a vérzést és a műtéti területet lehetőleg mindenhol hashártyával borítjuk.

Ezen sebésztechnikai követelményeken kívül a siker nagymértékben függ egy teljesen ismeretlen factortól és ez: a constitutio.

Clairmont szerint az astheniás és a lymphaticus egyének azok, amelyek összenövések keletkezésére különösen hajlamosak. És ezekre utal referátumában *Matolay*, aki szerint »az összenövésekkel terhelt betegek soha meg nem szűnő, minden kezeléssel dacoló panaszai már sok beteg és sebész életét keserítették meg«.

Az összenövések megakadályozására a legkülönbözőbb elgondolásokból indultak ki. A vezérelv mindenkor a bélfelszínek sikamlóssá tétele és a természetes bélmozgások biztosítása volt. Ezen törekvéseknek ma már csak történelmi jelentőségük van, mert sem a camphorolajnak *(Glinn, Hoehne)* vaselinnek, petrolnak, humanolnak, hasüregbe való befecskendezése eredménnyel nem járt, sőt azok a zsírok, amelyekhez chemikáliákat vegyítettek, még fokozták az összenövések létrejöttét. Egy másik irány abból a feltevésből indul ki, hogy az összenövések keletkezésének egyik oka lehet az is, hogy a betegben nem képződnek fibrinoldó fermentumok. Ezek pótlására Pregel pepsinoldatot, mások leucofermentint és más hasonló anyagokat ajánlottak. Meg kell még említenünk *Mayer* és *Feldmann* levegő befúvását javasolták. Mindezek a törekvések ma már a multé.

Szem előtt tartva a sebészkongresszusok és az általános klinikai gyakorlat irányelveit, abból az elgondolásból indultunk ki, hogy a hashártyahiányokat és az ebből eredő megismétlődő súlyos bélösszenövéseket azzal igyekezzünk kiküszöbölni, hogy a hashártyafosztott helyekre császármetszéskor nyert steril amnion lebenyeket ültessünk át. Jól ismeretesek azok a kitűnő eredmények, amelyeket Burger K. prof. 1937 óta hüvelyképzés terén amnionnal elért. Burger prof. több cikkében, legutóbb 1944. januárjában foglalta össze azon vezérelveket, amelyek az amnion-transplantatio sikerének biztosítására követendők. Tapasztalata szerint csakis akkor érhető el siker, ha:

császármetszés útján nyert burkot használunk fel, mégpedig oly császármetszésből származót, amely álló burok mellett történt.

A másik követelmény, hogy az amniont azonnal fel kell használni.

A harmadik pedig, hogy a legtökéletesebb asepsist kell szem előtt tartani.

Arravonatkozólag, hogy vajjon az átültetett amnion alakul-e át hámszövetté, vagy csak elősegíti a hám bekúszását, Burger prof. a kérdést nyitva hagyja. Szavai szerint ez a gyakorlat szempontjából másodrendűen fontos és a biológiába vágó tudományos részletkérdés.

Ezeknek előrebocsátása után vagyok bátor rátérni esetünknek rövid vázolására.

Cs. J. 45 éves, 6 hasi műtéten esett át. 1931-ben intézeten kívül gyomor perforatio miatt történt az első műtet; 1932-ben hasfaliséry ugyanezen a területen; 1933-ban hasfaliséry recidiva; 1941-ben összenövésekből származó bélelzáródás, amely műtét után vékonybélsipoly maradt vissza. Ezzel kapcsolatban az egész hasfalvarrat szétvált; az elsőnél sokkal nagyobb hasfalisérve támadt. 1943-ban a bélsipoly zárásának kísérlete, ami eredménytelennek mutatkozott. 1943 őszétől fogva állandó bélgörcsei, puffadtságérzése van, többször bélsarat hányt, ilyenkor gyomormosás, bérfürdők és magasbeöntések tudták csak bélpassage-ját rendezni. 1943 november 27-én (Prof. Kubányi) evipan narcosisban a Szent Rókus szülészeti műtőjében párhuzamosan végzett sectio caesarea (Dr. Szili Jenő). Sterilen vett amnionlemezkéket borítunk a hashártyafosztott területekre és oda, ahol a bélösszenövések lapszerint és szalagosan tartották szoros összenövésben a bélkacsokat. Egy helyen 30 cm hosszú vékonybélszakaszt, másut 2×15 cm hosszú bélkacsot borítottunk be így amnionnal. Az egyik ilyen amnion fedés azon a helyen történt, ahol előzőleg a bélsipolyjáratot felújítottuk és dohányzacskó varrattal két rétegben fedtük. Az amnionnak azon felületét használtuk fedésre, amely a placentáris oldalon volt és így kifelé az újszülött felé tekintő lemez került. Az amnionszéleket a hashártyafosztott részek széléhez, egymástól 2 cm távolságban finom béltűkkel és finom Cat-gut öltésekkel rögzítettük. Jellemzőnek tűnt fel műtét közben, hogy a peritoneumtól megfosztott úgynevezett kirágott bélkacsok az amnionfedés után, az ép peritoneumhoz teljesen hasonló fényezettséget mutattak és hogy a bélkacsok ezen a területen is szabadon elmozdultak egymás mellett.

A hasfalat rétegesen varrjuk, biztosításul négy drótvarratot helyezünk el.

Műtét után a harmadik napon hashajtás és ettől fogva teljes rendszeres bélürülés.

A vérkép a 6-ik napon 12.000 fehérvérsejtet mutatott. A 16-ik napon ez normálissá vált. A seb teljes primán gyógyult.

A beteg azóta kéthetenkint ellenőrző vizsgálaton jelentkezik. Hat hónap telt el a műtét óta, a seb végig per primam gyógyult, fonalgennyedés nélkül, a passage-ban semmiféle zavar nem következett be. A beteg hat kg-ot hízott. Mint tetőfedőmester Gyömrőn folytatja mesterségét.

A műtétek után visszamaradt összenövések kifejlődésének megakadályozására irányuló törekvésünk egy példájáról számoltunk be. Példánk hasonló, egészen kivételes selectált esetekben való megismétlésre bátorít bennünket. Keresni fogjuk az alkalmat, hogy a Budapesti Kir. Orvosegyesületben 1944. III. 3-án megtartott bemutatásunk későbbi tapasztalatairól az Orvosi Hetilap hasábjain újból beszámolhassunk.

A budapesti III. sebészeti klinika közleménye.

Lepényveséből eltávolított kő.

Irta: *Kovácsi László dr.* klinikai tanársegéd.

A lepényvese Gerard beosztása szerint az asymmetriás patkóvesék csoportjába tartozik. *Kermauer* megállapítása, mely szerint »a kis medencében nincsen patkóvese«, csak morphológiai megállapítás, mert a csaknem mindig a kis medencében vagy legalább is annak bejáratánál elhelyezkedő lepényvesék kórbonctanilag mégis a patkóvesék csoportjába tartoznak.

A lepényvese elhelyezkedése legtöbbször a promontórium előtt vagy a keresztcsonthajlatban, sőt a hólyag mögött is lehet, amikor méh- vagy sigmabél-daganattal tévesztik össze. A mi esetünkben részben a promontórium előtt helyezkedett el, nagyrésze azonban a baloldalon felterjedt egészen a harmadik ágyékcsigolya magasságáig. Lepényveséken a vesemedence rendszerint az erek előtt, tőlük ventralisan fekszik. Változatos számú és nagyságú erek mennek ilyenkor a veséhez, ezek sokszor az arteria iliacaból, a sacra mediaból, az arteria mesenterica inferiorból, sőt a hypogastricaból is erednek és műtétkor gyakran nehéz őket kikerülni. A Zuckerkandl-féle fascia mindig megtalálható, de zsíros tok alig van. Elülső oldalán a fali hashártya borítja és ezen belül ki van téve a hasi szervek nyomásának, s ez a vesemedencében vizeletpangást okozhat. Ehhez hozzájárul még a lepényvesék mozdíthatatlansága és erős rögzítettsége, amely mindenféle nyomás elől való kitérést megakadályoz.

A lepényvesék gyakorisága a legtöbb szerző szerint 0.1%-ra tehető: körülbelül ezer boncolásra egy lepényvese esik. Az urographia elterjedése óta gyakrabban találják, újabb amerikai szerzők (Gutierez) szerint egyet 500 pyelogramm között. Mindenesetre gondolni kell rá, ahol rögzített hasi daganatot tapintunk és minden gyanús esetben el kell végezni a pyelographiát, mely eldönti a kórismét. Rendkívül fontos, hogy biztos kórismézés után operáljunk, mert ez dönti el, hogy intraperitonealisan vagy extraperitonealisan hatoljunk-e be, amely utóbbi a beteget sokkal kevésbbé terheli meg.

A lepényvesék keletkezésében manapság külső és belső okokat különböztetünk meg. Külső okok volnának a medencében levő nagy térrendellenességek, amelyek természetszerűleg a vesék rendellenes elhelyezkedését vonnák maguk után. Ide sorolható a túlnagy és túlsoká fennálló ősvese, mint a vesék felfelevándorlását gátló tényező. Belső okok volnának az utóvesét alkotó ureterbimbó és metanephrogen szövet összenövésekor és vándorlásakor létrejövő rendellenességek. Gruber—Papez—Bonet szerint az ötödik—hetedik embryonalis héten igen közel kerülhet egymáshoz a két veseblasthema és ilyenkor van alkalom az összenövésre. Ilyenkor az aorta oszlása alatt és a két köldökütőér között foglalnak helyet a blasthemák és az aorta mintegy akadályt vethet a vesék felfelé vándorlásában és befelé csavarodásában. Az erek összefogják a két blasthemát, összenövésre kényszerítik és nem engedik, hogy az eredetileg medencei szervből hasüri szerv legyen. Felix és Schaffer vizsgálatai szerint korai embryókon az arteria mesenterica inferior akadályozta a vesék felfelévándorlását. Természetesen a veséknek a gerincoszlop és saját tengelyük körül való csavarodása is elmarad és gyakran van a vesemedence az elülső felszínen, amikoris alulról kifelé és lefelé irányul, mint a mi esetünkben is.

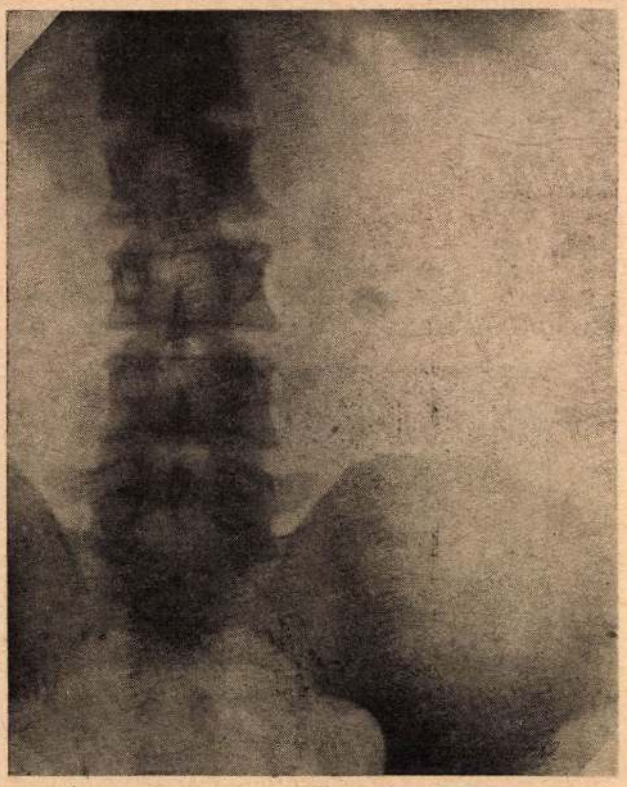
A lepényvesének legjelentősebb tulajdonsága a fentebb említett rögzítettsége és az a tény, hogy meglehetősen védtelen helyzetében mindennemű traumának ki van téve és azok elől nem tud kitérni. Az ureterek rendszerint előre domborodó ívben futnak a veseállomány előtt, könnyen keletkezik megtöretés és következményes pangás a vesemedencében, ez viszont kőképződésre vezet.

A mi esetünkben, ahol jellemző baloldali vesecolica volt, az üres felvételen látható kő nem mutatta a szerzők által leírt patkóvese és dystopiás vesemedencekő jellemzőnek tartott tulajdonságát, (mely szerint az vagy lefelé és befelé irányul, vagy pedig igen közel fekszik a gerincoszlophoz); csak a töltéses pyelographia határozta meg végleg a kórismét.

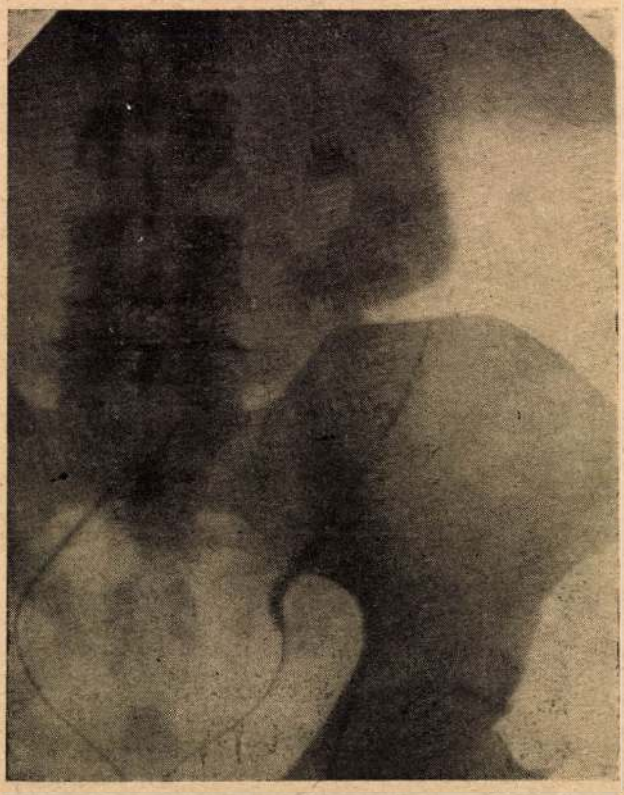
Bemutatásra érdemesnek tartott esetünk a következő volt:

J. I. 54 é. férfinek 5—6 év óta van deréktájú fájdalma, mely időnként baloldali vesejátéki görcsökké fokozódik. Vizelete néha vörhenyes, üledékében látóterenként 20—25 vörös vérsejt és 6—8 gennysejt látható. Tapintani a kövér has miatt semmit sem lehet. A hólyag ép, épek az ureterszájadékok is; a katheter mindkét oldalt könnyen felmegy, jobboldalon 18 cm-ig, baloldalon 26 cm-ig. Mindkettő jól vezet. Baloldalról szapora cseppekben ürül a vesemedence tartalma és ugyaninnen 18 kcm retentiós vizelet szívható le. Érbe adott indigocarmin mindkét oldalon 5 perc mulva jelentkezik és 7 perc mulva intenziv kék. Az elválasztott vizeletben a jobboldalon 1.04, a baloldalon 1.46 volt a fagyáspontcsökkenés. A jobboldali üledékben semmi kóros alkatrész nem volt kimutatható, a

baloldali üledékben látóterenként 8—10 gennysejt volt látható. Röntgenvizsgálat eredménye: egyszerű felvételen baloldalon a harmadik ágyéki csigolya haránt nyulványa magasságában zöldmogyorónyi kőárnyék látható. Töltéses pyelographia szerint a baloldali ureter erősen kifelé hajlik és közvetlenül a csipőtányér szélénél torkollik bele a kúpjával kifelé hajló tojásnyira tágult vesemedencébe. Az egyszerű felvételen látható kő a középső kehelyben foglal helyet. A jobboldali ureter széles ívben ugyancsak balfelé hajlott és középvonalban a keresztcsont előtt torkollik a szabálytalan alakú jobboldali vesemedencébe.



1. ábra.



2. ábra.

Feltárjuk ferde lumbalis metszésből a bal vesét helybeli érzéstelenítésben. (A műtétet végezte Babics magántanár.) A vese mélyen ül és amikor az alsó pólust próbáljuk kimozdítani, kitűnik, hogy ez nem lehetséges. Utánanézve kiderül, hogy az alsó pólus mintegy hüvelykujjnyi vastag és parenchymás isthmussal összefügg a másik vesével, amely a kis medencében a keresztcsont előtt foglal helyet. A bal vesemedence egyébként kifelé fordul, de a veseállomány-oldal felé annyira meghaladja a vesemedencét, hogy a vese szabaddátételére úgy fest, mintha a vese közepébe köldökszerűen nyúlna bele. Az egész vese lapos, szélesen elterülő. A tojásnyira kitágult vesemedencét megnyitva próbáljuk a követ ezen át elérni, de a kehelyszár olyan vékony, hogy azon át azt kiemelni nem sikerül. Most tűvel megkeressük a veseállományon át a követ és kis nephrotomiával a zöldmogyorónyi uratkövet kivesszük. A vesemedencéből egy szelvényt kivágunk és a nephrotomiás nyíláson át a vesén át csövet helyezünk be. A vesemedencét zárjuk és az egész vesét befelé forgatva rögzítjük. Ezután réteges sebzárás következik. A gyógyulás zavartalan; a nyolcadik napon eltávolítjuk a csövet, a 14. napon a beteg gyógyultan távozik; vizelete jelenleg is tiszta.

Az elmondottakból az tűnik ki, hogy kőképződésnek a helyi viszonyok okozta pangás lehetett az oka és ennek megszüntetésével okszerűen jártunk el s a lehetőségekhez képest elejét vettük a további kőképződésnek.

A dési m. kir. állami kórház gyermekosztályának közleménye.

A cephalhaematoma externum szokatlan szövődménye.

Írta: *Székely Ferenc dr.* főorvos.

A cephalhaematoma általában ártatlan szülési sérülés. Leggyakrabban I. szülötteken a jobb falcsont felett találjuk s csak elvétve a halánték-, homlok-, vagy nyakszirt-, illetve egyidejűleg több koponyacsont felett. A vérömleny felszívódása néha gyorsan, máskor lassan több hét alatt következik be. Gyógyulás után az érintett csonton vagy semmi vagy csekély megvastagodás észlelhető a periosteális felrakódás folytán. A cephalhaematoma szövődményei közül a legismertebbek: a) utóvérzés, mely az első hét közepe táján állhat elő, miáltal a hae-

matoma gyorsan naggyá lesz; b) cephalhaematoma internum, mely a koponyacsont egyidejűleg jelenlevő radiaer fissurája vagy csonttörése esetén állhat elő; c) mint legfontosabb: a haematoma elgennyedése, mely olykor látható sérülés nélkül is létrejön. E szövődmény lehetőségére gondolunk akkor, ha a cephalhaematoma az első héten túl teriméjében növekszik; gyulladásos jelenségek emellett hiányozhatnak. Veszélyesek azok a cephalhaematómák, melyek a haemorrhagiás diathesisnek részjelenségei.

Az alábbiakban a cephalhaematoma egészen szokatlan szövődményéről számolok be:

K. E. négyhónapos leánycsecsemő, első gyermek, szülési súlyát nem mérték, de jól fejlett volt. Fejtarásban, könnyű szüléssel született. Kb. egyhetes korban vették észre, hogy a tarkótájon duzzanata van, mely kéthetes korban tyúktojás nagyságot ért el. Anélkül, hogy valami gyulladásos jelenséget észleltek volna, a duzzanat öthetes korban kifakadt, abból meglehetősen sok genny ürült. Azóta, tehát csaknem három hónapja, csekély megszakítással állandóan ürül belőle kevés genny. Gyakran van furunculusa. Rendetlen időközökben szopik, emellett naponta egy deci tejet kapott kevés vízzel és cukorral 2—3 adagban. Étvágya jó. Széklete rendes. Apja állítólag gümőkóros, anyja egészséges. Lues a családban nincs.

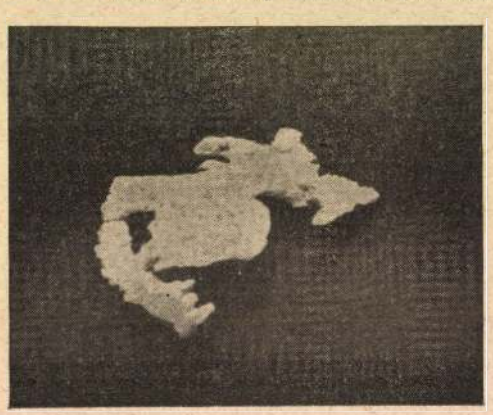
Felvételi lelet: Jól fejlett és táplált 6 kg-os csecsemő. Testhossza 65 cm, fejkerülete 42 cm, mellkerülete 39.5 cm. Nagykutacs három ujjbegynyi. A kiskutacs helyének megfelelően ujjbegynyi területen csontos alap nem tapintható, ezalatt egy harántujjal az occipitalis tájon a fejbőr kráterszerűen behúzott és az alaphoz rögzített. A kráter mélyén sipolynyílás van, melyen át savós-gennyes váladék szivárog. A sipolynyíláson át gombosszondával lecsupaszított érdes csontra jutunk.

A törzsön négy mogyorónyi kelés, szétszórtan testszerte számos kelésutáni heg. A nyak bőrredőiben és általában a hajlatokban intertriginosus elváltozás. A máj és a lép két harántujjal haladja meg a bordaívet, egyébként a belső szervek rendben vannak. Testhő: 36.3°.

Pirquet negativ. Wassermann, Kahn, Sachs Georgi negativ.

Az occipitalis tájon észlelt gennyedés keletkezésére már az előzmény adatai támpontot nyujtottak. Esetünkben a bevezetésben említett szövődmény 3. csoportjáról volt szó, az első élethét folyamán észlelt haematoma az első hét után növekedett. Ez Reuss szerint a cephalhaematoma elgennyedésére hívja fel a figyelmet. A sondázás alkalmával érdes csontot tapintottunk, ami gyanut kelt csontszequesterre. Az egész folyamatot tehát a következőkép reconstruáltuk: az első hét folyamán észlelt subperiosteális vérzéshez infectio társult, minek oka nem volt tisztázható. Lehetséges, hogy az akkori furunculusból vér úton jött létre. A periosteumától megfosztott része az occipitalis csontnak elhalt, s a gennyedést most már a sequester tartotta fenn. E nézetünket a koponya röntgenfelvétel, majd a műtét igazolta.

Röntgen: Oldalirányú felvételen az os occipitale felső részében a hátsó fontanella alatt kb. 3 cm hosszú, 2 mm vastag ívalakú csontárnyék látható, mely a koponyával nem függ össze s a nyakszirtcsont szintjétől kb. 1 mm-nyire emelkedik. Ezen a helyen a nyakszirtcsonton kb. 4 cm hosszú hiány látható. (Sántha dr.)



A műtétet V. 21-én *Bakay György dr.* főorvos végezte el, ki az ábrán eredeti nagyságában látható sequestert távolította el. A sequester a squama occipitalis tetemes részét magában foglalja, mégpedig azt egész vastagságában. Felső szélén jól kivehető a margo lamdoideus, a belső felszínen pedig a sulcus saggitalis egy része.

A műtéti seb 3 hét alatt gyógyult. Ekkor a beteget hazabocsátottuk. Ellenőrzésre IX. 28-án jelentkezett: az occipitalis tájon 3×3.5 cm szabálytalan alakú csonthiányos terület felett síráskor előboltosulás tapasztalható.

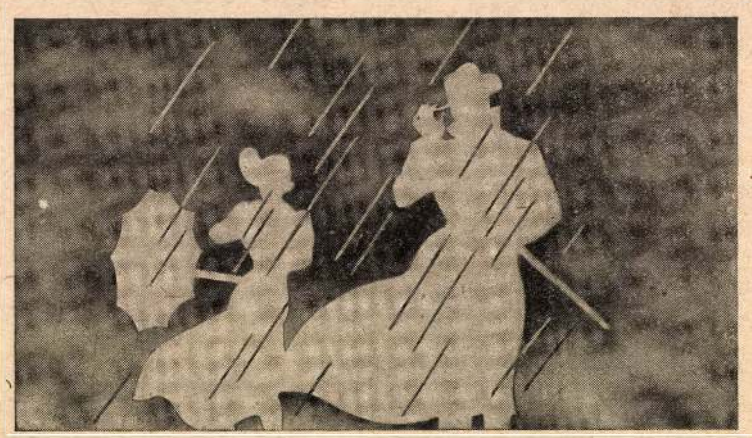
Összefoglalás: Subperiosteális vérzés következtében periosteumától megfosztott része a nyakszirtcsontnak sequestrálódott, mely hosszantartó gennyedést tartott fenn. A sequester műtéti eltávolítása után gyógyulás. A csonthiány később osteoplastikus műtéti megoldást igényel.

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

Anticolin
Gonoantin
Pertusantin
Staphyloantin
Streptoantin
Staphylo-streptoantin
Typhoantin

VACCINÁK
SEC. DR. DEÉR

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



Rossz időben, meghűléses betegségeknél, influenzánál

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

Salipyrin
az évtizedek óta bevált antipyreticum
és
Neohexal
a formaldehyd lehasadása által hatásos belső desinficiens

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

PHYLAXIA

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

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

Difteria anatoxin
Difteria anatoxin csapadék
a difteria megelőzésére
Schick-toxin
difteria elleni fogékonyság meghatározására

Dick-toxin
vörheny elleni védőoltáshoz
Szérumok:
Difteria, Orbánc Tetanus, Vérhas, Vörheny, Sepsis stb. ellen

B_1 vitamin, chinaösszalkaloida, arsen és strychnin tartalmánál fogva ideális étvágyjavító, hizlaló és roborans a

VITACHINA DRAGÉE

Gyártja és forgalomba hozza:
REX Gyógyszervegyészeti Gyár és Gyógyárukereskedelmi R. T.
BUDAPEST—DEBRECEN

CAPHOSEIN

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

az erjedéses dyspepsiák kiváló gyógyszere

Adagolás: 1 kávéskanál (5 gr.) Caphoseint $^1/_2$ deci teában felfőzünk, saccharinnal édesítjük és ebből minden szopás vagy etetés előtt 2—3 kávéskanálnyit, illetve szükség esetén többet fogyasztatunk.

Szabadon rendelhető az összes betegségbiztosító intézetek terhére.

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

DIPHEDAN-CHINOIN

diphenylhydantoin

nem kábító hatású ANTIEPILEPTICUM

25 tabletta á 0.10 gr.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

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

Alkálifogyasztás hatása az oxidatiós viszonyokra és a máj glykogenre a táplálkozás milyenségétől függően, a kettős szénsavas natrium és a fachingi víz példáján. *Bickel.* (Z. exper. Med. 113. k. 1. füzet.) Az alkali bevitel a szervezet oxydatiós viszonyaira nagy befolyással bír; az insulin felfedezése előtt a diabeticusokat gyakran kezelték alkaliás ivókúrával. Az alkali bevitelre beálló humoralis és oxydatív elváltozásokat laboratóriumi vizsgáló eljárásaink még nem tudják nyomon követni. Fehér patkányon végzett kisérletekben az állatok felét főleg kaseinnel, másik felét burgonyával táplálták. Ezeken a csoportokon belül az állatok fele vízvezetéki vizet, fele fachingi vizet kapott. 9 nap mulva meghatározta a máj-glykogent. A casein-csoportban a fachingi víz hatására a máj glykogen 3139%-ról 1884%-ra csökkent, a burgonya csoportban 6164%-ról 8579%-ra emelkedett. A látszólag ellentétes eredmény azonban azt mutatja, hogy a fachingi víz potentiálja a táplálkozás glykogenolysist, illetve glykogenogenesist előidéző hatását. Az első táplálkozás megfelel a sportolók húsban dús étrendi célkitűzésének, míg a második a szénhydrát dús növénytáplálkozás sajátságainak. Néhány emberkisérletben casein diéta mellett fachingi vízre a testsúly csökkent, a nitrogen egyensúly negativ lett, míg a burgonya diéta mellett oxydatiót gátló reactiót észlelnek. (B. 7.)

Kuchárik József dr.

Kisérleti vizsgálatok a cratageus oxycantha (galagonya) hatásáról a szív dinamikájára és átáramoltatására. *Schimmert G.* (Z. exper. Med. 113. k.) A galagonya hatóanyaga nincs tisztán előállítva. Találtak benne savtermészetű, lakton, illetve flavon vegyületeket is. A falvonok a szívre digitalishoz hasonló hatást fejtenek ki, a a vérnyomást süllyesztik (Armentano és Jeney). Assmann coronaria sklerosis, illetve hypertonia okozta decompensatióban jó hatást látott a galagonya kivonattól de messze elmaradt a digitalistól. Ritter idősebb korúak hypertoniájában és kisfokú decompensatiojában látott jó hatást, angina pectorisban javul a coronaria keringés. Mattausch 120 betegén magas vérnyomásúaknál annak csökkenését, az alacsony vérnyomásúaknál annak emelkedését látta, stenocardiás rohamokat szüntetett. Schimmert Rein-féle órával vizsgálta a jobb vagy bal coronaria átáramoltatást, azután intrathoracalisan a vena cava inferior, illetve art. femoralis átáramoltatást, a jobb pitvarban a venás nyomást. A coronaria átáramlás javult, a vérnyomás keveset süllyedt, a szívbe érkező vérmennyiség nőtt, a verőtérfogat növekedett. Nagy adagokra a vérnyomás süllyedt, a szív gyengülését jelezte a pitvarnyomás emelkedése, de a coronaria átáramlás ekkor is emelkedett, extrasystoles arythmia lépett fel. A kisérletesen hypophysinnel okozott coronaria szükületet szintén oldani tudja. A galagonya kivonatok indicatioja tehát a coronariák szükülete, öregkori hypertonia, kezdődő szív insufficientia. (B. 8.)

Kuchárik József dr.

Logal

1 tabletta tartalmaz: 0·28 g. Acid. acet. sal., 0·013 g. Chin. citr., 0·04 g. Li. citr.

Kipróbált szer, általmatlan a gyomorra és a szívre

Antineuralgicum
Antipyreticum
Antirheumaticum
Analgeticum

Mintával és magyar szakirodalommal szolgál

Dr. FILO JÁNOS
„Szent Keresztély" gyógyszertára
Budapest, VIII., Mátyás-tér 3. szám

Új! Sclerocholin
hatásos vérkeringési spasmolyticum (enzymálló jód-cholin vegyület) az edényszükületek és ezek következményei, valamint érelmeszesedési folyamatok kezelésére.
60 tabl. P 4.80 5 amp. P 2.20
Dr. Blanc Béla, Bpest, V. Ferenc József tér 5/6.

DERMASEPT KENŐCS sec ZOMBORY
15, 30, 50 g-os csomagolásban
INDICATIO: Ekzema, pyodermia, excoriatio, impetigó, dyshydrosis furunkulosis, sycosis, folliculitis, hydradenitis, renyhény gyógyuló és gyulladásos sebek, alszárfekélyek, égés, fagyás- és minden fertőzött friss sérülés.
Az összes fővárosi közkórházakban, OTI, MABI, MÁV, Magyar Hajózás B. B. I., M. Kir. Dohányjöv. B. B. I., M. kir. Posta B. B. I. Székesfővárosi Alkalmazottak Segitő alapja, a Honvédségnél és az összes fegyintézeteknél is szabadon rendelhető

SEDYLETTA tabletta 30×0·015 gr
Általános hatású psychikus megnyugtató, kitünő spasmolitikum | Szabadon rendelhető: OTI, MABI, MÁV, Székesfőv. S. A., DOBBI | Podmaniczky-gyógyszertár Budapest, VI.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

A pleuraempyema konzervatív kezelési módja gyermekkorban. *Laun.* (Zschr. Kh. 64. 1. 1943.) A szerző által ajánlott eljárás sulfonamid és rövidhullám therapia combinatiója. A lázas szakban testsúlykilogrammonként és naponként 0.20 g Cibazolt vagy Eubasint ad, első nap intravénásan, majd per os 4 napig. E kúra ismétlése időközönként, míg láztalanságot nem ér el. Néhány láztalan nap után naponta 10—12 napig rövidhullámbesugárzás a beteg mellkasfélre (6 m-es hullám 3—5 percig). 8—10 napos szünet után a besugárzás-sorozat ismétlése. E módszerrel 3 esetet sikerült maradék nélkül gyógyítani. (K. 13.)

Sass-Kortsák Endre dr.

Mandulaoperatióval kapcsolatos malignus diphtheriaesetek. *(Bonel).* (Arch. Kh. 127. 3.) Összefoglalja a mandulaoperatióval kapcsolatban fellépő diphtheria irodalmát, azután négy kórtörténetet közöl. Ezek közül két gyermek adenotomia után négy nappal betegedett meg malignus diphtheriában s mindkettő exitált. A harmadik kórtörténetben egy 19 éves vöröskeresztes növér kórlefolyását közli, aki az orr, majd torokmandulakivétel után két héttel a klinikán munkába állt, amikor a második számú beteg ott feküdt. Malignus diphtheriát kapott öt nap mulva s exitált. A negyedik gyermek a torokmondulakivétel utáni napon scarlatinával kapcsolatos malignus diphtheriában betegedett meg. Meggyógyult. Megjegyzendő, hogy mind a négy diphtheria-megbetegedés két héten belül történt. Lehetséges, hogy 1. a három gyermek diphtheria-incubatióban volt, 2. bacillusgazda volt, 3. fertőződött az operatio után. Azt ajánlja, hogy a mandulaműtét előtt diphtheria szempontjából vizsgáljuk ki a gyermekeket s a bacillusgazdákat előbb activ immunisatióban részesítsük. (K. 11.)

Czigány Flóris dr.

Aplona *a polytrop antidiarrhoikum és egyben diäta*

Csomagolás: üveg 50 — és 100 g. tartalommal

RHENANIA Kali-Chemie A.G. „Rhenania" gyógyszervegyészeti osztálya Berlin

Magyarországi képviselet: Wack Keresztély, Budapest IX. 8.

Makacs hasmenésnél, enteritisnél és colitisnél, valamint dysenteriánál frappáns hatású:

SULFOGUANIL

tabletta

Adagolás: *csecsemőknek 1, gyermekeknek 1—2, felnőtteknek 3—4 tablettát adunk négyóránként, éjjel is, a székletek számának csökkenéséig*

DR. WANDER GYÓGYSZER ÉS TÁPSZERGYÁR R. T. BUDAPEST

A SZERVEZET ALKALIZÁLÁSÁRA
»EUGASTRIN« „CERTA“ AZ ALKALIZÁLÁS CSÖKKENTI AZ INSULIN SZÜKSÉGLETET

KÖNYVISMERTETÉS

Lehrbuch der Geburtshilfe, *von. Prof. H. Martius.* Leipzig 1943.

Alig néhány éve jelent meg *Martiusnak*, a kiváló göttingeni női klinikai igazgatónak szülészeti és nőgyógyászati műtéttana, melyek újabb kiadásukban is hamar elfogytak a könyvpiacon. Ujabb szülészeti tankönyvének nagy részét maga a szerző, néhány fejezetét pedig tanítványai: *Bickenbach* és *Nordmeyer* írták, híven megmaradván kiváló mesterük felfogása mellett. Most megjelent könyve a szülészeti propedeuticát és a fiziológus részt külön kötetben öleli fel. A rövid időn belül megjelenő II. rész pedig a szülészeti pathológiát fogja tartalmazni. Ezzel teljessé is válik a nagytapasztalatú klinikus-tanárnak tudományos működése és annak gyümölcse!

Könyvének első részében a nemiszervek anatómiáját és élettanát könnyen érthetően foglalja össze, mindenütt hangsúlyozván az alapismeretek nagy fontosságát. Az élettani szülészeti részt öt fejezetben tárgyalja: a terhesség, szülés, ikerterhesség és ikerszülés, továbbá a gyermekágy és szoptatásnak fejezetei alatt. Az újszülött élettanát a legutóbbi felfogásoknak megfelelően tárja elénk, végül röviden összefoglalja a terhes nő életrendszabályait, dietetikáját. Az I. fejezet a nemiszervek anatómiáját és szövettanát tárgyalja részletesen. Kitér a petefészek működésére, a menstruációs cyclusnak az ovulatióval összefüggő változásaira, további a peteszolgáltatás, fogamzás, megtermékenyített pete beágyazódásának történéseire. Nagy élvezettel olvashatjuk a magzat biológiáját, a női szervezetnek a terhesség okozta átalakulásait és elváltozásait. Értékes rész a terhességi vizsgálatok és a terhesség kórismézéséről írt fejezet, melynek különösen nagy gyakorlati jelentősége van. Könyvének II. fejezetében a szülés mechanismusát, a rendes szülés lefolyását és annak vezetését tárgyalja. Mindezekről nagy gyakorlati érzékkel ír. Nagyszámú, jól sikerült és művészi ábrákkal teszi szemléltetőbbé és érthetőbbé a szülészetnek ezen fontos alapismereteit. A III—IV. fejezet az ikerterhesség diagnózisával és az ikerszülés vátlozatos lefolyásával foglalkozik. A gyermekágy élettanát, a gyermekágyas ápolását nagy gyakorlati érzékkel tárgyalja. Ugyanezen fejezetben ír az emlőmirigy felépítéséről, működéséről, a lactatiónak az újszülöttre való nagy és jelentős kihatásairól. Az utolsó fejezetben (V.) az újszülött élettanát ismerteti, különösen hangsúlyozva a táplálásnak és ápolásnak nagy gyakorlati fontosságait. Külön fejezetet szán a szülők és újszülött vércsoportjának szerepére, törvényszéki jelentőségére, megfelelően a kérdés mai állásának.

Ha összefoglaljuk az elmondottakat és ha újból átlapozzuk a könyvet, megállapíthatjuk, hogy *Martius* professzor könyve méltán sorolható a legjobb német szülészeti tankönyvek közé. A könyvnek könnyen áttekinthető beosztása, világos és érthető nyelvezete csak dícsérik a kiváló szülésznek nagy és értékes tapasztalatok alapján leszűrt útmutatásait és jótanácsait. Bár könyve a háború ötödik évében jelent meg, nagyszerű kiállításban, kiváló papíron, a *Martius*-könyveket jellemző szép nyomással, nagyszámú egy- és többszínü művészi ábrával bír. Cselekmény, élet, mozgás van az ábrák között! Egyaránt ajánljuk a szülészettel foglalkozó gyakorlóorvosnak és a szakorvos számára, de nagy hasznát veszi tanulmányaiban a szigorlatra készülő orvostanhallgató is. (Ára: a rövid időn belül megjelenő pathológiás résszel együtt [II. kötet] fűzve 48.—, kötve 57.— Rm.). *v. Páll Gábor*

„A“ VITAMIN TERÁPIA
APROVIT olaj
10 g.-OS ÜVEG 0·06 g. β-CAROTIN
— 100.000 N. E. „A“ VITAMIN
Diachemia
BUDAPEST VI. TEREZ KÖRÚT

TROPARIN-COMBINATUM-CHINOIN
fokozott hatásu görcsoldó és megnyugtatószer
Mindennemü simaizomgörcs megelőzésére és kezelésére
20 tabletta

Orvoshiány és szolgálat.

A jelenlegi orvoshiánynak három oka van: a területgyarapodás, a háború és a III. zsidótörvény. A tény kétségtelen; azt nagy mértékben fokozza a közegészségügy és társadalombiztosítás fejlődése. Az is világos, hogy az orvoshiány a háború végéig fokozódni fog, akkor a leszerelt orvosok enyhítik. De a mezőgazdasági betegségi biztosítás olyan megszervezése, amely az OTI képére és hasonlatosságára — tehát az 1927:XXI. tc. szellemében — történnék, a csökkenő számú orvosi kar számára az egész szolgálat minden ágának (ügykezelés, gyógyítás, egészségvédelem; — kórházi, pénztári és magángyakorlat; — oktató, nevelő és tudományos munka) ellátását lehetetlenné tenné.

Mikor a szegedi és az Országos Orvosi Kamara a közegészségügy ellátását zsidó orvosok nélkül is lehetségesnek mondotta ennek előfeltételeként gyökeres reformokat kívánt: 1. orvosi impérium, 2. a közegészségügy és a társadalombiztosítás egységesítése, 3. az orvosszociális kérdések rendezése, 4. az orvosok egyenletes területi elosztása, amit magam a körzeti rendszer minden téren való keresztülvitelének mondok (gyógyító, egészségvédelmi, szakorvosi, kórházi, szanatóriumi, fürdő és üdülőhelyi körzetek felállítása és orvosokkal való betelepítése). A tárgyilagos kritika, amely a kamara iránti önkéntes és köteles tiszteletet nem érinti, ezt a négy, feltétlenül helyes és időszerű pontot csupán programmnak minősítheti. Még pedig olyannak, amely csupán a legfelsőbb politikai vezetés erejével és belátásával, megnyerésével valósítható meg. Ahhoz tehát az egész magyar orvosi rend megértése lelkesedése és munkája szükséges, — de nem elegendő — és még a legkedvezőbb döntés esetén is a végrehajtás időt kíván, új orvosi szellemet, amely csak kevesekben él teljes erővel és tisztasággal. Ezen ne csodálkozzunk, mert a legutóbbi időkig sem a magyar középiskola, sem az orvosképzés nem állott a magyarság, a szociális szellem, a közérdek szolgálatában, hanem az általános műveltséget és a tudományt kívánta szolgálni a liberalizmus és nemzetköziség szellemében.

A megszaporodott munka viszont a nyakunkon van, azt naponta, esetenkint el kell intéznünk és halasztás nem lehetséges. Itt tehát olyan intézkedésekre van szükség, amelyek rögtön megvalósíthatók és csupán kiadást igényelnek, mert lehetőségeik a jelenben rendelkezésre állnak. Ezeket három csoportba soroljuk: 1. a segédszemélyzet kérdése, 2. a sürgősség rendezése, 3. az orvosi fuvarkérdés.

1. *A segédszemélyzet ügye* a női honvédelmi munkaszolgálat, a női leventeség, az elsősegélynyujtási, házi betegápolási és csecsemőgondozási tanfolyamok révén módot ad olyan testileg, szellemileg és erkölcsileg megfelelő nők munkábaállítására, akik az orvosnak értékes és hasznos segítséget nyujthatnak, a nekik kiosztott munkakörben elméletileg és gyakorlatilag továbbképezhetők.

2. *A sürgősség kérdése* az alkalmazott, általános gyakorlatot folytató, főleg pénztári és szegénybetegeket ellátó orvosok rákfenéje. Az az orvos, akinek csak kötelességei vannak, jogai nincsenek, minden felelőtlen és jogosulatlan igény kielégítésére köteles a magát betegnek mondó jelentkezők szeszélyeinek munkaidejére, az időpontra és időjárásra való tekintet nélkül védtelenül ki van szolgáltatva, az orvoshiány arányában kerül erejét meghaladó, egészségét veszélyeztető, megoldhatatlan feladatok elé. Őszintén meg kell mondani, hogy azok, akik a humanizmus ürügyével az orvost mindenkinek korlátlanul kiszolgáltatták, annak rovására maguknak akartak érdemeket szerezni. A nagyközönség előtt a szociális kérdés ismeretlen. Ők a kizsákmányolás liberális elve alapján állanak és követeléseikben mértéktelenek ott, ahol ezt ingyen, felelősségrevonás veszélye nélkül tehetik. Az egészségügyi téren általános tájékozatlanság, az ideggyengeség, hypochondria, hysteria, a közönség általános fegyelmezetlensége az oka annak, hogy a lakásra kiszállás, a sürgős és éjszakai látogatás, a kórházbaszállítás megtagadása és az arra nem való betegek lakásukon kezelésének követelése a megfogyatkozott orvosokat agyonhajszolja, főleg ott, ahol a legkényelmesebb rendszer, a telefonhívás áll rendelkezésre. Az e téren felburjánzott visszaéléseknek semmi gátja, ellenszere nincs, pedig az orvos munkaidejének célszerű beosztása és kihasználása érdekében erre égető szükség volna, elsősorban városokban és nagyközségekben.

3. *Az orvosi fuvarozás* terén a viszonyok ugyancsak áldatlanok. Etéren az első nagy baj ott van, hogy az orvosok többségének természetbeni fuvar vagy a szolgálat által megkívánt benzinmennyiség nem áll rendelkezésére. A második az, hogy falun éjjel vagy dologidőben akinek nincs fuvarja, az nem kap. Tehát sem az orvos, sem a beteg. Ezért a sürgősség és vaklárma az orvost időrabló és nyaktörő utak megtételére kényszerítik, főleg elsötétítés alatt és rossz időben, amikor a beteg kényelmében vagy félelmében akkor sem hajlandó az orvost felkeresni, ha arra állapota egyébként képessé tenné. A nappal állandóan elfoglalt és éjjeli pihenésében állandóan, sőt egy éjjel ismételten megzavart és egyetlen kihívással is órákat elvesztő orvos tartósan nem bírja ezt és tőle megfelelő nyugalmat, összpontosítást, frisseséget kívánó minőségi munkát elvárni nem lehet. Arról nem is szólunk, hogy az orvosnak is lehet családja, amelynek ellátása, nevelése, megnyugtatása a mai zavaros, nehéz időkben szintén kötelessége, amelynek háttérbeszorítását csak súlyos betegség tenné indokolttá, illetve megkívánhatóvá.

Ott, ahol több orvos volt, a sürgős esetek és éjjeli szolgálat ellátássa, a hétvégi pihenő, a szabadidő biztosítása a kölcsönösség alapján

megszervezhető volt. Ahol gyógyintézet van ügyeletes orvosi szolgálattal, a sürgős ellátást igénylő esetek oda irányíthatók. Ahol mentőegyesület működik, a szállítás kérdése megoldható. De ahol ez mind hiányzik, gyógyintézet nincs, egyetlen orvos van, (illetve maradt) nagy lélekszám és nagy körzet esetén a helyzet igen súlyos és sürgős orvoslásra szorul.

A megoldás bőséges tapasztalat szerint csak az *anyagi fék* alkalmazásától várható. Eszerint sürgősen olyan rendelkezés kiadására van szükség, amely minden orvosi kiszállást megfizettet pénztári és szegény beteggel is, mégpedig a mai napszámkereteknek megfelelő árakon. (A mai munkalehetőségek mellett szegénybeteg egyébként nincs, csak olyan parazita, aki támogatás helyett munkatáborra szorul.) Mert a vármegyei szabályrendeletekben megállapított rendelési és látogatási díjak 60%-kal felemelt összege ennek a célnak nem felelhet meg, hiszen értékben a békebelinek tizede. Hasonlóképpen kell megfizettetni az orvosi rendelőkben a megszabott rendelési időn túl minden igénybevételt, mert ez teszi a folyamatos és beosztott munkát lehetetlenné, ami főleg ott hiba, ahol az orvosnak több, távol fekvő rendelést kell ellátni.

A második fontos követelmény a *betegszállítás megszervezése* soros fuvaros kijelölésével addig, amíg megfelelő mentőkocsi beszerezhető nem lesz. Ezzel kapcsolatban arra van szükség, hogy a betegeket szállítsák az orvos rendelőjébe, ami idő- és fuvarmegtakarítást jelent, a beteg jobb, gyorsabb ellátását teszi lehetővé, tehát az orvos és beteg jólfelfogott közös érdeke. Mindez elsősorban a falura vonatkozik, amelynek helyzete a háború előtt is a legkedvezőtlenebb volt orvosi vonatkozásban.

A leírt rendszer az orvosi munka célszerűsítésének egyik módja, aminek szüksége az orvosi létszám csökkenésével s az orvosi munka háborús fokozódása arányában növekszik. Minden józan és becsületes embernek be kell látnia, hogy jogok osztogatásával és adminisztratív intézkedésekkel a közegészségügyi szolgálat tárgyi, anyagi és személyi nehézségeit megoldani nem lehet. A bajok pedig enélkül nemcsak a belső front egységére és termelésére hatnak kedvezőtlenül, hanem az ország jövőjére is.

Zemplényi Imre dr.

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

VEGYES HIREK

Hősi halott orvosok. *Borgói (Böhm)* Sándor orvos őrnagy május hó 6-án hősi halált halt. *Bakonyi* István dr. tart. orvos zászlós, egyik fertőtlenítő és fürdőállomás vezetője, szolgálatteljesítés közben szerzett fertőző betegségben hősi halált halt. Emlékük kegyelettel őrizzük!

Halálozás. *Dax Albert dr.* életének 67-ik évében Balatonkenesén elhúnyt.

Kitüntetett honvédorvosok. A Kormányzó Úr Ő Főméltósága az alant felsorolt orvosoknak a Szovjet elleni hadműveletek alkalmából adományozta:

A Magyar Érdemrend Lovagkeresztjét hadi szalagon a kardokkal: a hősi halált halt *Tátcz* Béla dr. tart. orvos zászlósnak, az ellenség előtt tanusított kiválóan vitéz és önfeláldozó magatartásáért. *A Magyar Érdemrend Lovagkeresztjét a hadiszalagon:* a hősi halált halt *Puskás* Imre dr. orvos zászlósnak, a hadműveletek során az ellenség előtt tanusított önfeláldozó magatartásáért. *Baán* Árpád dr. orvos alezredesnek, az ellenség előtt teljesített kitünő solgálatáért. *A Magyar Vörös Kereszt Érdemkeresatjét a hadiékitménnyel: Szeremley* Gyula dr. és *Mezey* József dr. orvos századosok. *A Magyar Vörös Kereszt Érdemérmét a hadiékítménnyel: Gosztola* Béla dr. tart. orvos főhadnagy, *Varga* Endre dr., *Lipner* Pál dr., *Zsigmond* Zoltán dr., *Molnár* János dr. tart. orvos hadnagyok és *Tardos* László dr. tart. orvos zászlósnak, a Szovjet elleni hadműveletek alkalmával az egészségügyi szolgálat terén az ellenség előtt kifejtett kiválóan eredményes működésükért. *A német Sasrend Érdemkereszt III. fokozatát a kardokkal: Bodócsi* Endre dr. tart. orvos zászlós. *Dicsérő elismerés a hadiszalag és kardok egyidejű adományozása mellett: Bezerényi* Dezső dr. orvos százados, *Simon* Sándor dr. tart. orvos zászlós, *Darvas* Nándor dr. tart. orvos főhadnagy, *Vetró* János dr. tart. orvos főhadnagy. *Dicsérő elismerés a hadiszalag egyidejű adományozása mellett: Inovay* János dr. orvos alezredes, *Sükösd* Mihály dr. orvos őrnagy, *Ajnay* János dr. orvos százados, *Sütyi* Károly dr. orvos százados, *Varga* Károly dr. orvos százados, *Szabó* Vilmos dr. orvos százados, *Szobonya* Miklós dr. orvos százados, *Rétháti* Miklós dr. tart. orvos főhadnagy, *Kopár* Károly dr. orvos főhadnagy, *Jákli* dr. orvos hadnagy, *Gerencsér* Nándor dr. tart. orvos hadnagy, *Szücs* László dr. tart. orvos zászlós, *Halmai* Zoltán dr. tart. orvos zászlós, *Pásztori* József dr. karp. őrmester, c. orvos zászlós, az ellenség előtt teljesített kitünő szolgálataikért.

A m. kir. honvéd vezérkar főnöke, a Szovjet elleni hadműveletek alkalmával teljesített kitünő szolgáataikért, *okirati dicsérő elismerésben részesítette: vitéz Vass Andrási* János dr. tart. orvos hadnagy, *Kovács* Endre dr. szkv. orvos százados, *Endrei Ariszlid* dr. orvos alezredes, *Heinrich* Lajos dr. és *Urbányi* Béla dr. tart. orvos zászlósokat.

Orvosi könyvtermelésünk Budapesten 1941. és 1942. években. Budapest székesfővárosban 1941-ben összesen 7209, 1942-ben 9481 mű jelent meg a könyvpiacon. A szépiroldalom részesedése az előbbi esztendőben 29.2%-ot (2109 drb.), az utóbbi 22.2%-ot (2105 drb.) tett ki. Örvendetes eredmény, hogy a szépirodalom után a második helyen az orvostudomány és közegészségügy tárgykörébe vágó művek következnek: 1941-ben 716 drb (9.9%), 1942-ben 976 drb (10.3%) volt a megjelent és ide tartozó munkák száma, illetve részesedési aránya. Az orvostudomány és közegészségügy után a harmadik helyet 1941-ben a tankönyvek (9.9%), 1942-ben pedig az ipar, forgalom és kereskedelem körébe vágó szakmunkák (10.1%) foglalták el. Terjedelem tekintetében az orvosi és közegészségügyi szakmunkák messze maradnak más tárgykörök keretébe vágó könyvek mögött. Egy-egy orvostudományi és közegészségügyi szakmunka átlagos lapszáma 1941-ben és 1942-ben egyaránt mindössze 38 volt, szemben a jogi és közigazgatási könyvek, a hadügyi, nyelvészeti, irodalmi és szépirodalmi művek 130—200-as átlagos lapszámával szemben. (Statisztikai Értesítő 1944. 12.)

A Magyar Tudományos Akadémia III. osztályának május 22-i ülésén *Orsós* Ferenc professzor két előadást tart »A peritonitises béltágulás geometriai szemlélete« és »A méh hüvelyi részének morfológiájához« címen.

Betöltendő orvosi állások. A szombathelyi közkórházban egy sebészi és egy kórboncnok-laboratórium vezető osztályos főorvosi állás. Pályázati határidő június 24.

A frontátvonulások áttekintése 1944 február második feléről. A február 16—29. közötti kéthetes időszak frontális szempontból igen kivételes volt, mert a betörési frontokból (amelyek normálisan igen nagy számban szoktak fellépni) ezúttal igen kevés érkezett. Bekövetkezett az a ritka eset, hogy a felsiklási frontok száma a kétheses időszakban meghaladta a betörési frontokét: a frontjegyzék 7 betörési fronttal szemben 9 felsiklási frontot tart nyilván. A betörési frontokból 5 gyönge és 2 mérsékelt fejlettségű volt, ellenben a felsiklásokból 4 esik a mérsékelt és 1 az erős fejlettségű csoportba. A felsiklási frontok eszerint fejlettség szempontjából is túlszárnyalták a betörési frontokat.

A budapesti frontátvonulások részletes történetéből kiemelendő a február 17. estétől 22. reggelig terjedő rendkívül hosszú frontmentes időszak, valamint a hónap utolsó napjának estéjén átvonult erősen fejlett felsiklási front.

Aujeszky dr.

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

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTÁN
A szerkesztő kedden és pénteken 12 és 1 óra között fogad.

LAXOPTIN Ideális, enyhe hatású hashajtó. Éveken át jó eredménnyel szedhető
Laikus propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra
„NAGY KRISTÓF" gyógyszertár, IV., Váci-utca 1

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

88. évfolyam. 24. szám. Budapest, 1944. június 10.

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:

Kese György: Méhenkívüli teherbejutás tüsző-hormonkezelés után. (279—281. oldal.)

Gróf Pál és Schmelz Dezső: A vér histamin-szintje és a reticuloendothel működése III. fokban fagyottakban. (181—283. oldal.)

Horváth Boldizsár: Ikerösszeakadás ritka alakja. (283—284 .oldal.)

Melléklet. Az orvosi gyakorlatok kérdései. (45—48. oldal.)

Irodalmi szemle. (287. oldal.)

Könyvismertetés. (287. oldal.)

Sereghy Emil: Megjegyzés Cselényi Gy. és Sándor I. Csigolyahaemangioma c. cikkére. (288. oldal.)

Lapszemle. — Vegyeshirek. (288. oldal.)

SYMPATOL

A SZÍV ÉS VÉRKERINGÉS GYÓGYSZERE.

Indikációk:

Az erek hypotóniával párosult tónuscsökkenése:

Rekonvalescentia – Hypotónia – Terhesség – Öregkori panaszok

Általános keringési gyengeség:

Influenza – Diphtéria – Tuberculosis – Typhus – Pneumonia

Súlyos kollapsus:

Műtétek – Szülések – Vérveszteség – Shok

Tudományos osztálya,
Budapest, VII.
Károly király út 13-15.

Forgalomban:
Ampullák à 0·06 g
és 10%-os liquidum.

88. évfolyam. 24. szám. Budapest, 1944. június 10.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

A kolozsvári m. kir. Ferenc József Tudományegyetem szülészet-nőgyógyászati klinikájának közleménye. (Igazgató: vitéz Páll Gábor ny. r. tanár.)

Méhenkívüli teherbejutás tüszőhormonkezelés után.

Írta: *Kese György dr.*, tanársegéd.

A méhenkívüli terhesség — irodalmi adatok alapján is — mindgyakrabban fordul elő. E tény — a tökéletesebb kórismézésen kívül — a genitálék gyulladásainak szaporodásában leli magyarázatát. Utóbbi megállapítást megerősíti az a körülmény is, hogy különösen nagyvárosokban, ahol a kankós eredetű és a terhesség megszakítására irányuló provocativ beavatkozások utáni fertőzések (strepto-, staphylococcus) elterjedtebbek, a méhenkívüli terhesség is gyakoribb. A betegség kóroktanában a petevezetők lobos elváltozásán kívül különösképpen nagy szerepet játszik a genitális hypoplasia, továbbá minden olyan körülmény, amely a megtermékenyült petének a méhbe vándorlását megnehezíti.

Az utolsó 3 év folyamán a meddőségnek tüszőhormon-kezelése kapcsán érdekes megfigyeléseket tettünk. Feltűnt, hogy klinikánk járóbeteg rendelésén petefészek-elégtelenség és genitális hypoplasia okozta elsőleges és másodlagos meddőség kezelésére alkalmazott tüszőhormon és E-vitamin adagolása után 5 ízben kürtterhesség támadt. Mielőtt a hormonozás és kürtterhesség közötti összefüggést tárgyaljuk, eseteinket az alábbiakban ismertetjük.

I. (Kórlap sz. 809/1942.) 21 éves O. P., jól fejlett, közepesen táplált, másfél év óta van férjnél. 1942 március havában meddőség miatt vizsgálatra jelentkezett. Első hószám: 12 é. korában. Kórelőzményében nincs különösebb figyelemreméltó. Elhúzódó, rendetlen és görcsökkel jelentkező havivérzései vannak. Genitalis lelet: kis mobilis méh, retroversio-flexióban, szabad környezet. Háromhónapos tüszőhormonkezelést alkalmaztunk injectio alakjában (1—1 cyclus alkalmával 150—200.000 E-t). Kezelés után menstruatioi rendeződtek és a kezelés után megejtett belsővizsgálatkor a méh valamivel nagyobbnak bizonyult. Ugyanaz év december 15-én rendetlen vérzés miatt kereste fel intézetünket. Utolsó havi vérzése november 21-én volt, 2 napot késett és azóta vérzik. Reggelenkint hányingere van, olykor hány. 2 nap óta alhasi fájdalmak kínozzák, különösképpen a bal hypogastriumban. A hüvelynyálkahártya szederjes, a portio felpuhult, a méhszájból decomponált véres folyás. A méh nem nagyobb a rendesnél, balloldalt érzékeny adnexumok. Tekintettel a kórelőzményre, betegünket felvettük klinikánkra és megfigyelés alatt tartva, terhességi reactiót végeztünk. A felvétel utáni napon hirtelen rosszul lett, belsővérzés tünetei mutatkoztak. Kórjelzés: grav. extrauterina, ruptura tubae. Hasmetszéskor a szabad hasüregben kb. 1 l híg és alvadt vért találtunk. Baloldali petevezető hüvelykujjnyira tágult, fala elvékonyodott, isthmikus részén diónyi nagyságú, szederjesen elszíneződött képlet, melynek külső falán a kisujjhegynyi repedésből friss vér tör elő. Mindkét petefészek szabad, gyulladás jelei nem találhatók, a jobboldali tuba hosszabb, kanyargósabb, infantilis jellegű. Baloldali typikus tubektomiát végeztünk. Réteges hasfalzárás után 250 kcm vérátömlesztés. Betegünk műtét után a 12. napon gyógyultan távozott. Szövettani lelet: a tuba falának rétegei között vértömeg található, a kötőszöveti sejtek mérsékelt fokú deciduális átalakulásával.

II. (Kórlap sz. 287/1943.) 32 éves jól fejlett és táplált nőbeteg. Kórelőzményében 3 művi vetélés; egyszer sem szült. Utoljára 7 évvel ezelőtt volt teherben. Gyermeket szeretne. Havivérzése 3 hetenkint jelentkezik. Belső vizsgálattal rendes nagyságú méhet találtunk anteversio-flexióban, környezetében semmi kóros. 1943. I. 10-én vonalas harapást végeztünk a praemenstruumban. Ez alkalommal a méh üregét simának találtuk. A méhnyálkahártya szövettani vizsgálata tökéletlen secretiós fázist mutatott. A túlgyakran jelentkező havivérzés rendezése céljából E-vitamint, tüsző- és sárgatest-hormont adagoltunk. A tüszőhormont tabletta alakjában adtuk (Hogivaltabl.), havonta az intermenstruum első felében 30.000 E-t adagolva.

Ugyanez év április 16-án 6 hetes amenorrhoea miatt újból vizsgálatra jelentkezett. Belső vizsgálatkor felpuhult portiót, nagyobb méhet, jobboldalon pedig a kürt lefutása mentén diónyi, tésztatapintatú képletet találtunk. Baloldalt az adnexumok szabadok. Méhenkívüli terhesség gyanújával klinikánkon megfigyeltük. Már a felvétel napján székelés közben hirtelen rosszul lett, elájult és súlyos belsővérzés tünetei mutatkoztak. Kórjelzés: grav. extrauterina, ruptura tubae. Betegünkön azonnal hasmetszést végeztünk. A szabad hasüregben kb. 1 l híg és alvadékony vér volt, melynek eltávolítása után a méhet és függelékeit kiemeljük. A méh bal sarkán és mellső falában 2 mogyorónyi intramuralis myomás gócot találtunk. A jobboldali petevezető ujjnyira megvastagodott, szederjes, isthmikus részén körkörös repedés. A megfelelő

oldali petefészekben terhességi sárgatest. A kismedencében gyulladásra valló tüneteket nem találtunk. Jobboldali tubektomia után réteges hasfalzárás, 300 kcm vértransfusio. Sima gyógyulás. A szövettani metszetekben az izom és kötőszövet deciduális átalakulást mutat, számos choriális elem és boholy is található. Endometriosisra valló elváltozás nem volt kimutatható.

III. (Kórlap sz. 856/1943.) 38 éves jól táplált és fejlett asszony. P.: 1, ab.: 3 (művi). Első hószám 15 é. korában. 1943. II. 5-én jelentkezett járóbeteg-rendelésünkön. Egyetlen gyermeke typhusban meghalt, évek óta nem esett teherbe, újból gyermeket szeretne. Havivérzése — bár négyhetenként — de igen kis mennyiségben jelentkezik. Lelet: Rendes nagyságú méh szabad környezetben. A petefészek csökkent működésének helyreállítása céljából betegünket tüszőhormonkezelésben részesítettük. Havonként 4-szer 10.000 E folliculint adagoltunk izomba. Ugyanez év november 8-án 7 hetes amenorrhoea. Első vizsgálattal a méhet nagyobbnak találtuk, a portio felpuhult, baloldalt galambtojásnyi, körülírt, puha tapintatú, érzékeny képlet. Mivel az előbbi vizsgálatok alkalmával a méh környezetében semmi kóros nem volt kimutatható és a méhfüggelékek gyulladását is kizárhattuk, az asszonyt méhenkívüli terhesség gyanújával klinikánkon helyeztük el. A közben elvégzett terhességi reactio alapján kórismézett grav. extrauterina miatt hasmetszést végeztünk. A has megnyitásakor a Douglas-üreben kismennyiségű vért találtunk, a baloldali petevezető ampullaris részen tyúktojásnyira tágult, szederjes, fala ép. Egyébként semmi kóros. Baloldali tubektomia. 10 napon belül gyógyultan távozott. Szövettani metszetekben a petevezető izom és kötőszövet elemei deciduális átalakulást mutattak, choriális invasio jelei láthatók, gyulladásos elváltozások nincsenek.

IV. (Kórlap sz. 421/1943.) 29 é. O. P., 5 éve van férjnél. Első havivérzése 14 é. korában, azóta négyhetekint ismétlődik, kis mennyiségben. 1943 februárban vizsgáltuk először. Lelete: Kisebb Douglas-csapolással sötétszínű vért nyertünk. Dg.: grav. extrauterina 1. d.-ab. tubarius. Hasmetszés alkalmával a méh mögött haematokelét találunk, a jobboldali tuba ampullaris vége megvastagodott, abdominális végéből vér bugyogyan elő. A jobboldali petefészek, valamint a baloldali adnexumok kóros elváltozást nem mutattak. Műtét: jobboldali tubektomia. A beteg 2 hét mulva gyógyultan távozott. A felmetszett kürtben véralvadékokba ágyazott 44 mm hosszú embryo.

V. (Kórlap sz. 126/1944.) 28 é. O. P., 9 éve van férjnél. Első havvérzése 13 é. korában, azóta rendetlenül 3—5 napig tart. Kórelőzményében semmi említésreméltó. Lelete: Középtág hüvely, rendesnél jóval kisebb méh, szabad környezet. Az asszony többhónapos erélyes folliculin kurában részesült, ami után havivérzései rendeződtek ugyan, de pár hónap mulva újból görcsösek lettek s ezért a hormonozást megismételtük. Kezelés alatt a méh lényegesen megnövekedett. 1944. II. 15-én hathetes amenorrhoea után 9 napja pecsételő vérzése keletkezett, alhasi görcsök közepette rosszul lett. A méh megemelése igen fájdalmas. Méhenkívüli terhesség gyanuja miatt Douglas-punctiót végezve, vért nyertünk. Dg.: grav. extrauterina. A has megnyitásakor kb. 200 cm³ vért találtunk a Douglasban. A méh valamivel nagyobb a rendesnél, a jobboldali kürt ujjnyira megvastagodott, dudoros felszínű, haematosalpinx-szá alakult át, abdominális végéből vérzés. A kismedencében gyulladásos és daganatos elváltozás nem volt. Műtét: jobboldali tubektomia. Betegünk 10 nap mulva gyógyultan távozott. Kórszövettani diagnosis: abortus tubarius.

Eseteinknek ismertetésével kapcsolatban felvetődik az a kérdés, hogy a tüszőhormonkezelés okozati összefüggésbe hozható-e a méhenkívüli terhesség létrejöttével, vagy csak az esetek véletlen találkozásáról van szó, azaz a méhenkívüli terhesség hormonozás nélkül is bekövetkezett volna. Ennek lehetőségét valószínűvé teszi az a körülmény, hogy a meddőség mindegyik betegünkön hosszabb ideje állott fenn, s a fogamzás minden bizonnyal a hormonkezelés eredménye volt. E kérdésnek tisztázása azért is fontos, mert éppen a tüszőhormon alkalmazása után látunk jó eredményeket genitális hypoplasia és petefészek-elégtelenség okozta meddőségben, vagyis olyan genitális elváltozásokban, amelyek a méhenkívüli terhesség kóroktanában gyakran szerepelnek. Az infantilis petevezető hosszabb, kanyargósabb, szűklumenű, fejletlen izomzatú (tökéletlen peristaltika), csillószőrös hámja pedig hiányos, mind olyan körülmény, amely a pete vándorlását késlelteti s annak bemaródási képessége hamarább érvényesülvén, még a méhürbe jutása előtt implantálódik a petevezető falába. De az is lehetséges, hogy az elégtelen petefészekműködéssel együttjáró neuro-vegetativ zavarok következtében a petevezető különböző részein görcsszerű összehúzódások keletkeznek (sphyncter-képződések *Dallera* és *Rossi* szerint), amelyek aztán útját állják a megtermékenyített pete továbbhaladásának.

Tüszőhormonra nemcsak az infantilis méh, hanem az infantilis petevezető is megnövekszik, fala vaskosabb és lumene tágabb lesz. Az addig elzáródott tubák átjárhatóvá válhatnak, ami hysterosalpingographiával is kimutatható. *Clauberg* és *Caffier* asszonyokon végzett kísérleteikben kimutatták, hogy a tüszőhormonnak specifikus hatása teljesen kifejlődött petevezetőn is érvényesül, sőt annak nyálkahártyáját proliferatióra serkenti. *Caffier* elmebajos asszonyok tökéletesen kifejlődött genitáléinak tuba-nyálkahártyáján végezte vizsgálatait. Némelyeknek 5 napon át napi 50.000 E. tüszőhormont adott az intermenstruum első felében, másoknak pedig az intermenstruum második szakában napi 2 nyúlegységnyi sárgatesthormont adott. Pár nap mulva az injekciózás befejezése után salpingektomiát végzett. Szövettani metszetekben a petevezető nyálkahártyája proliferatiót mutatott, különösképpen az ampullaris részen, amely a nagyobb vérbőséggel magyarázható. A tüszőhormon a csillószőrös hámsejtekre, a sárgatest-hormon pedig a secretiós hámsejtekre hat. Szöveti tenyészetben a proliferatió mellett a sejtek nagyobb vitalitása is észlelhető volt (csillószőrös mozgás). *Caffier* a folliculinnak

ezen hámosító (regeneráló) tulajdonságát sikeresen használta fel kürtterhesség esetében végzett petevezetőt conserváló műtétjei után. 1941-ben ilyen megtartó műtéten átesett és tüszőhormon utókezelésben részesült, 10 olyan betegről számolt be, akiknek másikoldali petevezetőjét évekkel azelőtt eltávolították, ezek közül 4 teherbe esett.

Idült gyulladások okozta tubaelzáródások gyógyítása céljából először *Clauberg* alkalmazta a tüszőhormont. Különösképpen kankós elváltozások után, amely inkább a nyálkahártyát érinti és mélyebbre hatoló elváltozásokat nem okoz, sikerült a petevezetők átjárhatóságát helyreállítani, amit hysterosalpingographiával is igazolt. A petevezetők növekedésével és tágulásával az összetapadt nyálkahártya felületek oldódhatnak, friss proliferatió következtében pedig a hám megújul, a hámfosztott felületek behámosodnak. A tüszőhormon-kezelésre bekövetkezett erőteljes bővérűség folytán a hegesedések felszívódása is megindulhat.

Az elmondottak alapján nyilvánvaló a tüszőhormonnak szerepe a petevezetők átjárhatóságának helyreállításában. E tények ismeretében merész dolog volna azt állítani, hogy betegeinkben a méhenkívüli terhességet közvetlen a hormonkezelés idézte elő. De feltehetjük azt, hogy az ivarsejtek találkozását lehetővé tette, azonban a megtermékenyített petének a méh felé történő zavartalan vándorlását nem tudta biztosítani.

A méhenkívüli terhesség előidéző okát I., IV. és V. esetünkben a fejletlen petevezetőkkel magyarázhatjuk, ami műtét alkalmával is megállapítható volt. Második és harmadik esetünkben a petefészek-elégtelenség okozta renyhe tubaműködés feltehető volt, mely nem tudta biztosítani a megtermékenyített petének transportját. De lehetséges az is, hogy bár belső vizsgálattal, valamint műtétkor sem volt gyulladásos folyamat (endo- et perisalpingitis) megállapítható, az előzőleg lefolyt művi vetélések következtében szerepelhettek enyhébb fertőzések, amelyek a csillószőrös hengerhámon, vagy a kürt izomzatán kisebb sérüléseket okoztak s a pete transportját akadályozták.

Készítményeink szövettani vizsgálata endometriosist vagy tuberculosist nem mutatott ki, amelyek — mint tudjuk — szintén elég gyakran szerepelnek a méhenkívüli terhesség kóroktanában. Daganatos elváltozás betegeink belső nemiszervein, melyek mechanikus úton szoktak méhenkívüli terhességre vezetni, csak II. esetünkben volt kimutatható, de itt is a kürtterhességgel ellentétes oldalon lévő méhfalban csupán 2 kis nyomás góc helyezkedett el.

A tüszőhormon-gyógymód helyes vagy helytelen alkalmazását a hormonmennyiség tekintetében mérlegelhetjük. *Clauberg* említi, hogy a túlméretezett és rövid idő alatt adagolt tüszőhormon gyors szövetszaporulattal a petevezető lumenjét megszűkítheti. E tényt eleve kizárhatjuk, mert egy esetben sem alkalmaztuk a tüszőhormont mértéken felüli mennyiségben. Inkább a tüszőhormon elégtelen adagolásáról lehetne szó, de csak a II. és III. esetünkben, amidőn másodlagos sterilitás állott fenn és célunk inkább a petefészek generativ működésének helyreállítása volt. Ezekben az esetekben részint szájon át, részint injectió alakjában, de kisebb mennyiségben alkalmaztuk a folliculint.

Összefoglalás. A tüszőhormon-kezeléssel minden esetben sikerült befolyásolni a petefészek élettani generativ működését, amit bizonyít a havivérzés rendeződése és a fogamzás bekövetkezése. A megtermékenyült pete transportjának azonban nem tudunk mindig physiológiás feltételeket teremteni. Tüszőhormonkezelésre a nyálkahártya bővérű lesz és burjánzik. Azonban ebben a folyamatban nem mindenkor vesz részt a petevezető mindenegyes rétege, de lehtséges az is, hogy a tüszőhormonkezelés hatására a megtermékenyített pete bemaródási képessége, agressivitása, túlzottan megnövekszik.

Eseteink meggondolásokra késztetnek és óvatosságra intenek a meddőség hormon-therápiájában. A meddő asszonynak hypoplasiás belső nemiszerve megerősödését türelemmel kell megvárnia, mert az eredményre vezető hormonozás sokszor több évet kíván. De eseteinkből az is kiviláglik, hogy a szakorvost is bizonyos meggondolásra kell, hogy késztessék a meddőség hormonális kezeléséből adódható fentvázolt veszélyes következmények.

A pécsi bőrgyógyászati klinika közleménye.
(Igazgató: Melczer Miklós ny. r. tanár.)

A vér histamin-szintje és a reticuloendothel működése III. fokban fagyottakban.

Írta: *Gróf Pál* és *Schmelz Dezső dr.*

Lewis és munkatársainak alapvető vizsgálatai valószínűsítették azt, hogy a bőrre ható különféle természettani és vegyi ingerek az átlagos érzékenységű egyén bőrén és szervezetében histaminhatású H.-anyagok, illetőleg histamin felszabadításával okozzák az ilyenkor észlelhető helyi és általános tüneteket. A bőr erőművi ingerlése, leforrázása, megégése után, az ibolyántúli sugarak, a röntgensugarak okozta lobban, mai felfogásunk szerint ilyen anyagok viszik a főszerepet és ez a histamin-elmélet egész sereg kutató vizsgálatai alapján ma már véglegesen elfogadottnak és jól megalapozottnak tekinthető. A hideg okozta bántalmakban azonban

a histamin-elmélet még korántsincsen kellőképpen bizonyítva.

Az első érdemleges adat *Shimuda*-tól származik, aki átáramoltatott béka végtagjában szénsavhavas fagyasztáskor egy hatékony szövetanyagot tudott kimutatni; ezt a tüdőereket összehúzó szövetanyagot azonban nem vizsgálta meg tüzetesebben. Hogy ez az anyag histamin, vagy H-anyag lehet, valószínűvé teszi az, hogy ismerünk hideg gerjesztette csalánkiütést.

Horton ilyen betegekben hideg kéz- és lábfürdővel a histamin általános tüneteihez hasonló rohamot támasztott, *Saylor* pedig munkatársaival sikeresen gyógyította növekedő histamin-adagokkal hideg-urtikáriás betegeit. Az utóbbiak arra gondolnak, hogy a vízbefultak hirtelen halála is egy ilyen hideg okozta histaminshokkal magyarázható.

Valószínű, hogy a hideg okozta ártalmakban is a sejtfehérjék micelláihoz lazán kötött s a hideg hatására felszabaduló H-anyagok gerjesztik a bekövetkező gyulladást, de ez az elmélet, mint említettük, nincsen kellő mértékben valószínűsítve.

A fagyott szövet histamintartalmának változása még nem ismeretes, s azt sem tudjuk, hogy fagyottak vérének histaminszintje fokozott-e. Fagyási hólyagok nedvének a histamintartalmát azonban *Loos* már vizsgálta; 20—30 órával a fagyás után, hét esetben, részint II., részint III. fokban fagyottakban, a fagyási hólyagok nedvének a histamintartalmát a biologiai módszerrel tengerimalac belén meghatározta. A talált értékek szerint a histaminszint a hólyagnedvben 0.035—0.21 gamma/cm³ között változott; a legnagyobb mennyiséget 0.21 gamma/cm³-t egy üszkösödéssé fajuló esetben találta. Szerinte különösen a súlyosabb és régibb fagyás után szaporodik meg a histamin a hólyagokban.

Loos szerint a vér histaminszintje határozza meg a szövet szabad histamintartalmát; előbbi *Code* és *MacDonald* vizsgálatai szerint átlagban 0.04 gamma/cm³-nek felel meg. Eszerint, ha *Loos* hét esetének középértékét: 0.1 gamma/cm³-t veszünk átlagul, akkor a fagyási hólyagban több mint kétszer, ha a legnagyobb talált értéket hasonlítjuk ezzel össze, akkor több, mint 5.5-ször több a szabad histamin, mint a vérben.

Loos egy későbbi közleményében újra kifejtette, hogy noha azok az anyagcserefolyamatok, amelyek fagyáskor lejátszódnak, még nem eléggé ismertek, a vízforgalom zavara mellett erekre ható anyagok képzésével járnak.

A fagyott területek hólyagjainak nedvében tehát *Loos* vizsgálatai alapján a hideg behatása helyén mérsékelt histamin-felszaporodás mutatható ki. De az viszont teljesen ismeretlen, hogy a fagyással járó általános tünetek keletkezésében szerepet játszik-e a bőrben felszabaduló histamin, a fagyott betegek vérének histaminszintje megnövekedett-e, s a szövet és a vér histamin-szintje között ilyenkor milyen az összefüggés.

Érdekes, hogy *Loos* fagyási hólyagok histamintartalmára vonatkozó számadatai milyen feltűnően egyeznek *Ottolenghi—Lodigiani* mesterségesen keltett hólyagok nedvében talált histaminmennyiségével. *Loos* a fagyási hólyagokban 0.035—0.21 gamma/cm³, utóbbi vizsgálók pedig 0.03—0.22 gamma/cm³ histamint találtak.

Már a harmincas években általában ismeretessé vált, hogy a histamin okozza a legnagyobb működésfokozódást a reticuloendothelialis anyagcserekészülékhez tartozó sejtekben. Az előzetesen vérpályába juttatott elektronegativ festékanyagok a bőrön, a histamin hatására halmozódnak fel a legnagyobb mértékben. *Lemis* elmélete szerint mindenféle, a reticuloendothel működését fokozó természettani vagy vegyi behatás is közvetve a szövet kötött, inactiv histaminjának vagy ilyenmódon ható H-anyagainak a felszabadítása révén hat.

Mindazokban a folyamatokban tehát, ahol szabad histamin szabadul fel, a reticuloendothelhez tartozó sejtek halmozóképességének a növekedése révén, elektronegativ anyagoknak gyüjtőérbe fecskendezése útján, *festékhalmozást* kell észlelni, másrészt a vér histamin-szintjének növekedése révén feltehetőleg *eltolódást kell találnunk a reticuloendothel működésképességében is.*

Vizsgálataink célja az volt, hogy megállapítsuk: nagyobb-e a szabad histamin szintje a megfagyott területekben s ugyanekkor milyen a vér összes histaminjának a mennyisége. E kettős célt részint elektronegativ festékek: kongóvörös, trypánkék gyüjtőérbe fecskendezésével s a reticuloendothel működésének vizsgálatával, részint a vér összes histaminjának meghatározásával igyekeztünk megközelíteni.

A reticuloendothel vizsgálatára több módszer alkalmazható. Ezek közül ma a legelterjedtebb az *Adler—Reimann*-féle kongóvörös próba, mely ugyan nem fajlagos, de a klinikai gyakorlatban úgy látszik, jól bevált. Vizsgálatkor 10 cm³ párolt vízben oldott, steril, 0.75%-os kongóvörösoldatot fecskendeztünk a beteg gyüjtőerébe, majd 4 és 60 perc mulva vért vettünk. A kongóvörös töménységét a savóban kétszerannyi élettani konyhasóoldattal történt higítás után határoztuk meg photometerrel.

Vizsgálatokra 25, hat-nyolc héttel előbb II—III. fokban megfagyott beteg szolgált, akinek az egyik vagy mindkét lábfején részben lelökődött, vagy lelökődés előtt lévő száraz üszkösödés, az ép és kóros rész határán pedig bűzös, gennyes lepedékkel fedett, bőven gennyező szövetszétesések, elhalások voltak. Betegeink zöme láztalan volt. Láz, néhány subfebrilis hőemelkedést nem számítva, csak másodlagos szövődmények esetében mutatkozott.

Ha a fagyott betegekben *Loos* föltevése szerint a fölszabaduló H-anyagok mennyisége a

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Az agysérülések kórisméje és gyógykezelése.

Az erőművi nyilt, vagy zárt koponya és az ezzel együttjáró agysérülések száma az utóbbi években állandóan emelkedik. A két világháború hadisérülésein kívül igen sok a polgári életben a közlekedési balesetek száma, melyekben *Kolb* szerint 62% a koponyasérülés. Az ipari és mezőgazdasági munkában is mindennapos probléma ez. Ezekhez járulnak újabban a polgári lakosságnak a légitámadások okozta, a koponyát közvetlenül vagy közvetve ért sérülései. E kérdés nagy jelentőségét bizonyítja az erre vonatkozó sok tudományos közlemény.

Az agysérülésekben megkülönböztetünk commotio, compressio és contusio cerebrit és ez utóbbi kettő következményeit.

Commotio cerebri oka az újabb megfigyelések szerint az agytörzs bizonyos, valószínűleg a mesodienkephalon területének sérülése. Ennek bonctani magyarázata jelenleg még tisztázatlan. Valószínűleg az agyban lezajló érbeidegzési zavarok játszanak szerepet. E zavarok funkcionalisak és reverzibilisek. Tünettana: közvetlenül az erőművi behatás után jelentkező eszméletzavar, ami lehet súlyos coma, vagy többé-kevésbbé súlyos zavartság, ködös állapot vagy néha izgalmi állapot. Tartama rövid, esetleg csak percekig tartó. Általábanvéve mire kórházba szállítják e betegeket, már megszünik vagy lényegesen feltisztul a tudatzavar, többnyire már csak az időbeli tájékozottságban van zavar. A történtekre, a sérülést megelőző időre vonatkozó emlékezethiány (retrograd amnesia) is jellegzetes és ez a kórismézés szempontjából fontos. Psychés zavartság is előfordul. Fejfájás, fejnyomáson kívül vegetativ zavarok sohasem hiányoznak commotio cerebriben. Gyakori a szédülés, hányinger, már a zavart állapotban, valamivel ritkább a hányás. A shock miatt e betegek hidegek, sápadtak, a végtagok hűvösek, verejtékesek. Élénk dermografizmus. Az érverés kissé meglassult és frequentia ingadozást mutat. Feszes érverés nincsen, a vérnyomás közvetlenül az erőművi behatás után emelkedik, hogy azután 10—30 Hgmm-et süllyedjen. Alacsony vérnyomás, különösen a diastoles, nem ritka. Hosszabb-rövidebb ideig zavart lesz az álom és ébrenlét, az anyagcsere, különösen a víz- és cukorforgalom, a menses. Gyakori a horizontális nystagmus. Valódi szemizombénulás nincsen, csak a zavart beteg hiányos mimikája látszólag okoz hasonló tüneteket. Az izomzat nagyfokú hypotoniája feltünő lehet, a saját reflexek nem symmetriásan gyengülnek, ez teljes reflexhiányig fokozódhat, különösen az Achilles-reflexre vonatkozik ez. Spastikus reflexek nem jönnek létre. A pontos kórelőzmény és türelmes, gondos klinikai, szemészeti (első napokban ez nem fontos, mert a homatropinos pupillatágítás megzavarhatja a pupilla rendszeres vizsgálatát) és fülészeti vizsgálattal kiegészített észlelésen kívül szerintem nincsen szükség az utóbbi években gyakran ajánlott egyéb vizsgálatra. (Nyomásméréssel egybekötött liquor-vizsgálat, cukor és vízforgalmi vizsgálat, stb.) Commotio cerebrire jellegzetes, hogy a tünetek gyorsan és nyomnélkül megszünnek. Legtovább — hetekig, hónapokig — marad meg a vasomotoros labilitás.

Gyógykezelés: a friss sérülteknek nyujtandó első segélynyujtás elsőrendű feladata a gyakorlóorvosnak. Az agyi vegetativ központok sérülése folytán gyakran létrejövő shock megszüntetése (légzés, hőszabályozás, keringési zavarok) céljából a beteget nyugalomba kell helyezni. Barbitursav és sympatolbefecskendezés hasznos. Mielőbbi, lehetőleg azonnali szigorú ágynyugalom, ez legalább addig tartson, amíg a vérnyomás a normálisig fel nem emelkedik, mivel ez a vegetativ zavar oldódását jelenti. Subjective jóhatású a fejre tett jégtömlő. Agynyomásos tünetek esetén kitünő a hypertoniás (40%) cukoroldat, 40—60 cm³ viszérbe fecskendezése, esetleg 1 cm³ Novurittal együtt, ügyelve a keringési szervekre. Higanyos kenőkura is jó. Liquor-lebocsátásra általában nincsen szükség, sőt az első 2 hétben helytelen is, mivel egyes esetekben a panaszokat fokozhatja, az agyvizenyő tovább terjedhet. A rendes munka engedélyezéséig sok türelmes bíztatásra, irányításra van szükségük e betegeknek. Könnyebb munkával kezdve engedélyezzük a rendes foglalkozást. A törési és nyilt sérültek további kezelése természetesen sebészi (l. Tönnis kitünő könyvét).

Compressio cerebri az intracranialis-, extra- és subduralis, ritkán subarachnoidalis-vérömlenynek a következménye. Legfontosabb tünete az erőművi behatás és az agynyomásos tünetek fellépése közötti szabad intervallum. Természetesen ha intracerebrális sérülés (commotio, contusio) is társul hozzá, akkor ez a szabad intervallum hiányzik. E kórisme fontossága, hogy általában mielőbbi sebészi megoldást igényel, ami teljes gyógyuláshoz vezethet.

Contusio cerebrihez tartozik az agy valamely részének közvetlen vagy közvetett (koponyacsonthoz ütődés) zúzódása. Tünettana nem egységes! A kezdeti eszméletzavar nem jellegzetes és nem is fontos a kórisme felállításához, teljesen hiányozhat. Ezt igen fontos szem előtt tartani a betegek későbbi megítélésében. Fedett

contusióban fordul elő leginkább az eszméletzavar, ami később jön létre az erőművi behatás után, oka az intracraniális nyomás fokozódása, mint az agyduzzadás, esetleg intracraniális vérzés következménye. Ezekhez pangásos papilla is társulhat. Nagy óvatosság helyénvaló ilyen esetekben, mivel mielőbbi műtét válhat szükségessé. Természetesen contusio is kezdődhet azonnali tudatzavarral és utánozhatja a commotio tüneteit. Itt a tudatzavar hosszú, napokig tartó, az amnesia is nagyobb, antero- és retrograd. Ha az öntudat visszatérése motoros nyugtalansággal jár együtt, ez contusio cerebrire utal, átmeneti erőművi psychosishoz vezethet. Az idegtani kiesések fontosak. Hemimonoplegia, érzészavarok, aphasia, hemianopsia jön legtöbbször létre. Gyakori az agytörzs sérülése. Ritkább a közti agy, pallidum, thalamus, hypothalamus-táj, még ritkább a cerebelláris sérülés. Az agyidegek sérülése magában nem jelent contusio cerebrit, mert ezek periferiásan koponyaalapi törések kapcsán is létrejöhetnek. Leginkább központi eredetű szaglászavar fordul elő. Szemizombénulás, pupillazavarok (a góccal azonos oldaldi pupilla kezdetben szükül, később tágul, renyhén vagy egyáltalán nem reagál) cornea reflexhiány, centralis faciális bénulás elég gyakori. Első vizsgálatkor sokszor nem tisztázhatók e tünetek, oly csekélyek és nem kialakultak és a sérüléses agyvizenyő is okozhat látszólagos kiesési tüneteket. Ezért többszöri ellenőrző vizsgálat szükséges. Így hemiparesist jelenthet az izomerő vagy a finom mozgások enyhe zavara, fokozott vagy spastikus reflex; kisfokú aphasia is idetartozik. Gyakori az agyhártyaizgalma, tarkómerevség formájában. Az erőművi psychozisra jellemző az amnestikus vagy Korsakow-tünetcsoport, amihez társulnak affektiv zavarok, deliriumos állapotok és tudatzavarok. Érdekes az, hogy a motoros nyugtalanság oly fokú lehet, hogy a beteg állandóan haza akar menni, ami helytelenül a kórházból való időelőtti elbocsátáshoz vezethet. E psychosis általában maradandó eltérés nélkül gyógyul.

Gyógykezelés: Súlyos esetben legalább 4 hétig tartó szigorú ágynyugalom. Gyógyszert csak szükség esetén és lehetőleg keveset adjunk. Bróm, barbitursav jót tesz. Morfiumot ne adjunk — légzőközpontbénítás veszélye! Agynyomásos tünetek ellátása mint commotio cerebriben. Psychosisban scopolamin fecskendezés mellett barbitursav és chloralhydrat adandó. Vasomotoros panaszok hegyes vidéken való tartózkodásra elmulhatnak.

Erőművi agybántalom fogalma alá tartozik mindaz az agyi sérülés, ami maradandó bonctani elváltozás következménye. Egyszerű commotio után erről nem lehet szó. Tünettana: fejfájás, szédülés (tudatzavar), ájulásos rohamok, vegetativ, vasomotoros zavarok, álmatlanság, testsúlycsökkenés, psychés változás, feledékenység, ingerlékenység, kóros fáradékonyság, visszavonultság, lehangoltság. Idegtani kiesések közül leggyakoribb az olfaktorius kiesés. Ritkán epilepsia fejlődik ki a genuin epilepsia képében.

Hogy az erőművi agybántalom kórismézét felállíthassuk, annak legfontosabb feltétele a kimerítő, pontos kórelőzmény. Fontos az erőművi behatás pontos ideje, módja, foka, az első tünetek milyensége, jelentkezési idejük sorrendje. Esetleges seb lerása, durasérülés, agyrész folyt-e ki? stb. Itt van nagy szerepe a gyakorló orvosnak, aki legelőször kerül a beteghez. Különösképpen igen értékes a háziorvos szerepe, aki ismeri a beteget testileg és lelkileg a sérülés előtt. Mennyivel máskép lennének megítélhetők a késői állapotok ez adatok birtokában, így csak a hozzátartozók többékevésbbé megbízhatatlan adataira vagyunk utalva. Számtalanszor tapasztaltam, hogy emiatt a felülvizsgáló orvos és a beteg, illetőleg panaszos teljesen idegenül, csaknem ellenségesen, idegesen állnak egymással szemben. Hiányzik a bizalom egymás iránt, ami emberileg érthető. Pedig az orvos részéről sok nyugalom, idő és megértés kell éppen az ilyen esetek vizsgálatához és elbírálásához, ezért leghelyesebb intézetben végezni. Bár számolni kell a betegek elbírálásában a subjectiv panaszok psychés okokból eredő tudatos fokozásával, a panaszok mégis nagyon fontosak és nem helyettesíthetők sokszor csak tárgyilagosnak *látszó* leletekkel. Természetesen az általános vizsgálaton kivül az idegtani vizsgálat részletes legyen, terjedjen ki a psyche vizsgálatára is. Koponya Rtg-vizsgálat és bizonyos esetekben enkephalographia közelebb vihetik a kórismét.

Gyógykezelés: erőművi epilepsiában sebészi lehet, egyébként a subjectiv panaszok enyhítése a fontos, fájdalom és idegcsillapítókkal, jó a Bellergal. Szociális megértésre, támogatásra szorulnak e betegek, mivel munkájuk többnyire csökkent értékű.

Az elsősegélynyujtás után legyünk tekintettel a fent leírtakra és amit csak észlelünk, írjuk le. A további teendők és elbírálás szempontjából a csekélynek látszó tünetek is döntő jelentőségüek lehetnek, ezt tartsuk mindig szem előtt betegünk érdekében. Tartózkodjunk időelőtti százalékolástól, mivel ez később, inkább ártalmára, mint előnyére lehet a betegnek, ez már szakértői feladat.

Fernbach József dr.
kórházi főorvos

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

A herpes simplex vitamintherapiája.

A herpesnek látható alapjelensége a kezdetben tiszta, később zavaros tartalmú hólyagocskák, eltekintve egyes elszórtan mutatkozó elváltozásoktól, szorosan egymás mellettt tömörülve, nem ritkán egymásba folyva, élesen elhatárolt vérbő alapon. Maga a folyamat mindig acut megbetegedés, gyorsan alakul ki, a bőséges izzadmányt tartalmazó vesiculák néhány nap alatt barna crustává száradnak össze, melyek hamarosan leválnak, helyükön 1—2 hét alatt elszíntelenedő vérbő foltot hagyva, ha ugyan a gyógyulást a crusta letörlése nem hosszabbítja meg.

A különböző, jellegzetes, megbetegedésekkel kapcsolatban és a látszólag egyedülállóan fellépő és a testfelszín más és más részein elhelyezkedő herpesféleségek közül az alábbiakban csak a herpes labialis és herpes facialis kerül megbeszélésre, annak localis és távolabbi tüneteivel és gyógykezelésével együtt.

Prodromalis jelenségek gyakoriak, így néhány órával, sőt egy nappal a kiütések megjelenése előtt bágyadtság, szellemi fáradékonyság, subfebrilitas, helyileg pedig paraesthesia, fájdalmasság, néha égő, szúró fájdalom. A megfelelő trigeminuság egész beidegzési területén gyakori a zsibongó vagy hasogató fájdalom, objective pedig hyper-, hypalgesia, thermohypaesthesia.

Kórbonctanilag a tünetek szerint a megbetegedés alapelváltozása nem az arc vagy az ajkak hámjában keresendő, hanem a Gasser-duc megfelelő sejtcsoportjában, a herpes zosterhez hasonló gyulladásos folyamat alakjában, amelynek kórszövettani megjelölése poliomyelitis posterior acuta, vagy neuro-ganglio-radiculitis posterior. Az utóbbi betegségre vonatkozóan már több mint 80 év óta a részletekbe menően pontos leírások jelentek meg, ezzel szemben a herpes simplex szövettani jelenségeivel egyetlen nagyobb dolgozat sem foglalkozik. A két megbetegedést a herpes zooster tüneteihez hasonló jelenségek a trigeminus érintett ága részéről lényegileg azonosíthatóvá teszik.

Az aetiologia kérdése tisztázottnak tekinthető, amennyiben az átoltás többszörösen positiv eredményt ad. A kórokozó filtrálható virus (LW-törzs), amely egymagában többnyire nem elegendő a megbetegedés létrehozásához, hanem számára kedvező körülmények szükségesek, így fertőző betegségek, mint pneumonia, gastrointestinális zavarok vagy a praemenstrualis állapot a herpes iránt hajlamos egyéneknél.

Az utóbbi csoportba tartozó esetek képezték a megbeszélendő vizsgálatok alapját.

Három — két nappal a menstruatio első napja előtt s az alatt több napon át a vizeletben kiválasztott B_1- és C-vitamin értékét határoztam meg *Ritsert*, ill. *Jezler—Niederberger* eljárása szerint. A B_1-vitamin értéke 5—14%-os csökkenést mutatott 14—18 γ %-os értékekkel, a C-vitaminé pedig 10—20%-os csökkenést, 2.3—4 mg%-os értékekkel olyan egyéneknél, akiknél egyébként az értékek a physiológiás minimum körül voltak. Ha a menstruatio idején herpes kenése több esetben további 2—3 γ % volt. A is jelentkezett, akkor a B_1-vitamin értékcsök- C-vitaminnál nem volt jelentős különbség.

Emésztési zavarokkal kapcsolatban kialakuló herpesnél is voltak 10—12%-os értékcsökkenések, ezek az eredmények azonban alig haladják meg a megengedhető hibahatárt, így nem számottevők.

A therapiás kísérletek folyamán részben mindkét vitamin értékeinek csökkenése miatt, részben pedig a B_1—C-vitamin egyensúly megzavarásának elkerülése végett a kettő egyidejűleg került alkalmazásra intravenás injectióban vagy per os. A kísérletek kezdetben therapiás jellegűek voltak, vagyis a már kialakuló herpes abortiv lefolyását igyekeztek elérni, injectióban való adagolás mellett. Esetenkint 20—50 mg B_1-vitamin és 100—200—300 mg C-vitamin volt szükséges. Az eredmény minden esetben néhány órán belül a helyi és általános tünetek gyors enyhülése és a herpeshólyagcsák kifejlődésének teljes megakadályozása, ill. egy napon belüli beszáradása volt.

Később mintegy praeventiv jellegű kísérletek egészítették ki az előbbi vizsgálatokat, amikor is már a prodromális tünetek — trigeminus-fájdalom és a keletkező kiütés helyén viszketés, enyhe hyperaemia — idején adott B_1 + C-vitamin 18 alkalommal minden esetben teljesen megakadályozta a herpes további kifejlődését és órákon belül tünetmentességet eredményezett. A peroralis adagolásnak ilyen eseteknél jut igazi szerep, amikor B_1-vitaminból 50—70—100 mg-ot, a C-vitaminból 200—300—500 mg-ot adunk.

A bevétel ne történjék sem üres gyomorra, sem teljes étkezés után, hanem egy zsemlye és egy kis csésze kávé vagy hasonló folyadék elfogyasztása után, mert így érhetjük el főleg a C-vitamin lehető legnagyobb mértékű megkímélését az emésztőcsatornában. Ennek az adagolásnak nem egyedül a fájdalmatlanság az előnye, hanem az is, hogy a megfelelően kioktatott, herpesre hajlamos egyén szükség esetén szabadon rendelkezik gyógyszere felett s időt takarít meg úgy maga, mint az orvos részére.

Az ilyen módon történő alkalmazásnak megvan ugyan a vázolt előnye, mindazonáltal lehetőség szerint tekintettel kell lennünk arra is, hogy a vitaminok parenteralis adásával ugyanazt a hatást sokszor lényegesen kisebb mennyiségekkel is elérhetjük.

Cserna Kálmán dr.
idegszakorvos.

Kiütéses tiphus korai felismerése.

Minden laboratórium előtt ismeretes tény, hogy a kiütéses thypusos beteg vérsavója korábban adja a teljesen specifikus reactiót kitenyésztett Rikettsia Prowaczek-i törzzsel, mint aspecifikus agglutinatiót proteus X 19 törzzsel. A való helyzet azonban a laboratóriumok számára az, hogy Rikettsia-tenyészet nemcsak tábori laboratóriumban nem található, hanem speciális kiütéses thypust kutató intézeteken kívül az ország nagy városainak központi laboratóriumaiban sem áll rendelkezésre.

Az irodalomban húsznál több Weil—Felix-reactiómódosítás szerepel, anélkül azonban, hogy ezek a gyakorlatba általánosan átmentek volna. Ennek a magyarázata az, hogy a módosítások legnagyobb része a kiütéses typhus endemiás hazájából, Oroszországból ered s ezek a közlemények jórészt csak orosz nyelven jelentek meg és ezáltal a világirodalom számára elvesztek.

Jelentős lépést jelent a gyakorlat számára a német fővezérség krakkó—lembergi kiütéses typhus és virus-kutató intézetének 1943 októberében kihozott laboratóriumi diagnosticai módosítása. A fenti intézet tárgylemez nagyságú celophan lemezen proteus X 19 törzshöz tartozó bakteriumtörzset fixált és szárított be csepp nagyságban. Az intézet előírása szerint kútvízbe mártott fapálcikával enyhe keverés közben a bakteriumokat homogen suspensióba keverjük, majd a vizsgálandó beteg egy csepp vérével hozzuk össze. Kiütéses typhus esetén a kékesen színezett bakteriumok összecsapzódnak. Ezen eljárás segítségével a diagnosis positiv irányban a beteg ágya mellett is megállapítható.

Vizsgálat tárgyává tettük ezen »Fleckfieber-Folientest« használhatóságát és megközelítő pontosságát Weil—Felix eredeti reactiójához viszonyítva a következő eredménnyel:

1. A »Fleckfieber-Folientest« már kiütéssel bíró betegnél a párhuzamosan végzett proteus X 19 törzzsel beállított reactióval teljesen azonos képet ad.

2. Az agglutinatio magas titer esetén szabad szemmel is jól kivehető.

3. Kezdeti esetekben a leolvasáshoz feltétlenül lupe nagyítás szükséges.

4. A reactio előnye az eredeti Weil—Felix-reactióval szemben az,

a) hogy 8 percen belül ugyanazt az eredményt adja vérrel, mint a vér centrifugálása után nyert savóval a Weil—Felix-reactio 37°-on 2—4 óra mulva,

b) hogy beállításához és leolvasásához laboratóriumi eszközökre nincs szükség,

c) hogy tábori viszonyok között jelentősége felbecsülhetetlen.

Az eredeti eljárástól annyiban tértünk el, hogy a fapálcikák helyett a bakteriumok suspensióba keverését üvegpálcával végeztük. Vizsgálataink u. i. azt mutatták, hogy a fapálcikák alkalmazása nem célszerű, mert azok a bakteriumok aránylag nagy tömegét szívják magukba s ezáltal a reactio leolvasását megnehezítik.

Sorozatos vizsgálataink arra az eredményre vezettek, hogy ez a Weil—Felix mikro-reactiónak számítható eljárás nemcsak friss vérrel, hanem levegőn beszivárgott vérrel is teljesen azonos eredménnyel vihető keresztül. Eljárásunk lényege a következő:

1. A vizsgálandó betegből üveglemezre 1 csepp vért veszünk, melyet levegőn beszárítunk.

2. Mivel ismeretes, hogy a beteg vére száraz állapotban is fertőző, ezért a tárgylemezre felvett és levegőn beszárított 1 csepp vért azonos nagyságú tárgylemezzel fedjük és így csomagolva, mint fertőző anyagot kezeljük.

3. A laboratóriumban a beszárított vércseppet physiológiás konyhasóoldattal üvegpálca segítségével elkeverjük és az előzően kútvizzel feloldott proteus X 19 festett bakteriumtörzzsel hozzuk össze.

4. A reactio végeredményét csak 8 perc mulva olvassuk le véglegesen.

Száraz vér alkalmazásával végzett vizsgálataink a következő előnyökkel járnak:

a) A reactióhoz 1 csepp vér szükséges, mely nemcsak orvosok, hanem kiképzett eü. személyzet által is vehető a betegből.

b) Betegségre gyanus csapatrészeknél tömegvizsgálatra is alkalmas.

c) Egyszerűségénél és szállíthatóságánál fogva nagy tömegek betegátszűrésére kiválóan alkalmas.

d) A beszárított vér nincs kitéve sem a haemolysisnek, sem a bomlásnak és ezáltal a kapott reakció biztosabban értékelhető, mint a nyári hónapokban vizsgálatra beküldött vérek nagy része.

A reactio hibaforrásai semmivel sem nagyobbak, mint a vérsavóval készült Weil—Felix-reactiónál. Aspecifikus reactiót adhatnak úgy a Weil—Felix-reactiónál, mint a »Fleckfieber-Folientest«-nél, valamint saját beszárított vérrel való módosításunk esetén a következő tényezők:

1. A szervezetnek valamely proteus-törzzsel való fertőzöttsége.

2. Különböző súlyos gennyedéssel járó megbetegedések az ú. n. paraagglutinatio.

3. Hat hónapnál nem idősebb kiütéses typhus elleni védőoltások.

4. Ezenkívül még néhány Rikettsiasis is, melyek azonban a mi vidékünkön számításba nem jöhetnek.

Párján Lajos o. szds.,
a m. kir. 110. Bakt. áll. parancsnoka.

fagyás súlyosságával és korával fokozódna — szerinte az üszkössé váló legsúlyosabb esetben szaporodott fel leginkább helyileg a histamin —, akkor a mi gangraenás betegeinkben, a hetek óta tartó állandó szövetszétesés miatt fokozott reticuloendothel működést kellett volna találni és feltehetőleg a vér histamin szintje is megnövekedett volna.

Ezzel ellentétben betegeinknek csak egy kis részében, 7 ízben találtunk valamivel a rendesnél fokozottabb működésre utaló, 20—34%-os kongószámot. Nyolc betegben ez a szám a rendes határok között mozgott; 35—44 volt. Tíz esetben csökkentnek találtuk a működést; mégpedig 5 esetben mérsékelten csökkent, ennek megfelelően a kongószám 51—73%, 5 esetben pedig erősebb fokban volt csökkent, aminek megfelelően a kongószám 80—100 volt.

A vér histamin-szintjét a *Barsoum—Gaddum* eljárással *Code* módosításában túlélő tengerimalac belén vizsgáltuk. Különböző kutatók a vér histamin-szintjét egymástól elég eltérő mennyiségben jelölik: *Harris* 0.25—0.5 gamma/cm³, *Riesser* 0.1—0.5, *Tarras—Wahlberg* 0.025—0.065, *Code—MacDonald* 0.048, *Rose* 0.035—0.06 gamma/cm³-t vesz fel. Saját vizsgálataink során 58 válogatás nélküli egyénben a vér összhistaminszintje 0.002—1.5 gamma/cm³ között váltakozott, középértékben tehát 0.2—0.3 gamma cm³ volt.

Fagyott betegeinkben a vér histamin-szintje egy esetben sem volt nagyobb az általunk középértéknek vett 0.2—0.3 gamma/cm³ értéknél. Eseteinkben ugyanis a vér histaminszintje 0.1—0.2 gamma/cm³ között ingadozott. Azokban az esetekben, amikor a histaminszint aránylag nagy, 0.2 gamma/cm³ volt, a kongóvörösmutató is inkább rendes, vagy kissé fokozott reticuloendothel működésre utalt: 27, illetve 32% volt.

Vizsgálataink alapján tehát kitűnt, hogy hetekkel előbb II., III. fokú fagyás okozta, olykor súlyosabb általános tünetekkel is járó üszkösödéskor a vérben a histaminszint inkább csökkent, amivel együtt a reticuloendothel működése is a legtöbbször megkisebbedett. Mivel ezek a vizsgálatok csak azt mutatják, hogy hetek mulva a megfagyott területekből histamin nem jut a vérkeringésbe; de azt nem döntötték el, hogy következményes üszkösödéskor van-e állandó H-anyag-felszaporodás, vizsgálatainkat elektronegativ anyagok *helyi felhalmozódásával* egészítettük ki.

Mivel a bőr histaminszintjének növelése a reticuloendothel fokozott működését idézi elő, kongóvörös vagy trypánkék befecskendezése után betegeink fagyásos területeiben festékhalmozást kellett volna észlelnünk. *Ez azonban egy esetben sem következett be, amiből viszont arra kell következtetnünk, hogy hetekkel korábban történt és már üszkös fagyott területekben nincs is histaminszaporulat.*

Természetesen ez a lelet nem használható fel a *Lewis*-féle histaminelmélet általános érvényessége ellen. Véleményünk szerint azonban azt kiegészíti, mert rámutat arra, hogy *a hidegbehatás helyén a histaminfelszabadulás nem állandó. Valószínűnek tartjuk, hogy a különféle behatások során bekövetkező histaminfelszabadulás is csak ideiglenes jellegű.*

A kecskeméti közkórház szül. és nőgyógy. oszt. közleménye. (Főorvos: vitéz Matolcsy Károly m. tanár.)

Ikerösszeakadás ritka alakja.

Írta: *Horváth Boldizsár dr.* nőorvos.

Mult évben az »Orvostudományi Közlemények« 12-ik számában beszámoltam osztályunk húszéves működése alatt először észlelt tökéletes összeakadással szövődött ikerszülésről. A magzatok far-fejvég helyezkedtek el és az összeakadás szülés alatt a kitolási szakban fejlődött ki. Esetünket mi is, mint *Páll*, hüvelyi úton *Küstner*-féle methodussal az első magzat decapitálásával sikeresen oldottuk meg. Hasonló esetünk ismétlődött ez évben is.

B. F.-né 30 éves, először terhes április hó 12-én 9 órakor sűrű fájásokkal keresi fel osztályunkat, mert a szülésznő ikerterhességet gyanítva, a szülést nem vállalta. Utolsó tisztulása 1943 júl. 6-án volt, terhessége alatt nem érezte magát betegnek. Kp. táplált nő, mellkasi szervei nem mutatnak kóros eltérést. Vizelete tiszta. Medenceméretek: ds: 24, dcr: 26, dtr: 29, conj. ext: 18½. Külső vizsgálatnál a has szokottnál nagyobbnak tűnik és igen feszes, ennek ellenére a hosszfekvésben lévő ikrek koponyáit sikerül kitapintanunk. Az első magzat koponyája nagyobb segmentumával a bemenetbe nyomult, melyet jobboldalon jól tapintunk, a másodiké e felett, a balcsípőtányér és a bemeneti nyílás bal felén helyezkedik el, azonban a feszes hasfal miatt ki nem mozdítható. A második magzat koponyájának megfelelő helyen, baloldalt, az alhas erősen kidomborodik. Szívhangot csak egy helyen hallunk, jobboldalt a köldökvonal alatt. Rv: Bőven kétujjnyi elvékonyodott méhszáj álló burok, kevés elővíz, melyen keresztü' nyílvarrat a harántban tapintható, legmélyebb pont a nagykutacs. 1 cm³ Dolantint és 3 V. E. Glanduitrint adunk i. m. s, hogy a második magzat koponyája kimozduljon a beteget jobboldalára fektetjük.

12 órakor burokrepedés, majd jó tolófájások lépnek fel. Rectálisan eltűnt méhszájat találunk a koponya azonban ugyanabban a magasságban és helyzetben maradt. Külsőleg a második magzat koponyája még szorosabban ráfekszik a balmedencelfélre ahonnan megfelelő fektetéssel és manuális helyzetjavítással sem sikerül kitérítenünk. A szülés jó tolófájásoknak ellenére nem halad, ezért 14 órakor belsővizsgálatot végzünk: nem álló burok, eltűnt méhszáj, nyilvarrat a harántban, vezérpont a nagykutacs, mely valamivel az interspinális vonal felett foglal helyet, kis fejdaganat. Collisiot állapítunk meg, melyet úgy magyarázunk, hogy a második magzat koponyája az első magzat állnyak-váll alkotta vájulatába nyomult, mi által az első magzat koponyája deflexios, fejtetőtartásba került és fájás közben a második magzat koponyája az első magzatot

visszatartja. Így a természetes szülőutakon keresztül spontán szülést nem várhatunk. Röntgen felvételt, sajnos nem áll módunkban készíteni.

Az ikerösszeakadásos szüléseket általában hüvelyi úton szokták megoldani és csak kivételes esetekben ennek megkerülésével, császármetszéssel. Mint már említettük, megpróbáltuk a helyzetjavítást fektetéssel és külső műfogással anélkül, hogy a második magzat koponyáját sikerült volna az első magzat útjából eltérítenünk. Fordítást már bejövetelekor észlelt első magzat koponyájának beékelődése a 30 éves I. P. feszes hasfala és kissé szűkebb medencéje miatt lehetetlennek tartjuk. Magas üregi fogó kísérlete az előhaladásban elakadt első magzat koponyájának kifejtése végett szintén veszedelmes és meddő próbálkozásnak igérkezik. Jobboldalon jól hallható szívhang alapján feltételezzük, hogy egyik, de lehet, hogy mindkét magzat él, ezért magzatkisebbítő műtét nem jöhet számításba. Az elhúzódó kitolás és fejdaganat a szülés befejezését sürgeti, ezért mi is, mint *Vajna*, a természetes szülőutakat megkerülve, egyedül a császármetszést tartjuk helyes megoldásnak, annál is inkább, mert ennek feltételei még megvannak.

15 óra 30' (Op. dr. Horváth). Aether narcosisban szabályos transperitoneális cervicális longitudinális császármetszést végzünk. A méh megnyitása után előbb a koponyatartás és II. állásban lévő második magzatot távolítjuk el, miután ennek még álló burkát is megnyitottuk. Meglepetésünkre azonban a 2400 g-mos leánymagzat halott volt, sőt az alsóvégtagjain és a köldök körül kezdődő macerátiót is találunk, ami régebbi intézeten kívüli méhenbelüli elhalást bizonyít. Terhességi toxicosisnak semmi jelét sem látjuk, Wassermann negativ. A méhenbelüli elhalás okát a boncolás sem tudta pontosan megállapítani. Valószínű azonban, hogy a viszonylagosan megrövidült és kétszeresen a nyak körül csavarodott köldökzsinór okozhatott fulladást. A második ugyancsak II-ik állásban lévő 2300 g-mos élő fiú magzatot lábánál fogva emeljük ki, köldökellátás közben élénken felsír. Tehát mindkét magzatot a külső vizsgálatnak megfelelően feltételezett helyzetben találtuk. A lepényeket burkaikkal együtt eltávolítjuk, a méhet kitöröljük, majd sebét két rétegben szabályosan elvarrjuk és hashártyával tökéletesen fedjük. Hasfalzárás. Betegünk 11-ik napon jó közérzettel, elsődlegesen gyógyult hassebbel, egészséges 2440 g-mos csecsemőjével távozott.

Esetünket, mely nagyon hasonlít Vajna 1938-ban közölt esetéhez, érdemesnek tartottuk ismertetni, egyrészt mint ritkán előforduló szövődményt és műtéti megoldást, másrészt mint tanulságot, mert a vajudás alatti pontos kórismézésünkben és kiválasztott műtéti megoldásunkban nagy segítségünkre voltak hasonló közlemények ismeretei.

NOVOESTROL „A" LIQUID

FOLLICULUS HORMON HATÁSU SZINTÉTIKUS STILBEN VEGYÜLET CSEPPEK ALAKJÁBAN

PERLINGUÁLISAN FELSZIVÓDIK!

Forgalomban: 20 kcm-es cseppentős üvegben

DR. EGGER GYÁRTMÁNY!

Aplona *a polytrop antidiarrhoikum és egyben diäta*

Csomagolás: üveg 50 — és 100 g. tartalommal

RHENANIA Kali-Chemie A.G. „Rhenania" gyógyszervegyészeti osztálya Berlin

Magyarországi képviselet: Wack Keresztély, Budapest IX. 8.

Narcoticum- és barbitursavmentes fájdalomcsillapítás

DITONAL-KÚP

MITE ÉS FORTE

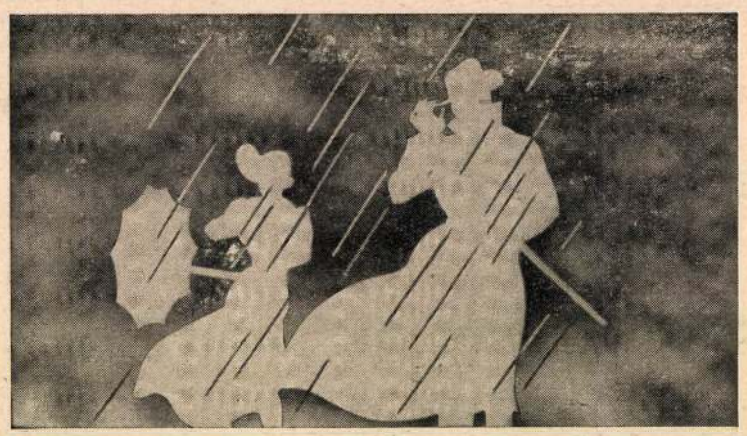
Analgeticum — sedativum — spasmolyticum — antipyreticum

Súlyosabb eseteknél, spasmusoknál, rheuma és ischiásnál

DITONAL-FORTE

Magyar gyártmány

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



Rossz időben, meghűléses betegségeknél, influenzánál

Salipyrin az évtizedek óta bevált antipyreticum és

Neohexal a formaldehyd lehasadása által hatásos belső desinficiens

therápiailag és prophylaktikusan egyformán kiváló kezelési módszerben kombinálhatók.

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

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

Gyermekek, csecsemők, fekvő betegek

bőrápolásához a betegség alatt ajánljuk a **VASENOL** készítményeket. Puhán és üdén tartják a bőrt, megelőzik az eccémákat és decubitusokat. Bőrazonos zsírokat és enyhe desinficienst tartalmaznak közömbös nedvszívó vagy olajos alapanyagban.

Kedvelt bélreguláns

ISTIZIN

»Bayer«
LEVERKUSEN

Forgalomba hozza:
Magyar Pharma Gyógyáru R. T.
BUDAPEST—KOLOZSVÁR

kellemes hatású hashajtó

MALTIRON

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

Hasmenéses csecsemők részére

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

Szabadon rendelhető: Közgyógyszerellátás terhére

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

A SZERVEZET ALKALIZÁLÁSÁRA
»EUGASTRIN« „CERTA“ AZ ALKALIZÁLÁS CSÖKKENTI AZ INSULIN SZÜKSÉGLETET

IRODALMI SZEMLE

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő.*

Kveim-féle intracutan reakció lymphogranulomatosis benigna eseteiben. *Putkonen T.* (Acta derm.-vener, 1943. 23. 10.) A szerző 42 biztosan kórismézett, 10 kétes kórismejű beteget és bizanyos számú kontroll egyént vizsgált. Az antigént Frei műszere szerint állította elő bőrelváltozásból, tonsillából és megnagyobbodott nyirokcsomóból. A legerősebb antigént nyirokcsomóból nyerte, de olykor ez sem fajlagos. Sorozatos vizsgálatok alapján a következő eredményeket kapta: lymphogranulomatosis benigna (1. b.) antigén i. c. befecskendezése után 1. b.-ban (más néven Boeck sarkoid) szenvedő betegeken és egészségeseken is nemfajlagos korai reakció látható, mely pár nap után visszafejlődik és hamarosan eltűnik. Fajlagos Kveim-féle reakció akkor jön létre, ha a korai reakció utáni idő megrövidül vagy eltűnik. A befecskendezés helyén piros papula képződik, mely lassan nagyobbodik, majd közepe szürke lesz, elpuhul, elgennyed, a genny ktör, beszárad s mint var fedi az elváltozást. Ilyen állapotban hónapokig állhat fenn. A régi var időnként leválik, de újabb képződik. A gyorsan kifejlődött reakciók 8—9 hónap alatt sem gyógyultak. Egyes betegeknél különböző jelentős változatok vannak, pl. a reakció kifejlődésének ideje pár naptól pár hónapig tarthat. Higított antigénnel a reakció lassabban jön létre. Szövettanilag a lassan kifejlődő reakció képe hasonló a betegségéhez. A gyorsan kifejlődő reakció helyén először a collagen rostok duzzadnak, elhalnak, majd elgennyednek. Az elhalt részt kezdetben lymphocytákból, majd epitheloid sejtekből álló beszűrődés veszi körül, majd sajtos elhalás folytán a tbc-hez hasonló lesz. A Kveim-reakció valószínűleg allergiás jelenség. Az antigén leukaemia lymphatikás és lymphomás betegből is előállítható: hőálló. 42 1. b. beteg közül 33-nál volt a reakció igenlő, mégpedig ott, akiknek kifejezett bőr vagy tonsilla vagy nyirokcsomó elváltozásuk van. A Kveim-reakció tehát 1. b.-re mutat. Az allergia kifejlődéséhez 2—24 hónap szükséges. (Sz. 5.) *Kertész Tivadar dr.*

RÖNTGEN (Etra, teljes felszereléssel ELADÓ 10.000 pengő Dax főorvos Budapest, Margit körút 58. Telefon: reggel 7—8-ig, vagy levél

KÖNYVISMERTETÉS

Az ideggyógyászat vezérfonala. Irta: *Laubentha Florin dr.* Fordította: *Varga Miklós dr.* tanársegéd a magyar fordításhoz előszót írt, átnézte és jegyzetekkel kiegészítette: *Kulcsár Ferenc dr.* egyet. ny. r. tanár. Szukits-kiadás. 1944. 88 szövegközti ábrával, 196 oldal. Ára kötve 48 P.

A 196 oldalas munka áttekinthetően, világosan tárgyalja úgyszólván az egész szervi idegkórtan anyagát. A tankönyveknél megszokott tárgyalási mód helyett (kóroktani csoportosítás, reflexivek alapján történő beosztás, stb.) kifejezetten a gyakorlati igényeknek megfelelő utat követi a szerző: a tünetekből kiindulva, a tünetcsoportokon keresztül vezet a betegségek különböző alakjaihoz. E tárgyalási mód tudományos jellege vitatható, de a betegágy mellett, főképpen kezdők számára kétségtelenül célravezető módszer. Az egyes betegség-fejezeteken belül azonban a klasszikus módszert követi; igyekszik mindenütt visszavezetni a klinikai képet a bonctani alapra. A még vitatott kérdések mellőzésével mindenütt a már megalapozottnak tekinthető ismereteket közli. Csak kevés helyen nem értenénk együtt tanításaival (pl. a szerző szerint az epiphysis elváltozásai a nemi szervek túlfejlődésére és nemi koraérettségre vezet, ami túlhaladott álláspont). A könyv compendium jellegű, ez előnye, de hátránya is, mert a neurológiai problematica tárgyalásának elhagyásával a kezdő olvasó nem nyer teljes képet e tudományszak jelenlegi állásáról; valóban neurológikus gondolkozásmódra csak a forrásban lévő, ki nem alakult kérdések megismerése vezet. Külön értéke a munkának Kulcsár prof. lábjegyzetei; ezekben nagyrészt saját kiterjedt tapasztalatainak összefoglalását értékelhetjük. Különösen a serológiai fejezethez írt megjegyzései értékesek. — A fordító alapos munkát végzett; egyes szerencsés kifejezésén érződik, hogy elmélyedően foglalkozott a maradéknélküli és mégis magyaros kifejezésbeli tisztasággal. — A könyv kiállítása a háborús nehézségek ellenére is, csaknem mintaszerű.

Horányi Béla prof.

LAXOPTIN Ideális, enyhe hatású hashajtó. Éveken át jó eredménnyel szedhető
Laikus propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra
„NAGY KRISTÓF“ gyógyszertár, IV., Váci-utca 1

-A- VITAMIN TERÁPIA
APROVIT olaj
10 g-OS ÜVEG 0·06 g. β-CAROTIN
— 100.000 N. E. „A“ VITAMIN
ELŐÁLLÍTJA ÉS FORGALOMBA HOZZA STRAUB SÁNDOR
Diachemia
BUDAPEST VI. TERÉZ-KÖRÚT 27

Megjegyzés Cselényi Gy. és Sándor I. Csigolyahaemangioma c. cikkére.

(O. H. 15. sz.)

Az alaposan megfigyelt, ritka eset kezeléséhez szeretnék néhány szót fűzni. Nagyon indokoltnak tartom, hogy ilyen nagy kiterjedésű érdaganat esetében a szerzők gyökeres műtétet nem végeztek. Azonban jóindulatú daganatok röntgensugaras kezelése nem szokott jelentős javulást hozni, mert differenciált sejtek kevéssé sugárérzékenyek; tartós eredményre pedig egyáltalában nem számíthatunk.

Ilyen elváltozás esetében élesen fel kell vágni az érdaganatot fedő ép szöveteket és az érdaganat felületének óvatos kipraeparálása után rádiumtükkel több ülésben tüzdelést végezni, míg fokozatosan az összes daganatsejtek nem roncsolódnak. Ha ezután a csontszövet 3—4 hónap alatt kellő regeneratiót nem mutat, csonthártya-csontátültetést végezzünk. A beteg gerincoszlopát a kezelés alatt korzettel kell védeni az összeroppanástól.

Sereghy Emil dr. Táb. posta B 954.

LAPSZEMLE

Wiener Klinische Wochenschrift 19—20. sz. *Risak E.:* Franz Chvostek †. — *Thums K.:* Franz Chvostek és alkattana. — *Denk W.:* Oesophagussebészet. — *Heine W.:* Vizsgálatok a pneumonia leküzdésére a gyáriparban. — *Finsterer H.:* A vastagbélrák kórismézése és gyógyítása.

Wiener Medizinische Wochenschrift 19—20. sz. *Gasser E.:* Táplálkozási adatok az újszülöttkorban. — *Haasmann:* Az anyatejgyűjtőállomások fejlődése. — *Haus M.:* A természetes táplálkozás az első élethéten. — *Meier A.:* A hypogalaktia kérdéséhez. — *Reuss A.:* Anyagondozó állomás a gyermekklinikákon. — *Synek B.:* Agalaktia. — *Urshitz F.:* Anyatejzsír, mint kenőcs. — *Wimmer A.:* Mit tudnak nyujtani az újszülöttgondozóállomások a természetes táplálást illetőleg? — *Koch H.:* A gráci gyermekklinika ellátása anyatejjel. — *Sierek H.:* Egy tartományi kórház újszülöttgondozóállomásának munkájáról.

Münchener Medizinische Wochenschrift 19—20. sz. *Bürger I. és Kalies W.:* Ivóvízsirtalanítás jóddal. — *Schwenn E.:* Térdizületi lövések első ellátása frontmögötti kórházakban. — *Weber G.:* A késői tetanus és prognózisa. — *Knoop Fr.:* Physiologiás reakciók megfordíthatóságáról. — *Dres R. és Reimann-Hunziker G.:* Húgyhólyagherniák. — *Roszberg A.:* A kizáródott lágyéksérv elkülönítő kórismézése. — *Brügger H.:* Melsanin, a gyógyméz. — *Kugelmeier M.:* Intraarteriás infusio és transfusio.

VEGYES HIREK

Az Orvosképzés márciusi száma a közelmultban jelent meg, melynek két különfüzete közül az egyikben a Magy. Dermatologia Társulat 1943. évi XV. nagygyűlésén a bőrtuberculosisról elhangzott referátum és előadások, a másikban pedig az I sz. belklinikán megtartott továbbképző előaások jelentek meg.

Betöltendő orvosi állások. A *szombathelyi közkórházban* két segédorvosi állás. Pályázati határidő június 24. — *A gróf Apponyi A. Poliklinikán* egy ideggyógyász és egy fogász alorvosi, valamint egy fogász segédorvosi állás. Pályázati határidő július 1.

Orvosdoktorrá avattatott a pécsi Tud. Egyetemen május 24-én, *Nyári László.* Üdvözöljük az új kartársat.

DERMASEPT KENŐCS sec. ZOMBORY
15, 30, 50 g-os csomagolásban
INDICATIO: Ekzema, pyodermia, excoriatio, impetigó, dyshydrosis furunkulosis, sycosis, folliculitis, hydradenitis, renyhény gyógyuló és gyulladásos sebek, alszárfekélyek, égés, fagyás- és minden fertőzött friss sérülés.
Az összes fővárosi közkórházakban, OTI, MABI, MÁV, Magyar Hajózás B. B. I., M. Kir. Dohányjöv. B. B. I., M. kir. Posta B. B. I. Székesfővárosi Alkalmazottak Segítő alapja, a Honvédségnél és az összes fegyintézeteknél is szabadon rendelhető.

A
SUPER LYSOFORM
1%-os oldata a legtöbb pathogen-csirát 1 pere alatt megöl
Nem mérgező, kellemes illatú és olcsó

DIPHEDAN-CHINOIN
diphenylhydantoin
nem kábító hatású ANTIEPILEPTICUM
25 tabletta á 0.10 gr.

88. évfolyam. 26. szám. Budapest, 1944. június 24.

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:

Nagy Ferenc és **Péter László:** Az ideghártya verőerének görcse erythraemiában. (303—304. oldal.)

Irányi Jenő: A priscol iontophoresis értéke perifériás rheumás betegségek esetén. (304—309. oldal.)

Melléklet. Az Orvosi Gyakorlat kérdései. (49—52. oldal.)

Irodalmi szemle. (309—311. oldal.)

Könyvismertetés. (311. oldal.)

Lapszemle. — Vegyes hírek. (312. oldal.)

A sulfamid-sorozat legújabb tagja!

SULFAGUANIDIN

a sulfanylsav guanidin-sója

A BÉLINFECTIÓK SPECIFICUMA

Bacilláris dysenteria. Enteritis. Enterocolitis. A typhus és paratyphus-csoport bacillusgazdáinak kezelésére. A vastagbél-műtétek utáni bélinfectiók megelőzése illetve leküzdése

TOXIKUS TÜNETEKET NEM OKOZ

Csak jelentéktelen mennyisége szívódik fel, ami lehetővé teszi az optimalis concentratio kockázatmentes létesítését

ADAGOLÁS: Csecsemőknek és gyermekeknek 0.08-0.15 g pro testsúly kg vízben, tejben, teában oldva 4 óránként (éjjel is!) 2 napon át, majd ennek a felét néhány napig. Felnőtteknek általában 6-8 tabletta 4 óránként

30 és 60 drb. 0·5 g-os tablettát tartalmazó fiolákban kerül forgalomba

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

88. évfolyam. 26. szám. Budapest, 1944. június 24.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

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

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

Az ideghártya verőerének görcse erythraemiában.

Irta: *Nagy Ferenc dr.* és *Péter László dr.*

A fundus polycythaemikus néven ismert szemfenéki elváltozást már régen leírták; sokban hasonló a *Liebreich* által cyanosis retinaenek nevezett képhez. A szerzők figyelme eleinte csaknem kizárólag a vénák elváltozása felé fordult. *Uhthoff* a nagyobb, majd később *Behr* a hajszálvénákon részleges kitágulásokat figyelt meg. Ezeket igen jellegzetesnek tartották, mert egyéb betegségben a vénák hasonló elváltozása nem fordul elő. *Behr* és *Hegner* pangásos papillát írtak le egy esetben. *Baquis* figyelme fordult először az ideghártya verőereinek kóros elváltozása felé. A jellegzetes vénaelváltozások mellett az artériák annyira szűkek voltak, hogy nem lehetett őket látni. Az ő esetében egy 11 éves gyermek szerepel morbus coeruleussal 8.5 milliós vvs. számmal.

Köster már valódi polycythaemia esetében figyelmeztet az artériák szerepére, s ő gondolt először érgörcsre erythraemia következtében. A beteg panaszai alapján migrainhez hasonló centrális érgörcsökre gondolt. Polycythaemiában muló látásromlásról többen beszámoltak. *Mylius* volt az első, aki az arteria centralis retinae összes ágaira kiterjedő görcsöt először észlelt polycythaemia következtében, s neki sikerült először ezt lefényképezni. *Riser* és *Planquer* három évvel később a retina erein apró érgörcsöket figyelt meg. *Elschnig* és *Nonnenbruch* két esetében valószínűleg polycythaemia következtében létrejött féloldali embolia art. centr. retinae szerepel. Egyik esetükben sem sikerült azonban az art. centr. retinae görcsét megfigyelniök, csak feltették azt, mivel semmi okot nem találtak, ami valódi emboliát okozhatott volna. Szerintük a fennálló erythraemia következtében úgy jön létre a hirtelen megvakulás, hogy az érgörcs folytán keletkezett thrombus a görcs oldódása után is elzárja az arteriát. Egyik betegükön az emboliával ellentétes oldalon bénulás keletkezett a felső végtagban, ami a mi esetünkben is jelentkezett.

Esetünk teljesen hasonló *Mylius*-éhoz, s az irodalomban második. A tüneményt szemtükörrel kezdetétől elmulásáig sikerült pontosan megfigyelnünk, sőt színes filmre le is fényképeznünk.

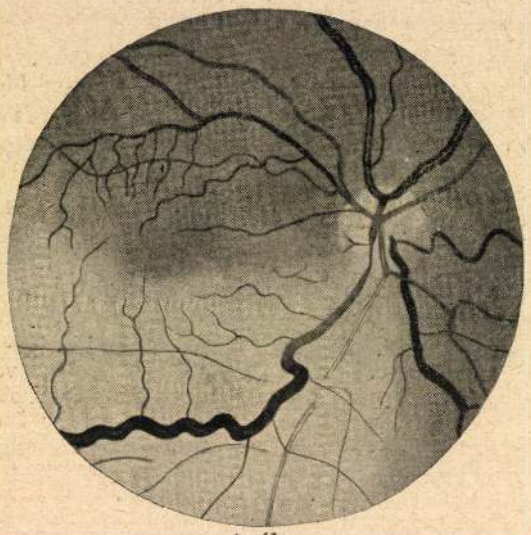
24 éves férfi. Szülei, testvére egészségesek. Nyolc hónappal ezelőtt gyakori fejfájása volt, szédült. Pár nappal később bal karja és bal lába zsibbadt, nehezen mozgott, bal karját alig tudta felemelni, nem tudott vele fogni. Azóta állandó kezelés alatt áll kórházi osztályon; Herzog-féle étrend, többszöri ércsapolás, röntgen-besugárzás. Szempanasza: Jobb szemén napjában 4—5-ször hirtelen ködösen lát pár másodpercig — esetleg egy-két percig — majd látása fokozatosan tisztul. Jelen panasza, hogy négy nappal ezelőtt a jobb szemére hirtelen megvakult s ezuttal a várt feltisztulás elmaradt.

Vérkép: Vvs. szám: 8,820.000, fvs. szám: 8400 (más alkalommal 13.000-ig.), haematokrit 78, haemoglobin 173%, minőségi vérkép: fiatal 1, pálcika 9, karéjos 70, monocyta 9, lymphocita 11% (Vidra dr.). Belvizsgálat: Tüdő: magasabb rekeszállás. Szív balra 1 ujjal nagyobb; tiszta hangok. Két ujjnyi máj, lép 3 harántujjal a bordaív alatt. Vizelet: fehérje +, üledékében ritkán 1—1 vvs. Vérnyomás: 155/125 (balkaron 145). (Várvédi dr.)

Látásélesség jobb szemen excentrikusan 1 m ujjolvasás, ba szemen 5/5. A szemhéjak bőre kékes-vörös, a kötőhártya vérbő. Egyébként külsőleg ép szemek. Jobb szemfenék: a látóidegfő nasalis és alsó széle elmosódott. Az art. centralis retinae temporalis alsó ága a papilla közelében erősen megszűkült, a véroszlop benne több helyen megszakadt. Az ér mentén az ideghártya vizenyősen duzzadt, a vizenyőben a macula alsó fele is résztvesz, a fovea vörös folt alakjában élénken látszik. A vénák rendkívül tágak (3—4-szeresen), kanyargósak, helyenként kisebb-nagyobb kibolosulásokkal (1. ábra). A szemfenék széli részén II. óra irányában 1—2 finom fonalszerű üres arteria, parányi vérzésekkel. A szemfenék színe kissé sötétebb vörös. Bal szem: hasonló vénaelváltozások, az arteriák teljesen épek.

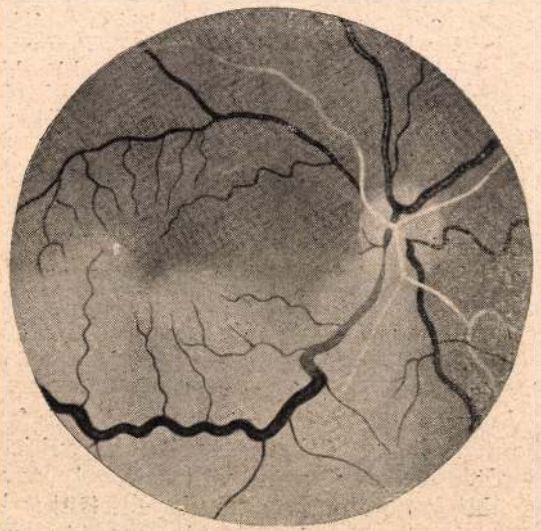
A jobb szemen vizsgálat közben hirtelen az összes artériák kiürültek, vékonyabb, fonálalakú képletekké váltak, élénk reflexekkel. A vénák is észrevehetően megszűkültek (2. ábra). Ez az állapot mindkét alkalommal kb. 10—15 percig tartott, utána az érlumen lassan megnyílt és a vérkeringés a verőerekben fokozatosan helyreállt, kivéve a temporalis inferiorágban. A beteg közben nem észlelt subjective semmit, a vizenyő sem változott. A további vizsgálatok alkalmával megfigyelhettük, hogy az arteria-görcs az ér lefutása mentén válta-

kozott, majd közel a látóidegfőhöz, majd tőle távolabb hosszabb-rövidebb darabon jelentkezett. Az arteria megszűkült, a véroszlop kiszorult belőle, a keringés az ágban megállt, majd hirtelen ismét megnyilt az ér és a keringés megindult. Később másik ágon jelentkezett hasonló formában.



1. ábra.

A görcsöt megpróbáltuk érbe fecskendezett perparinnal, továbbá amylnitrit-belélegeztetésével oldani, azonkivül prostigmint szedettünk és naponta két ampulla adenosintriphosphorsavat (Atriphos) fecskendeztünk be izomba. Rövid időn belül hatást nem értünk el. Az összes arteria-ágakra kiterjedő görcsöt azonban többé nem észleltünk, két nap mulva a temporalis inferior ágban is megindult a keringés, bár ez az érág továbbra is észrevehetően szűkebb maradt. A vizenyő fokozatosan csökkent, a látáséleség 5/20-ig javult. A maculában azonban maradandó elváltozások jöttek létre. Két ízben bőséges vérvétel is történt. Mindezek jó hatása valószínűleg fennállt, a spontán oldódás lehetősége azonban megmaradt.



2. ábra.

Mylius 1928-ban közölt esetében hasonló panaszok után ugyanezen tüneteket észlelte 52 éves polycythaemiás férfi betegen. Az ő esetében vizenyő nem fejlődött ki, bár a temporalis inf. ág hasonló módon hosszabb ideig görcsösen el volt záródva. A mi esetünkhöz hasonlóan a keringés bizonyos idő multán teljesen helyreállt. Meg tudjuk erősíteni azt az állítását, hogy tisztán functionális keringési zavarról van szó. *Mylius* fejtegetéseit véve alapul, az embolia vagy az ú. n. erythrocyta thrombus kizárható volt. Nem magyarázható meg a jelenség fokozott agynyomással, endarteritises folyamatok sem jöhetnek szóba. Az arteria centralis retinae nyomása, *Kukán* szerint mérve, kb. szabályos értéket mutatott.

Mylius egyetlen esete alapján még nem merte teljes határozottsággal kizárólag az erythraemiával összefüggésbe hozni ezt a kórképet. A mi esetünk azonban mindenben megerősíti az ő feltevését és véleményünk szerint feltétlenül összefüggés van a betegség és az érgörcsök között. Hogy mégis ritkán kerül észlelésre, annak oka az lehet, hogy szemtükörrel ritkán figyelhető meg, mert rendszerint igen rövid ideig tart. A beteg panaszai alpján pedig inkább agyi érgörcsre gondolunk. Esetünkben ilyen érgörcs, majd táplálkozási zavar okozhatta a jobb agyféltekében a bal kar részleges bénulását. *Elschnig* és *Nonnenbruch* egyik esetében hasonló bénulás támadt ugyancsak a szemelváltozással ellenkező oldalon.

Az alap-betegség okát nem ismerve, a szemfenéki elváltozások okát a vér megváltozásában kereshetjük. A keringő vér összmennyiségének megnövekedése (ami néha 50%-nál is több lehet, legfőbb oka a vénák szokatlan tágasságának. Esetünkben a kiadós vérvétel után mindig megfigyelhető volt, hogy a vénák átmenetileg csaknem eredeti vastagságúak lettek. A vér rendkívüli sűrüsége a keringést megnehezíti, a kibocsátott vérből plasmát alig sikerült nyernünk. Az ilyen vér gáztartalma is lényegesen megváltozott. *Gaquis* esetében a bőséges széndioxyd következtében az érmozgató központ izgalma feltehető volt, a mi esetünkben azonban ez a körülmény nem szerepelhet.

A m. kir. Honv. Gyógyfürdőkórház közleménye. (Kórházparancsnok: Tieser József dr. orvos-vezérőrn.)

A priscol iontophoresis értéke peripheriás rheumás betegségek esetén.

Irta: *Irányi Jenő dr.* orvos-őrnagy.

Az iontophoresisben egyenáram segítségével a bőrön át juttatunk a szervezetbe gyógyszereket. Itt a gyógyszerhatás mellett az elektromos áram katalytikus hatása is szerepet játszik, s így tulajdonképpen az iontophoresis a gyógyszeres és elektromos orvoslás együttes

alkalmazása. Két esetben van nagy jelentősége. Először, ha olyan anyagokat juttatunk vele be, melyeket más úton bejuttatni nem lehet, vagy hátrányos. Másodsorban peripheriás betegségek orvoslásában jelentős, amelyekben a gyógyszert iontophoresissel közvetlenül a baj helyére juttatva, nagyobb hatást érhetünk el, mint egyéb úton való alkalmazásával. Ezért lett kedvelt gyógymóddá, elsősorban bőrbajok, mozgásszervi betegségek és peripheriás keringési zavarok esetén. A francia és orosz orvosi gyakorlatban vált leginkább elterjedtté. Arthritist, myalgiát és neuralgiát salicyl, köszvényt lithium, peripheriás bénulásokat, izületi contrakturákat jód, trigemius-neuralgiát aconit-iontophoresissel orvosolnak. Izomdystrophiában a calciumot ajánlják. Leggyakrabban azonban mindenütt a magyar kezdeményezésű *histamin* kerül iontophoresis útján alkalmazásra, a rheumás betegségcsoport legkülönbözőbb helyi megnyilvánulásaiban. A vegetativ idegrendszert, mint ingerközvetítőt használjuk fel a vagotoniásan ható különféle cholinszármazékok iontophoresisében, közülük legelőnyösebben az acethylcholint (Trauner). Ezek rheumás betegségek gyógyításában egyre nagyobb tért hódítanak.

A legutóbbi években peripheriás keringési zavarok ellen nagyon jól bevált értágító készítmény a Hartmann és Isler által synthetikusan előállított 2-benzyl-4.5-imidazolinhydrochlorid, amelyet a Ciba-gyár *priscol* néven hozott forgalomba. Chemiailag a histaminhoz áll közel. Hatásmechanismusát előállítóin kívül főleg Meier és Müller, valamint Zothe vizsgálatai tisztázták. Megállapításaik szerint a *priscol* 1. nem a capillárisokat tágítja, mint a histamin, hanem elsősorban az arteriolákat és a kis arteriákat; 2. hyperaemizáló hatása legfeltűnőbb a végtagokon, szájon, a has bőrén és a conjunctivákon; 3. érbe fecskendezés után a keringés gyorsul, Zothe szerint hatására az arteriovenosus anastomosisok megnyílnak és 4. értágító hatását vérnyomáscsökkenés kíséri. Rolf Meier és Rudolf Meyer kísérleteik során arra a megállapításra jutottak, hogy a priscol nem hat cholinergiásan, hanem a sympathicus-rendszerrel áll kapcsolatban. Mérgező hatása jóval kisebb, mint a histaminé. Így az állatkísérletekben megállapított halálos adagja a histamin halálos adagjának szájon át adva kétszerese, bőr alá fecskendezve hatszorosa, intravenás alkalmazáskor pedig harmincszorosa.

Mindezek alapján kiterjedten és jó eredményekkel használják a peripheriás keringés minden működési vagy szervi zavarában. Jól bevált különféle bőrbajok, hypertonia és anaciditas esetén therapiásan (diagnostikusan), valamint a szemészeti gyakorlatban is. Leginkább szájon át, befecskendezés és kenőcs alakjában alkalmazzák. Zuppinger röntgen- és rádiumkezelés utáni fekélyeket váltakozóan histamin és priscol iontophoresissel kezelt. Azokban az esetekben, ahol csontelhalás is volt, priscollal kapott jobb eredményeket.

Jól ismert tény az, hogy peripheriás rheumás kórképekben jelentős keringési zavarok vannak. Ezekben leginkább a kis arteriák, arteriolák és az arterio-venusos anastomosisok görcse állapítható meg. Természetes, hogy a gyógyulást elősegítő gyógyszerek között legrégibbek és ma is legáltalánosabban használtak a beteg testrészekben vérbőséget előidéző gyógyszerek (Vámossy). Mivel a priscol néven ismertté vált benzyl-imidazolin chemiai tulajdonságainál fogva elektrophoretikus bevitelre alkalmas, peripheriás rheumás kórképek esetén érdemesnek látszott a *priscol-iontophoresis* kipróbálása.

26 beteget kezeltem priscol-iontophoresissel; egy kúrában általában 10—15 kezelést adtam. A kezelt esetek nagyobb része myalgia, neuralgia és arthrosis volt, kisebb részben arthritis és izületi contractura.

Néhány jellemző kórtörténet-kivonat:

H. J.-né, 54 é. Térdfájdalmai miatt 5 év óta több alkalommal kezelték. Utóbbi időben panaszai fokozódtak: ülés utáni járáskezdetkor, lépcsőn lefelé menve és hidegben mindkét térdében erős fájdalom van. Tárgyi lelet: térdeinek medialis condylusa felett körülírt nyomásfájdalom, a térdek nyujtása szabad, hajlítás a fájdalom miatt nem vihető végbe teljesen, mozgatáskor mindkét térdben durva ropogás. Röntgenfelvételen az izületi rés beszűkült, a processus intercondyloideusok kihegyezettek, az ízfelszínek egyenetlenek. Dg.: arthrosis genus l. utr. Minden egyéb szokásos kezelés mellőzésével priscol-iontophoresist adunk másodnaponként, emellett csak reggel-este a térdek néhány activ mozgatását ajánljuk. 4 kezelés után a fájdalmak elmaradnak, 12 iontophoresis után a mozgások teljesen szabadok, panaszmentes. Tárgyi lelet változatlan.

B. J. 65 é. férfi. Térdizületi arthrosisa miatt több ízben kezeltük. Néhány nap óta bal térde duzzadt, fájdalmas, mozgása korlátozott. A bal térd medialis oldalán duzzanat, nagyfokú nyomásérzékenység, az izületben részleges contractura, ropogás. 5 napi pihenés, priessnitz és naponkénti priscol-iontophoresisre fájdalom és duzzanat alig van, a mozgások szabadabbak. 15 iontophoresis után panaszmentes, duzzanat nincs, a mozgások csaknem teljesen szabadok.

N. T. 33 é. hadnagy. Ez év februárjában az orosz harctéren 5 napon át nem volt fedél alatt és 160 km-t gyalogolt 30° C körüli hidegben. Jobb térde körülbelül négy hétig duzzadt volt. Hónapok mulva is megindításkor és hosszabb járás után mindkét térde fáj. St. praes.: mindkét térdben ropogás, az alszárizomzat érzékeny. 20 priscoliontopheresis és ugyanannyi massage után panaszmentes, ropogás nincs.

E. G. 34 é. nő. 3 napos lumbagója miatt vesszük kezelésbe. 5 m. A. áramerősség mellett 10 percig adott histaminiontophoresis után feifájásról és rossz általános közérzetről panaszkodik. Priscolra térünk át, ezt jól tűri; 6 kezelésre meggyógyult.

T. J. 40 é. férfi. 1 hét óta jobb felső végtagjában roham szerű, kínzó fájdalmak, különösen a kar használata után és éjjel. Alaki eltérés nincs, a mozgások szabadok, paraesthesiák az alkaron. Dg.: brachialgia l. d. A végtag teljes pihentetése

mellett naponként enyhe fájdalomcsillapító, galvan és 5 m. A. melletti 6 perces priscol-kezelést adunk. 1 hét multán a fájdalmak tetemesen enyhülnek, 2 hét multán enyhe fájdalom és kézzsibbadás jelentkezik, 20 kezelésre meggyógyult.

Dr. J. A. 48 é. férfi. 7 hónap óta több helyen kezelték b. o. ischiása miatt. Alig érez javulást. Eddig neurolysin- és B₁ vitamin-injekciókat, később rövidhullámú, majd gyógyfürdős kezelést kapott. Közben manduláit kivették és fogait rendezzék; ped. plan. miatt gypsmintra betétet készíttetett. Jelenleg fekvéskor nincs fájdalma, 5—6 percnyi óvatos járás után azonban tűrhetelen fájdalmat érez derekában és egész bal alsó végtagjában, állni vagy ülni ennyi ideig sem tud. St. praes.: a nyujtott bal alsó végtag alig 30°-ig emelhető fájdalom nélkül. Contralateralis Lasaque és Bragard tünet is positiv. Nyomáspontok érzékenyek. B. o. Achilles reflex hiányzik. Kisfokú skoliosis. Mérsékelt ped. plan. trans. dilat. A 3 hónap előtti iszapgönygyölés és iszapfürdőkúrát ismételjük meg. 12 kezelés után nincs kielégítő javulás. A fürdők priscol-iontophoresissel kombináljuk. 4—5 kezelésre a subjectiv panaszok feltűnően csökkennek. Elhagyjuk a fürdőt, reggel 1, este ½ priscol tablettát is rendelünk. Ujabb 2 hét multán csak hosszabb járás után jelentkezik enyhébb zsibbadásszerű fájdalom, további járásra ez ismét megszűnik. Egyetlen tárgyi tünet az Achilles-reflex hiánya.

A kezelt bőrterület képe nem teljesen egyezik a histamin-iontophoresis utáni ismert képpel. A priscollal hyperaemizált bőrterület élénken vörösszínű, jobban mutatja az aktiv vérbőség jellegzetességeit. Viszont a »quadliképződés« sokkal kevésbbé kifejezett. Előfordult tenyérnyi vagy még nagyobb területen bőrdudorképződés, általában azonban gombostűfejtől lencsényi számos »quadli« keletkezik, e tekintetben is eltérést mutatva a histamin-iontophoresistől. A kezelés közbeni, vagy a közvetlen kezelés utáni subjectiv érzések teljesen azonosak. A létrejött bőrhyperaemia — egyéni különbségek mellett — általában huzamosabb ideig áll fenn.

A kezelt terület bőrhőmérsékletének emelkedését a rendkívül érzékeny thermoelektromos bőrhőmérővel sem sikerült kimutatnom, sőt előfordult, hogy a hőmérséklet csökkenést mutatott. A kezelési időtartam elnyujtásával szokatlanul erős *bőrizgalmat váltottam ki*, s akkor is csak 1—2 C° hőmérséklet-emelkedést mérhettem. A priscol arteriolákat tágító és a keringési sebességet fokozó hatása már be van bizonyítva, úgyszintén többen megállapították már subcutan vagy intravenás alkalmazása után a bőrhőmérséklet múló emelkedését. Hogy ezt iontophoresis után nem észlelhettem, azt csak a bőrön keresztül történő fokozott hőleadással magyarázhatnám. A bőrt csak itatóspapírral igyekeztem leszárítani, mert erősebb dörzsölés maga is előidézhette volna a hőemelkedést. A nedvesség, emellett a fokozott verejtékelválasztás és perspiratio compensálhatták a bőrhőmérséklet növekedését vagy annak kisebb csökkenésére vezettek.

Histamin-iontophoresis után hyperergiásokon előfordul, hogy kisebb-nagyobb shock zajlik le, kellemetlen általános tünetek mellett. Az egész test bőrének kipirulása, a fejben vértódulás érzése, remegés és gyengeség mutatkozik ilyenkor. Priscollal végzett iontophoresiskor kellemetlen, melléktüneteket egyszer sem észleltem. Histamin iránt túlérzékeny betegen priscolra térve át, a kezelés minden panasz nélkül volt végezhető. Mivel ritkán per os vagy injiciált adása után általános melegérzés és enyhébb remegés előfordult, melléktünetek jelentkezése 26 eset alapján teljesen nem zárható ki, egész collapsusra vezető shockhatástól azonban, már a kisebb toxicitás miatt sem kell tartanunk.

Gyógyító vagy enyhítő hatása általában megegyezik a histaminéval. Jóindulatú acut myalgiákban a kezelés után prompt mutatkozó javulás és a panaszoknak 3—4 kezelés utáni teljes megszünte histamin- vagy priscol-iontophoresis után egyaránt bekövetkezik. Neuralgiák egészen heveny szakában is jó eredménnyel alkalmazható. Heveny esetekben a szokástól eltérőleg a kezelési időtartam csökkentése helyett inkább a kisebb áramerősség melletti, elektrotophoresist ajánlom. Arthritis és sérülések utáni izületi contracturák esetén ugyanolyan eredményt várhatunk, mint a histamintól. Meglepően jól és gyorsan csökkennek priscol-iontophoresisre az arthrosisok jellemző tünetei. A mozgás megkezdésekor és lejtőn vagy lépcsőn lefelé menve jelentkező fájdalmak már 5—6 kezelés után elmaradnak vagy elviselhetővé csökkenek. 15—20 kezelés után a subjectiv javulás egy esetben sem maradt el. 8 hónap óta minden kezeléssel dacoló idült ischias egy esetében a per os és iontophoresissel való együttes adására 4 kezelés után feltűnő javulás, 12 kezelés után teljes tünetmentesség állott be.

Az alkalmazás technikájára vonatkozólag: A priscol 10%-os oldatban kerül forgalomba. Az eredeti oldattal is végezhetjük az iontophoresist, de ez nagy anyagpazarlás. Célszerű ötszörösre felhigítani, így kisebb mennyiség is egyenletesen oszlik el nagyobb felületű itatóspapíron vagy gazen. A higítás szemmérték szerint történhetik. Tudnunk kell, hogy a bőrbe jutott hatóanyag mennyisége csak számításba nem jövő kis mértékben függ az oldat töménységétől, ellenben arányos az áramerősséggel és az alkalmazás időtartamával. Ideálisan az oldat higítása és az elektrodák lemosása desztillált vízzel történik, így a zavaró idegen ionokat távol tarthatjuk. Az activ elektrodot a gócra tesszük és célszerű, ha az indifferens elektrodot úgy helyezzük el, hogy a kezelt szerv a két elektród között feküdjön. Legcélszerűbben 10 cm² felületű elektród mellett 5—10 m. A. áramerősséggel 6—12 percig folytatjuk a kezelést. Idült esetekben másodnaponként, he-

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

A térdizületi panaszokról.

Térdizületi panaszokkal jelentkező beteg gyakori vendége a sebészi rendelőnek. Az izület kórtani fontosságát részben már bonctani alkotása magyarázza: jellemző rá az izületi üreg és synovialis hártya nagy kiterjedése, amelyek révén a test legnagyobb felületű izülete, az izületi üreg számos kiboltosulása, a körülötte elhelyezkedő kb. 30 nyákerszény, az izület trochoginglynus volta, megterhelési igénybevétele, valamint kiadós mozgási lehetősége (130°-os hajlítás) mindmegannyi adottság kóros elváltozás létrejöttéhez. Az izület bonyolult szerkezete így számos megbetegedésre ad lehetőséget, de megnehezíti egyúttal ezek felismerését is.

A panaszt okozó izületi elváltozások jórészének kórismézése már klinikai vizsgálattal, illetve egyszerű Rtg.-felvétellel eldönthető. Ilyenek a térdizület fejlődési rendellenességei, daganatai, törései és ficamai.

Az izületet alkotó alsó combcsontharmadnak, a sipcsont felső végének és a térdkalácsnak törése súlyos erőművi behatásra keletkezik, evvel arányban állanak tünetei is. A kórismét és a törés pontos localizációját Rtg.-felvétel biztosítja. Az ellátásnál a töréskezelés általános elvei érvényesülnek, a térdkalácstörés gyógyítása rendszerint műtéti. Ugyancsak nagy trauma hozza létre a térd és térdkalács ficamait is. Helyretétele friss esetben könnyen sikerül, utánna 10—14 napra rögzítést igényel.

A daganatok közül exostosis, chondroma és sarkoma fordul elő a térdizületben. Sarkoma esetén gyökeres műtét végzendő; a jóindulatú daganatok műtéti kezelése csak akkor indokolt, ha azok működési zavart okoznak.

A térdizületi panaszok további sorában a körelőzmény nyomatékosabban ad utalást a baj lényegére. Erőművi behatásra keletkező elváltozást másként vizsgálunk és értékelünk, mint gyulladásos aetilogiájút, másként a sportolók panaszait, mint az idős kor idült jellegű megbetegedéseit. A térdizületi panaszok nehezebben értékelhető és differenciálható részét az egyéb sérüléses megbetegedések (arthritis traumatica), a fertőzéses és toxikus izületi gyulladások és az ú. n. arthropathiák alkotják.

Ha az izületet ért zúzódás-rándulás hatására az izület belvilága is sérül, — vérzés indul meg, amely rendszerint csak akkor szünik meg, amikor az izület üregét már kitöltötte (haemarthros). Az izület körvonalai elmosódottak, a térdkalács ballotálható, a mozgatás fájdalmas, korlátozott. Az el nem távolított vérömleny folyékony marad, az izületben idült jellegű gyulladásos folyamatot indít meg (gonitis serosa traumatica). Szurcsapolással eltávolítandó tehát az izületi ömleny, az izületet gipsztokban 2—3 hétre nyugalomba helyezzük. Ha a sérülés az izület porcos felszíneit, porckorongjait és szalagjait is éri — a desorganisatio interna kórképével állunk szemben. A sarlóporc többféleképpen sérülhet: el- és leszakadhat és összehúzódhatik. A sérülés túlnyomórészt fiatal férfiakat ér, rendszerint a belső porc sérül. Jellemző, soha nem hiányzó tünet a fájdalom, amelyet csaknem minden esetben az izület savós duzzanata kísér. Jellegzetes panasz a járásnál, különösen lépcsőjárásnál jelentkező hirtelen éles fájdalom az izületben, a térd megmerevedik. A fájdalom oka a leszakadt porckorong becsípődése az izfelszínek közé. A megtartó medikomehanikus kezelés eredménytelensége esetén műtét ajánlatos.

Sérülés érheti az egyik, vagy mind a két keresztszalagot. A kezdeti fájdalom és duzzanat tünése után a térd rendellenesen mozgatható marad, főként oldalirányban. Miután így a térd használhatósága csökkent — műtét tanácsos, míg friss esetekben — részben a kórisme bizonytalansága miatt — a tartózkodó kezelés a jobb. A Hoffa-féle zsírszövet is sérülés következtében bevérzés útján megszaporodhatik, a túltengett zsírszövet mozgás közben az izfelszínek közé éppúgy becsípődhetik, mint az izegér és ugyanazokat a tüneteket is váltja ki. Megoldása a zsírszövet kiirtásából áll.

Nem bebizonyíthatóan sérüléses eredetű az osteochondritis dissecans (König-féle betegség), Csont-porcdarab leválása jellemzi, amely mint izegér (mus articuli) szabadon mozog az izületben. Lehet kétoldali is. Főként fiatalabb korban fordul elő, rendszerint nehéz testi munkát végzőknél jelentkezik. Izületi ömleny kíséri, megoldása műtétet igényel, ami az izegér eltávolításából áll.

Térdizületi ömleny jelentkezhetik még fiúgyermekeknél kis sérülésre is rohamszerű bevérzéssel (artropathia haemophilica); beidegzési és angioneurotikus zavarok következtében szintén rohamokban felnőtteknél is hydrarthros intermittens képében. Minden esetben szurcsapolással kell az izület tartalmát eltávolítani és az izületet nyugalomba helyezni.

Nagyjelentőségű és a gyógyításra komoly feladatot ró az idülten kiújuló térdizületi ömleny. Oka lehet erőművi behatás vagy gyulladás. Utóbbinak sokszor könnyen kideríthető eredete van, pl. gyulladásos csontgóc az izület környezetében (Brodie-tályog), vagy gyulladásos lágyrészek (nyákerszény), stb. Lehet az oka

synovitis, amely ismét traumás eredetű, vagy gócfertőzésből eredő lehet (fog, mandula, melléküreg). Végül lehet az izületi ömleny allergiás. A gyógyítás eszközei: szurcsapolás és rögzítés, hőlég, rövidhullám.

Jellegzetesebb a fertőzéses térdizületi gyulladások képe. Itt a gyulladásos jelenségek állnak az előtérben, nagy fájdalom, magas láz, rázóhideg. Az izület duzzadt, lobos. A tünetek súlyossága attól függ, hogy a folyamat az izületi üregen belül határolódik-e el (gonitis purulenta), vagy már a tokszalagra és az izület környezetére is átterjedt (phlegmone capsularis, ill. periarthritis phlegmonosa). Ha az izület öblítése nem jár kielégítő eredménnyel — műtét javasolt, amely az izületnek, illetve környezetének feltárását jelenti.

A gümős térdizületi gyulladás inkább a fiatalabb kor megbetegedése. Az izületet alkotó csontokban levő, vagy a synovialisban ülő gümős góc tör be az izületbe. Lappangva kezdődik; tompa fájdalom, a megszaporodott izületi savó, az izületi körvonalak elmosódása a folyamat első jelei. Pontos felvilágosítást csak a Rtg.-felvétel ad. A megtartó kezelés indokolt, csak ennek eredménytelensége esetén jön szóba a műtéti megoldás, az izület resectiója.

Vérbaj második szakában mint savós gonitis, a harmadik szakában mint a porcra és synovialisra kiterjedő gummás beszűrődés jelentkezik a gyulladásos folyamat. Rendszerint kétoldali. A Wa. erősen positiv. Kezelése antilueses kura.

A gonitis neurotica jellemzésére Verebély professzor klasszikus leírását idézem: »Az idetartozó kórképek két ellentétes véglet között mozognak, amelyeknek jellemzése két mondatban foglalható össze. Az egyik végletet izületi elváltozások jellemzik, amelyeknek óriási méreteivel szemben feltűnő a csaknem teljes fájdalmatlanság. A másik végletet viszont az igen súlyos panaszokkal szemben a kimutatható tárgyilagos elváltozások teljes hiánya jellemzi.« A gon. neuroticát tabes és syringomyelia folyamán látjuk. Jellemző az izület elformátlanodása, Rtg.-képen a csont nagyfokú sorvadása, klinikailag viszont az aránylag jó működése és fájdalmatlanság. Kezelése az izület tehermentesítésére irányul. A hysteriás gonitist viharos tünetek jellemzik anélkül, hogy az izületben valamilyen elváltozás kimutatható volna. Kezelése tartózkodó legyen.

Sebészi szempontból csökkent jelentőségűek azok a kórformák, amelyeket idült térdizületi csúz néven foglalunk össze. A gonitis rheumatica chr.-t és a deformáló térdizületi athrosist soroljuk ide. Előbbinek lényege az izfelszínek pusztulási és a tokszalag zsugorodási hajlama révén a mindjobban fokozódó izületi merevség, utóbbinál a csontszéleken szabálytalan csontképződés indult meg, amelynek folytán az izület súlyosan deformálódik és esetenként lötyögővé válik. Kezelése általában belgyógyászi, sebészileg csak a tehermentesítés jöhet szóba.

Rohrer László dr.
az I. seb. klinika tanársegéde.

A myotonia congenita.

A sajátságos, veleszületett, dominans módon öröklődő és egyes családokban igen elterjedt izommegbetegedést elsőnek Thomsen irta le, akinek családjában 7 nemzedéken keresztül öröklődött ez a betegség. Az első tüneteket legtöbbször kis gyermekkorban szokták felismerni. Gondos szülők, akiknek családjában a betegség előfordult, már a korai csecsemőkorban is felismerik a bajt a szemmozgások lassúsága, a szopás és a sírás sajátságosan megváltozott volta miatt. Ezen észlelések mellett van olyan eset is, amikor az első tünetek csak a későbbi korban, a serdülés idejekor jelentkeznek. Felemlítjük még azt a tapasztalatot is, hogy a betegek nagyobb része férfi.

A kórkép *jellemző tünete* sajátságos, tónusos izomösszehúzódás, mely a harántcsíkolt izomzatban nyugalmi állapot után minden akaratlagos mozgás megkezdésénél jelentkezik és a mozgás létrejöttét annyira hátráltatja, hogy a szándékolt mozgások csak nagy erőkifejtéssel indíthatók el, vagy esetleg meg is gátolhatja a szándékolt mozgás kivitelét (pl. kézfogásnál, leülésnél, rágásnál, beszédnél), sőt végső fokon az esetleges hirtelen mozgáskezdés a beteget szoborrá merevítheti. Ez a tónusos izommegfeszülés több másodpercig is eltarthat, majd ennek lassú, fokozatos megszünte után a szándékolt mozgás később akadálytalanul elvégezhető. Egymásután ismétlődő mozgásoknál a kezdés fokozatosan könnyebbé válik. Pár perces nyugalmi állapot után azonban az egész tünetcsoport újra fellép. A passiv mozgásokban kóros eltérést nem látunk. A sajátságos izom tüneteknek megfelelően az inreflexek nehezebben válthatók ki annak ellenére, hogy az idegrendszerben kóros eltérés nincs. A betegség kiterjedése szerint megkülönböztetünk könnyebb alakot, amikor a betegség csak egyes izmokat érint (részleges alak), vagy súlyosabb alakot, amikor a betegség több izomra, izomcsoportra terjed ki, ily esetekben a végtagok, arc, rágó és nyelv, gége és garat izomzata, továbbá a külső szemizmok is megbetegedhetnek. A szív és légzőszervek harántcsíkolt izomzata egyáltalában nem, a törzs és a nyak izomzata pedig csak ritkán betegszik meg. Külső megtekintésre a beteg izomzata hypervolumensnek látszik, emiatt atlétaszerű, herkulesi külsővel rendelkezik. Az izom-

erő azonban nem felel meg a külső látszatnak, mert az a normálisnál gyengébb.

Jellemző az izomzat mechanikus túlingerlékenysége, ugyanis a beteg izom kopogtatására renyhe, hurkaszerű izomösszehúzódás, megfeszülés következik be, ez a jelenség csak lassan fokozatosan tűnik el, sőt néha több órán át is megmaradhat.

Kórjelző tünet az Erb-féle myotoniás reactio: a beteg izom ideg felőli villamos ingerlékenység nem változik, viszont az izom felőli villamos ingerlékenység mind a farádos, mind a galvános-áramú ingerlésre fokozott és pedig erősebben a farádos, mint a galvános ingerlésnél. Jellemző a létrejövő rángások renyhe, tónusos és tartós jellege. Erős stabil galván-áram hatására egyes esetekben rythmusos izomhullámzás látható katod-anod irányban. Tapasztalati tény az, hogy az Erb-féle reactió csecsemőknél életünknek első félévében nem mindig váltható ki. Megemlítendőnek tartjuk, hogy a betegség gyakran társulhat psychosissal és egyéb idegrendszeri megbetegedésekkel.

A myotónia az egész élet folyamán változatlan formában megmarad, tehát *kórjóslata* a gyógyulás szempontjából rossz, viszont »quo ad vitam« jó.

Kórbonctanilag jellemző, hogy kóros elváltozást csak a harántcsikolt izomzatban találhatunk és pedig az egyes izomrostok megvastagodottak, olykor vacuolásak, a harántcsikolat elmosódott, a sarkoplasma magvai megszaporodtak, emellett kisfokú kötőszöveti szaporulat is lehet jelen. Az idegrendszerben kórbonctani elváltozás nem mutatható ki. Ez az észlelés összhangba hozható azzal a feltevéssel, hogy a tónusos működést kifejtő sarkoplasma túlsúlyba jutott a kevésbbé differenciált fibrillumokkal szemben.

A *betegség kóroktana* tisztázatlan, csak bebizonyítatlan feltevések, elméleti elgondolások vannak. Igy egyesek szerint lehetséges, hogy a beteg izmok sympathikus beidegzésének zavaráról vagy hiányáról van szó. Az örökléstani kutatások szerint valószínű, hogy olyan fejlődési zavarról van szó, amelynek hatására a megfelelő izomzat kialakulása és működése a normálistól eltért. Lehetséges, hogy endokrin alapon fellépő endogen toxicosis a kórok, emellett szólna, hogy pl. a myotonia dystrophica gyakran társul hajhullással, hyperidrosissal, hereatrophiával, kataractával, debilitassal stb., vagyis oly kórformákkal, amelyek teljes joggal endokrin-eredetűnek foghatók fel.

Elkülönítő kórjelzés szempontjából a következő kórformákat kell figyelembe vennünk: a familiaris jellegű Eulenburg-féle paramyotonia congenita. Ennél hideg behatásra jön létre a teljes mozdulatlanságot okozó izommerevség, amely meleg hatással megszüntethető. Ehhez a kórképez hasonlít a *Levandowsky* által leírt örökléses bénulás, amikor a hideg által kiváltott merevséget múló petyhüdt bénulás követi. Ide sorolható az időszakos vagy paroxismalis bénulás kórképe is, amelyben napokon át tartó különböző kiterjedésű izombénulásos attakok lépnek fel, legtöbbször a hideg évszakokban. A betegség kórjóslata kétes, mert a roham halállal is végződhetik. Jellemző, hogy mindezen kórformákban az izom mechanikus és electromos túlingerlékenysége hiányzik. A myotonia paradoxa esetében az izommerevség nem a mozgás kezdetén, hanem mozgás közben áll be. Myotonia dystrophicában (Batten—Steinert—Curshmann-féle betegség) pedig egyes izomcsoportokban (arc, fejbiccentő izomzat) következményes sorvadás keletkezik. Végül fel kell említenünk az idült arthritisek fájdalom miatt nehezített mozgáskezdést is.

Csupán a teljesség kedvéért említjük meg, mivel sokan a myotonia congenita gyüjtőnév alatt tárgyalják, az Oppenheim-féle myatonia vagy amyotonia congenitát, holott ez a kórkép teljesen ellentéte a myotoniának, itt ugyanis teljesen petyhüdt, sorvadt, bénult izomzatot találunk. Eltér még a myotoniától abban is, hogy míg ez csupán az izomzat megbetegedése, addig a myatonia lényege idegrendszeri elváltozás.

A myotonia therapiája gyenge lábon áll. Megkísérelhető ugyan a tornáztatás, massage és fürdőkezelés, lényeges javulást azonban ezen eljárásoktól ne várjunk. Egyes szerzők észlelése szerint az izommerevséget jól befolyásolja a chinin napi 3×0.30—0.60 gr-os adagja.

Dudás Pál dr.
budapesti gyermekklinikai
tanársegéd

Ritka fedett tompa hasi sérülés.

A háborúszülte megszámlálhatatlan nyilt sérülés mellett szinte eltörpülnek úgy lélektanilag, mint elenyésző számuk miatt a belországban itt-ott előforduló fedett tompa hasi sérülések, mindamellett érdemes esetünket közölni ritkasága és érekessége miatt.

Nem közömbös sem a sebészre és főként a betegre sem, hogy »explorativ laparatomia« útján győződjünk meg a belső hasi sérülésekről. Annak megítélése, hogy milyen esetekben és mikor határozza el magát a sebész a fedett hasi sérülésekben a műtétre, nem kis probléma olyankor, mikor még nem biztos a kórismében. Mert egyrészt a tompa tárggyal történt behatásra a belső sérülés nem mindenkor a behatás helyén, illetve annak vetületében, ha-

nem sokszor attól távolabb van (indirect hatás), másrészt a hasra gyakorolt tompa tárggyal történt behatásra a majdnem mindig fellépő shock-állapotában és a hasfal fájdalma miatt nehéz rövid idő alatt eldönteni a belső sérülést.

Azért annak eldöntésére, hogy az elszenvedett trauma következtében beállott elesettségen (shock) kívül a betegnek belső sérülése is van, egyedül a sebészi osztályokkal is ellátott intézetek a hivatottak, mert bármilyen jólképzettségű is legyen a gyakorló orvos és jól felszerelt a rendelője, minden mulasztott idő hatványozottan veszélyezteti a beteg életét.

Ugyanis ma már minden intézetben rendelkezésünkre álló röntgengép a gyomor-bélrendszer sérülésénél feltünteti a rekesz alatt elhelyezkedő szabad hasűri levegőréteget, illetve a jól látható légsávot. A parenchymás szervek (máj, lép, vese) zúzódására, vagy az erekkel sűrűn ellátott egyéb hasűri szervek (bélfodor, cseplesz) vérző belső sérülésére a vörösvérsejtek száma és a haemoglobinérték az irányadó. Ezeknek vizsgálatát kétes esetekben rövid időn belül több ízben is el kell végezni, mert előfordulhat az is, hogy a belső vérzés nem nagyfokú, hanem vagy csak szivárgó, vagy valamely szerv tokján belüli, mint pl. a májnál, lépnél és vesénél gyakran látjuk. A vizelet vizsgálatával a vese, húgyvezér és a húgyhólyag sérülését őrizhetjük ellen; azt minden esetben el kell végezni.

A műtéti előkészületeket minden körülmények között meg kell tenni, ajánlatos az intézetet telefonon értesíteni még a beteg beszállítása előtt.

Belső hasi sérülésnek nagyságánál és elhelyezkedésénél fogva leggyakrabban a máj és a lép van kitéve; azután a bél, gyomor, húgyhólyag, vesék, hasnyálmirigy, stb. A bélfodor és szalagok önálló sérülése már a ritkaságok közé tartozik.

Esetünkben a kis cseplesz lig. hepato-gastricumán volt isoláltan a sérülés bő vérzés kíséretében. A látszólag védett helyen elhelyezkedő kis cseplesz sérülése esetünkben az erőművi behatás helyétől távolabbi következmény, mit a homlokirányban haladó tangentialis behatás idézett elő úgy, hogy a gyomor rugalmasságánál fogva a reá ható erő elől kitért és a kis cseplesz fentemlített részét mintegy ketté szakította.

32 éves bányászbetegünket földomlás temette be. Kórházunkba érve, szapora, könnyen elnyomható érverése volt; arcszíne és a látható nyálkahártyák halványak voltak, a hasfal mindenütt feszes, fájdalmas, főként az epigastriumban. Vvs.: 2.800.000.

Felső középmetszésből nyitjuk meg a hasüreget; benne sok folyékony és alvadt vért találunk. Máj, lép, gyomor ép, a bőséges vérzés miatt már a v. portae sérülésére gondolunk, de ott sem találjuk a vérzés kiindulását. Míg végre megtaláljuk, mélyen a máj alatt a kis cseplesz vérző arteriáit és vénáit. Azokat lekötjük, a hasüreget a vértől kitisztítjuk, a hasfalat zárjuk. Még a műtőasztalon 350 ccm vért ömlesztünk át a betegbe. Konyhasó- és szőlőcukoroldatot adunk cseppinfusió alakjában. Betegünk 10 nappal a műtét után elsődlegesen gyógyult műtéti heggel hagyja el kórházunkat.

A fent leírt fedett hasüri sérülés úgy jöhetett létre, — ami a kórelőzményből is kivehető volt — hogy betegünk a földcsuszamlás hallatára fejét reflexszerűen a földoldalhoz húzta, annak háttal állva, hasa inkább előre domborodott és ezáltal a gyomrát súroló erő azt leszakította anélkül, hogy a gyomron sérülés nyomai lettek volna.

Ha az erő irányát vesszük tekintetbe, akkor az homloksíkban irányuló tangentiális erőbehatás; ezeknél jönnek létre a távolabbi hatáseredmények, mint esetünkben is a gyomor leszakítása a kis csepleszről. Ezeket, valamint a még ritkább ellenütődésből származó belső sérüléseket, indirect sérüléseknek is nevezhetjük a direct sérülésekkel szemben, melyeknél az erő iránya a sérült szervekre nyíliránnyú és azokon zúzódásokat és roncsolásokat okoz.

A fentebb vázolt tangentiális erő behatásából származó távolabbi sérülés, minek a kis cseplesz izolált szakadása volt a következménye, mint ritkaság, ösztönzött a közlésére.

Kecskés László dr.,
a pásztói alap. kórház ig. seb. főorvosa.

Az O. H. kiadványait olcsón 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. melléklettel . . . . . Elfogyott

Benderek István és Külley László: Gyógymasszázs és mechanoterápia. 240 oldal, fűzve . . . . . 4.— P

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvéttel történő rendeléskor a portóköltséget is felszámítjuk.

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

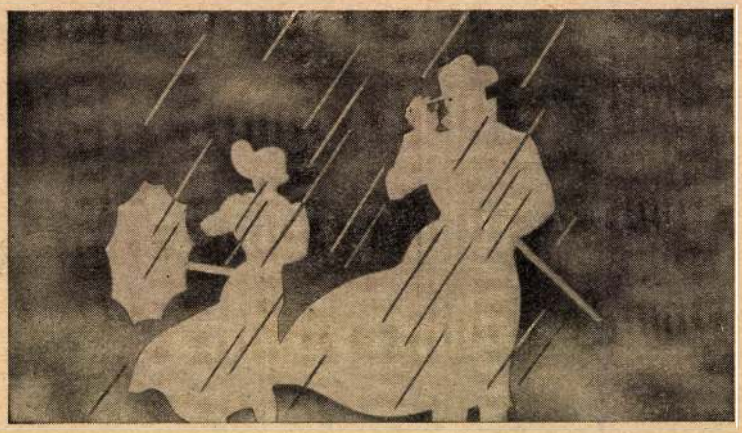
FILMEK PAPIROK

RÖNTGEN

KÉSZÜLÉKEK TARTOZÉKOK

GAMMA RÖNTGEN KERESK. K. F. T.

BUDAPEST, IV., APPONYI-TÉR 1. TELEFON: 389-050.



Rossz időben, meghűléses betegségeknél, influenzánál

ADAGOLÁS:

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

Salipyrin

az évtizedek óta bevált antipyreticum

Neohexal

a formaldehyd lehasadása által hatásos belső desinficiens

therápiailag és prophylaktikusan egyformán kiváló kezelési módszerben kombinálhatók.

Salipyrin csomagolása: Üvegcsőben 20 drb 0·5 g-os tabl. **Neohexal** csomagolása: Üvegcsőben 20 drb 0·6 g-os tabl.

RIEDEL - DE HAËN A.-G. • Képviseli: Dr. Lányi gyógyárunagykereskedés Budapest, VIII., Rigó-utca 10. szám

ÚJ KÉSZÍTMÉNY!

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

VULNAMIN ung.

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

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

Gyártja és forgalomba hozza:

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

Gyermekek, csecsemők, fekvő betegek

bőrápolásához a betegség alatt ajánljuk a **VASENOL** készítményeket. Puhán és üdén tartják a bőrt, megelőzik az eccémákat és decubitusokat. Bőrazonos zsírokat és enyhe desinficienst tartalmaznak közömbös nedvszívó vagy olajos alapanyagban.

veny esetekben naponként alkalmazzuk; egy kúrában 5—20 iontophoresist végzünk.

A peripheriás reumás kórképek kapcsán észlelt eredmények alapján érdemes volna az egyéb peripheriás keringési zavarokban is a priscol iontophoretikus alkalmazását kipróbálni.

Összefoglalás: 1. A Ciba-gyár priscol néven forgalomban levő benzolimidazolin készítménye peripheriás reumás kórképeknek iontophoresissel való orvoslására alkalmas.

2. Előnye kis toxicitása és az, hogy elsősorban a kis arteriákat és az arteriolákat tágítva hyperaemizál.. A histamin iránt túlérzékenyek is jól tűrik.

3. Klinikai hatása és alkalmazási területe általában egyezik a histaminéval, feltűnően jól csökkenti azonban az arthrosisos panaszokat.

4. Az iontophoresist másodnaponként vagy naponként alkalmazzuk, 1%-os oldatban 5—10 m. A. áramerősség mellett 6—12 percig.

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

Laikus propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra

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

IRODALMI SZEMLE

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Györffy István.*

Aluminium idegentestek a szemben. *Micke.* (Gräfes Arch. 1943, 4). Szerző a greifswaldi klinikán végzett állatkísérletekről számol be. Tiszta Al-t és könnyű ötvözeteket műtét révén juttatott az állat szemébe. A szövettani metszeteket (anizarin proba) fluorescenz-mikroszkópos eljárásnak vetette alá. A könnyű ötvözetek (egyéb anyag 15%-ig, fajsúly 3.8-ig) egyrésze változatlan marad a szemben, másik része (réztartalom!) szétesik. Valamennyi typus károsítja a retinát és idegrostokat. Az intraocularis Al-idegentest csarnokvíz-vizsgálattal (Feigl) mutatható ki; klinikailag finom fehér, fémesen fénylő lemezkék jellemzik az üvegtestben. A magnezium tartalmú ötvözet erősen gyulladáskeltő. A régen veszélytelennek tartott Al-szilánk ezek szerint káros a szem szöveteire, éppúgy, mint a tüdőre nézve is. (l. O. H. 1941. 52) (Gy. 1.)

Györffy István dr.

Színlelés leleplezése. *Sventröm.* (Acta Ophth. 1943, 31.) Szerző a polarisatio elvét használja fel egyoldali látásromlás színlelésének leleplezésére. A vizsgálandót polarisatiós üveggel látja el, míg a megvilágított látáspróbák elé elforgatható polarisatiós filter kerül. Ennek elforgatásával észrevétlenül kikapcsolható az egyik vagy másik szem a binoculáris látásból. Az elvet más alakban Graidle 1941-ben alkalmazta. (Gy. 4.)

Györffy István dr.

CAPHOSEIN

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

az erjedéses dyspepsiák kiváló gyógyszere

Adagolás: 1 kávéskanál (5 gr.) Caphoseint $^1/_2$ deci teában felfőzünk, saccharinnal édesítjük és ebből minden szopás vagy etetés előtt 2—3 kávéskanálnyit, illetve szükség esetén többet fogyasztatunk.

Szabadon rendelhető az összes betegségbiztosító intézetek terhére.

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

„ATROPAGEN" DRAGÉE

JAVITOTT ATROPIN KÉSZÍTMÉNY

MÉLLÉKHATÁSMENTES IDEÁLIS GÖRCSOLDÓ

Forgalomban 40 db $^1/_3$ mg os dragéet tartalmazó üvegben

DR. EGGER GYÁRTMÁNY!

SYMPATOL

A SZIV ÉS VÉRKERINGÉS GYÓGYSZERE

Indikációk:

Az erek hypotóniával párosult tónuscsökkenése:

Rekonvalescentia – Hypotónia – Terhesség – Öregkori panaszok

Általános keringési gyengeség:

Grippe – Diphtéria – Tuberculosis – Typhus – Pneumonia

Sulyos kollapsus:

Műtétek — Szülések — Vérveszteség — Shok

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

Tudományos osztálya
Budapest VII.,
Károly király út 13—15. VI.

Pervitin

1-phenyl-2-methylaminopropan-hydrochlorid

Centrális analeptikum tartós hatással a vérkeringésre

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

TEMMLER-WERKE-BERLIN-JOHANNISTHAL

Magyarországi képviselet: KISS ÁRPÁD, Budapest VII., Izabella tér 5. Telefon: 424—277.

GRANULOCITOGEN SPECIFICUM AGRANULOCYTOSISBAN
»CERTA« GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R. T. BUDAPEST

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

A diphtheria serumtherapiájának új módszere. *Koch.* (Arch. Kh. 130. 3.) A diptheria gyógyításában a gyárilag előállított serum helyett ennek 50%-os phys. NACl-os higítását alkalmazza. Mindig a teljes dosisnak megfelelő mennyiségű higított serumot adja. Tapasztalata szerint a higított serum gyorsabban hat, mint a higítatlan: a lepedék hamarabb elhatárolódik és a közérzet hamarabb javul. Tovább terjedő croup és igen súlyos toxikus diptheria mortalitásában változást nem észlelt. Lényeges javulás észlelhető a complicatiók fellépése terén. A higított strum nemcsak az antitoxin gyorsabb hatását segíti elő, hanem a könnyű torokdiphtheria, továbbá a könnyű és közepesen súlyos toxikus esetekben a complicatiók fellépését meggátolja. A sejtekhez kötött toxinra a higított serum ugyanúgy hatástalan, mint a higítatlan. A nyujtott serum mennyisége változatlan. (K. 21.)

Reischl Edgar dr.

A vérátömlesztés, mint parenteralis fehérjepótlás, gennyedés vagy vérzés okozta fehérjevesztesség esetében. *Duisberg.* (Kli. Wo. 42/43. 1943) Beható egyensúly kísérletek alapján kimutatja, hogy lázas sebgennyedés esetében milyen a szervezet fehérjevesztesége. A fehérjevesztességet egyrészt a sebváladék proteintartalma, másrészt a pyogen fehérje-beolvadás okozza és ezt a bélrendszeren át felszívódó aminosavak pótolni nem tudják. A plasma fehérje pyogen kachexia esetében ritkán csökken. Ebben az esetben az acut fehérjevesztességgel (vérveszteség) ellentétben, amikor is átmenetileg extremen alacsony plasma fehérjetartalom észlelhető, gyakran 1—1.5%-kal csökkent, de legtöbbször normális plasmatükör található. Chronikus fehérjehiány állapotában a szervezet Hb mennyisége rendszerint ¾, ill. ½-re csökkent. A sebészi beavatkozásoktól eltekintve a vér, ill. plasma adása az egyetlen hatásos módszer, amivel a fehérjevesztesség csökkentését, javítását, ill. compensálódását elérhetjük. Amint kivérzés esetében a térfogat-pótlás, úgy fehérjevesztesség eseteiben a fehérjepótlás adja a vérátömlesztés lényegét. Az intravenásan adott vér vagy serum fehérjét a szervezet maradéktalanul visszatartja. (K. 22.)

Reisch Edgar dr.

Máj- és epebántalmak esetében

CHOLOGEN

tabletta No. 1, 2 és 3

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

Magyarországi vezérképviselet: HORMON gyógyszervegyészeti kft. Budapest, VIII., Tormay Cecil-utca 12

KÖNYVISMERTETÉS

Fizikai gyakorlatok. *Szalay Sándor.* (Segédkönyv orvostanhallgatók fizikai gyakorlataihoz.) Debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetemi nyomda 1944. 11 ív, 32 ábrával és több táblázattal. Bolti ára 15.— P.

A debreceni Orvostudományi Kar fizikai professzorának ezen kis könyve a debreceni Orvoskari Fizikai Intézetben orvostanhallgatók részére már évek óta rendszeresített fizikai gyakorlatokhoz segédkönyvnek készült. Tartalmának összeállítása azonban orvosi szempontokból annyira célszerű, hogy a könyvecske használhatósága messze túlhaladja az eredeti célkitűzést. A bevezetőrészben a fizikai és általában a mérési alapelveket (hibabecslés stb.) tárgyalja a szerző igen leegyszerűsített, praktikus, jól érthető formában. A statisztikai aatok feldolgozásával foglalkozó orvos bizonyára hasznát látja a statisztikai ingadozásokból eredő hiba kiszámításával foglalkozó részeknek.

A klinikai kutató orvos vagy gyakorló orvos sok, a laboratóriumi vizsgálatoknál használatos fizikai eszköz leírását és használati módját megtalálja benne, hasznos gyakorlatias utasításokkal és receptekkel együtt. (Pl. az analytikai mérleg szakszerű kezelése, a viszkozimetria, mikroszkópia, mikroszkóp nagyításának meghatározása, mikroszkóp alatt látható sejt valódi méretének meghatározása, kísérleti állatok, egér hőmérsékletének mérése thermoelektromos úton, stb., stb.) A könyvecske végén *Függelék* van, amelyben általános gyakorlatias laboratóriumi tanácsok mellett sok hasznos receptet találunk különböző ragasztó anyagokról, előhívókról, Röntgen-felvételekhez kiválóan alkalmas speciális előhívókról, stb. A könyvecske a magyar szakirodalomban hézagpótló, minden szempontból kitűnően megfelel a kitűzött célnak és bizonyára sok klinikus vagy gyakorló orvos örömmel fogja könyvtárába sorozni.

Jeney Imre.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift 21—22 sz. *Gutzeit K.:* Háborús tapasztalatok a diabetes mellitus kezelésében. *Mezner E.:* A csapatorvos sebészete. *Banse H. I.* Tapasztalatok teljes étrenddel a diabetes mellitus kezelésében. *Ebbecke U.:* Agyrázkódás és mechanikus narkózis, mint a magas nyomás hatása. *Grau E.:* Sulfonamidkezelés a sebészetben. *Griesbach R.:* A tüdőtuberculotikusoknak orvosi vezetés alatt végzett munkaképességi kísérlete a végleges munkabeosztás érdekében. *Barle heimer H.:* A vegetativ insulinschock az urticaria kezelésére. *Sponner H.:* Extensios készülék a lábtörések beigazítására és gipszelésére. *Staude H. K.:* Epilepsiás roham kezelése.

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

DERMASEPT KENŐCS sec. ZOMBORY
15, 30, 50 g-os csomagolásban
INDICATIO: Ekzema, pyodermia, excoriatio, impetigó, dyshydrosis furunkulosis, sycosis, folliculitis, hydradenitis, renyhény gyógyuló és gyulladásos sebek, alszárfekélyek, égés, fagyás- és minden fertőzött friss sérülés.
Az összes fővárosi közkórházakban, OTI, MABI, MÁV, Magyar Hajózás B. B. I., M. Kir. Dohányjöv. B. B. I., M. kir. Posta B. B. I. Székesfővárosi Alkalmazottak Segitő alapja, a Honvédségnél és az összes fegyintézeteknél is szabadon rendelhető

A
SUPER LYSOFORM
1%-os oldata a legtöbb pathogen-csirát 1 perc alatt megöl
Nem mérgező, kellemes illatú és olcsó

VEGYES HIREK

Személyi hírek. A vallás és közokt. min. *dr. Nusser Antal* kórházi igazgató főorvosnak »A légzőszervek foglalkozási megbetegedései és azok elkülönítő kórismeje« című tárgykörből, *dr. Deák Barna* egyetemi tanársegédnek »A gyermekágy kórtana« című tárgykörből, *dr. Dósa András* egyetemi tanársegédnek »A gombás bőrbetegségek kór- és gyógytana« című tárgykörből és *dr. Martin János* egyetemi tanársegédnek »Élettani kísérleti módszerek« című tárgykörből a pécsi m. kir. Erzsébet tudományegyetem orvostudományi karán egyetemi magántanárrá történt képesítését jóváhagyólag tudomásul vette és ebben a minőségükben megerősítette.

Rektor, kari dékán és jegyző választások. Az 1944—45. tanévre a *budapesti tudományegyetemen* rectorrá: *Aistleitner József*, orvoskari dékánná *Issekutz Béla*, orvoskari jegyzővé *Lipták Pál* professzorokat; *a kolozsvári tudományegyetemen* rectorrá *Miskolczy Dezső*, orvoskari dékánná *Haynal Imre*, orvoskari jegyzővé *vitéz Kibédy Varga Lajos* professzorokat; *a pécsi tudományegyetemen* rectorrá *Holub József*, orvoskari dékánná *Albrich Konrád* orvoskari jegyzővé *Lissák Kálmán* professzorokat, *a debreceni tudományegyetemen* rectorrá *Hankiss Jánost*, orvoskari dékánná *Csillény András*, orvoskari jegyzővé *Orsós János Imre* professzorokat; *a szegedi tudományegyetemen* rectorrá *Koltay—Kastner Jenő*, orvoskari dékánná *Veress Elemér*, orvoskari jegyzővé *Kanyó Béla* professzorokat választották.

Az 1944—45. tanévre felvehető I. éves orvostanhallgatók létszámát a kultuszminiszter úrtól a *budapesti egyetem* 400-ban, a *kolozsvári egyetem* 150-ben, a *pécsi egyetem* 150-ben, a *debreceni egyetem* 120-ban, a *szegedi egyetem* 120-ban kérte megállapítani.

Fogorvosi szaktanfolyam kezdődik tanrendszerű oktatással a budapesti Fog- és Szájbetegségek klinikáján szeptember hó 11-én. Ezen tanfolyam első 6 hetében olyan orvosok is részt vehetnek, akik fogorvosi szakképesítést nem kívánnak szerezni. A tanfolyam díjtalan. Kevés munkahely miatt csak mérsékelt számban fogad el jelentkezőket az igazgatóság, július 31-ig. A tanfolyam d. e. 8—1-ig, d. u. 5—8-ig tart.

Orvosnők figyelmébe! A Magyar Orvosnők Országos Egyesülete felhívja az orvosnők figyelmét a Hivtalos Közlöny június 15-iki számában meghirdetett márianosztrai orvosi állásra. Az állás betöltéséhez fontos nemzeti érdek fűződik. Érdeklődők közvetlenül az igazságügyminisztérium VI. ügyosztályához fordulhatnak felvilágosításért.

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTÁN
A szerkesztő kedden és pénteken
12 és 1 óra között fogad.

•A• VITAMIN TERÁPIA
APROVIT olaj
10 g.-OS ÜVEG 0·06 g. β-CAROTIN
— 100.000 N. E. „A" VITAMIN
ELŐÁLLÍTJA ÉS FORGALOMBA HOZZA STRAUB SÁNDOR
Diachemia
BUDAPEST, VI. TEREZ-KÖRÚT 27.