

ORVOSI HETILAP

MEGJELENIK MINDEN HÉTEN

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

TARTALOM:

- Járási Gyula: Myoma submucosum ventriculi. (313—315. oldal.)
Galambos József: A háborús sérültek kórismeri nehézségei. (315—317. oldal.)
Irodalmi szemle: (319—320. oldal.)
Könyvismeret: (323. oldal.)
Zemplényi Imre: Új egészség és szociálpolitika. (324—325. oldal.)
Tóth Zoltán: Védőszemüveget katonáinknak az aknasérülések ellen. (325—326. oldal.)
Lapszemle. — Vegyes hírek. (326. oldal.)

SYMPATOL

A SZÍV ÉS VÉRKERINGÉS GYÓGYSZERE.

Indikációk:

Az erek hypotóniával párosult tónuscsökkenése:

Rekonvalescentia - Hypotónia - Térhesség - Öregkori panaszok

Általános keringési gyengeség:

Influenza - Diphtheria - Tuberculosis - Typhus - Pneumonia

Súlyos kollapsus:

Műtétek - Szülések - Verveszteség - Shock

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



forgalomban.
Ampullák 2 006 g
és 10%-os liquidum.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÓGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

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

A debreceni Sebészeti klinika közleménye. (Igazgató: Hüttl Tivadar ny. r. tanár.)

Myoma submucosum ventriculi.

Irta: Jáki Gyula egyetemi rk. tanár.

(Műmelléklettel.)

A gyomor jóindulatú daganatai a rákhoz viszonyítva ritkák. Lockwood 1932-ben csupán ezer esetet tudott összegyűjteni a világirodalomból. A jóindulatú gyomordaganatok szerkezete különböző. Szerepel közöttük mind kötőszövet, mind hám, mind idegszövet eredetű daganat. A kötőszövetesek jellemző alakja a myoma, a hámdaganatoké az adenoma. Az előbbieket között a myomán kívül még fibroma, lipoma, myxoma, angioma, a hámdaganatok csoportjában az adenomán kívül a hasnyálmirigy elszórt csirjaiból eredő, nem egyszer ürös ohoristoma (progonoblastoma) fordul elő. Ez a daganat igen ritka. Észleltek az Auerbach és Meissner-fonatok Schwann-hüvelyéből kiinduló neurinomát (schwannoma) és gliomát. Néhány endotheliomát is ismertettek.

Gyomormyomát először Morgagni kórismézt szabad szemmel 1762-ben és Vogel vizsgálta az elsőt göréso alatt 1842-ben. Virchow részletesen foglalkozott a gyomormyomával daganattanában. A német irodalomban 1898-ban Steiner, majd 1912-ben Hake tárgyalta az összegyűjtött egyes esetek alapján. A Steiner és Hake gyűjtötte 57 eset több mint fele véletlen boncolási melléklet volt. Azóta növekedett a klinikailag észlelt, műtéttel igazolt és sebészi úton gyógyított esetek száma. 1929-ben Villata már 300 gyomormyomát talált a világirodalomban. Ezekhez hozzá kell azonban számítani — mint mindig — a nem közölt eseteket. A gyomormyoma még így is ritkán előforduló gyomordaganatnak tekinthető. A magyar irodalomban Pólya, Tyovity Náda, Neuber, Friedrich, Szabó esetei ismertek.

A gyomormyoma sima izomsejtekből álló daganat. Az izomrostoeskák minden myomában finom kötőszövetes hüvely veszi körül. Ezért tulajdonképpen mindegyik fibromyoma. Az izomszövet és a kötőszövet aránya szabja meg, hogy a daganat vörhenyesebb, lágyabb

vagy szürkésfehér, tömöttebb. Genesiséről biztosat nem tudunk. Nem tisztázott sem a formális, sem a causalis genesis.

A lassan növekedő daganat a gyomor hossz- és harántizomrétege között jelenik meg. Növekedése közben kifelé vagy befele terjed. Az előbbi módon keletkezik a *subserosus* vagy *külső*, az utóbbi módon a gyomorba bedomborodó, *submucocus* vagy *belső* myoma. Interstitialis myoma az aránylag vékony gyomorfallal alig fordul elő, de észleltek olyan daganatot is, mely mind a két irányban növekedett.

Virchow szerint a gyomormyoma az idősebb korban jelentkezik. Az irodalmi adatok szerint legtöbbször 30—55 év között okozott tüneteket. Nem egy esetben azonban a kórelőzmény több mint egy évtizedre nyult vissza. Észleltek 2 és 9 éves gyermekeken is gyomormyomát (*Outland, Tilger*).

A *külső* (subserosus) myomák idővel kocsányossá lesznek. Néha széles alapúak. Kezdetben rendszerint símafelszínűek, később dudorosak. Hatalmas daganattá fejlődhetnek. A nagyobb, súlyos daganat kihúzza a gyomorfallal. A gyomor tölesérszerű kihúzotttsága a röntgenvizsgálatkor felismerhető. A külső gyomormyoma kedvező helye nem a kis görbület, amint azt Virchow tanította, hanem a nagy görbület. A daganat és a környező hasi szervek között jelentős összenövések keletkezhetnek. A tapintható nagyobb daganat, ha nem jöttek létre összenövések, feltűnően jól elmozgatható. Savós borítékát tág vizserek hálózák be. Ezekből súlyos, sőt halálos vérzés eredhet. A daganat középponti elhalása, elmeszesedése, szétesése, tömlőképződés, a tömlő kilyukadása, elvérzés, következményes hashártyagyulladás nem tartozik a ritkaságok közé.

A *belső* (submucosus) myoma kedvező helye a pylorus szomszédsága. Ezek is lehetnek kocsányosak, de rendszerint széles alapon ülők vagy gombaszerűen kiemelkedők. A daganatot fedő nyálkahártya kezdetben elsimul, majd sorvad, később elhal, szétesik kifeléyesedik. Az elhalás, a szövetszétesés betérjedhet a daganat állományába is. A fekélyből nagy, nem ritkán halálos vérzés eredhet. Máskor az állandó kis vérzés jelentős vérszegénységet idéz elő. A submucosus myoma is hajlamos elha-

lásra, széfésésre, meszesedésre, vérzésre. A pylorushoz közelfekvő kocsányos submucosus myoma beszorulhat a pylorusba. Az így keletkezett pyloruselzáródás oldódhat, de meg is ismétlődhet. A gyomorsav-viszonyok rendszerint változatlanok, de észleltek, mind hyper-, mind hypaciditást, teljes savhiányt, tejsavat azonban sohasem lehetett kimutatni. A kicsi submucosus gyomormyomák, különösen a hátsó falon ülők, nem tapinthatók. A röntgenvizsgálat is eszerbenhagyhat. A nagyobb daganat kerek, élesen körülírt árnyékkiesést okoz. Az árnyékkiesés körül a nyálkahártyarepedések szabályosan rendezettek. A peristaltica nem zavart és a gyomor jól eltölthető. Ezek a jelek csupán akkor értékesíthetők, ha a panaszok hosszú időre nyúlnak vissza és a beteg általános erőbeli állapota a rosszindulatú daganat ellen szól. A gyomormyomások azonban nem egyszer nagyon vérszegények és feltűnően cachecticusak és így az elkülönítés a gyomorsarkomától, a polyposus carcinomától, amelyek röntgenképe hasonló lehet a gyomormyomáéhoz, nehéz vagy szinte lehetetlen.

A kétféle gyomormyoma közül a submucosus inkább okoz panaszokat. Nem jellegzetesek azonban sem a panaszok, sem a tünetek, sem a vizsgálati leletek és a gyomormyoma kórisméje még a mai vizsgáló módszereinkkel is csak valószínűséggel állítható fel. Biztosan egyedül a göröcsövi vizsgálattal kórismézhető.

A daganat helyétől és nagyságától függ, hogy okoz-e és milyen panaszokat. Az egészen kicsi, még ki nem fekélyesedett daganatok panaszokat egyáltalán nem okoznak. Ezeket boncoláskor mellékleletként fedezik fel. A nagyobb daganatokban sem kórjellemezők a rendszerint évés után jelentkező, váltakozó panaszok. A pylorus szomszédságában fekvők — mint már említettem — elzárhatják a pylorust és a heveny pylorusszűkület jellegzetes tünetesportját hozzák létre. A pylorusba beszorult daganatból vérzés indulhat meg.

A submucosus myoma különleges alakja az ú. n. *diverticularis* myoma (*Christeller-Puskepellis, Dencks, Priwin, Nauk.*) A gyomorral külső myoma okozta tölsérszerű kihúzó-dásától ez jól elkülöníthető. Ebben az alakban a daganat a tölsérszerű kihúzó-dás esésán lóg. A *diverticularis* myoma közepén nyálkahártyával bélelt üreg található, s az üreg tágabb vagy szűkebb járattal áll összeköttetésben a gyomor ürterével. A daganatszövet tehát teljesen körülveszi a nyálkahártyával bélelt üreget.

A gyomormyomák elfajulhatnak sarkomás és áttéteket okozhatnak. Olasz szerzők adatai szerint ez tízszer gyakrabban fordul elő, mint a méh myomáiban. *Piett, Preusse* és *Hansemann* olyan áttéteket okozó gyomormyomákat ismertettek, melyekben az elsődleges daganatban nem lehetett sarkomás elfajulást ta-

lálni. Kérdés, hogy ezek valóban myomáknak tekinthetők-e és nem sarcomák voltak-e.

A közelmúltban észlelt submucosus myoma esetemet — az egyetlent a debreceni sebészeti klinika gazdag gyomor-anyagában — röviden ismertetem.

Sz. J.-né, 38 éves, földművesasszonyt 1944 január 3-án a belklinikáról vesszük át. A belklinikán vizsgálták ki és carcinoma ventriculi miatt műtétet ajánlottak. A háromgyermekes, egészséges falusi asszony sohasem volt beteg és csak mult év májusában kezdett a gyomrára panaszokodni. Étkezés után heves gyomorfájdalmakat érzett. A fájdalmak később gyógykezelés nélkül szüntek, de étvágytalan lett és azóta állandóan fogy. Ősszel az étkezés utáni gyomorfájdalmak ismét visszatértek, majd az étkezésektől függetlenül is fájt a gyomra. Időnként hányinger kirozódott, de nem hányt. Gyomorégése, savanyú felbőfögése soha sem volt. Széke rendes. Nem mérte testsúlyát, de bizonyos, hogy sokat fogyott.

A közepesen fejlett, lésoványodott asszony nyálkahártyái feltűnően halványak. A mellkasi és hasi szerveken — nem tekintve a gyomor röntgenvizsgálatát — kóros eltérés nem található. A köldökgig érő, tágult gyomor antralis szakaszán, a kis görbületi oldalon mintegy zölddiónyi egyenetlen szélű telődési hiány látható (1. ábra). A bulbus duodeni szabályos. A gyomor állandóan ürül. A próbareggeli hypacid értékeket ad. Vörösvérsejtszám: 3.360.000, haemoglobin: 68%, fehérvérsejtszám: 6700, vörösvérsejtsüllyedés: 40/86 mm. A vizeletben a kissé fokozott urobilinogent nem tekintve, semmi kóros. Láztalan. Testsúly: 43 kg. Kórisménk: kicsi, még resecabilis antrumcarcinoma.

Január 4-én helyi érzéstelenítésben műtét. Kissé tágult gyomor. A gyomor kisgörbületén, a pylorus közvetlen szomszédságában zölddiónyi, kerek, összehúzódt izomtápiantatú daganat. A daganatos gyomorszakasz szabadon mozgatható, a savóshártyán a daganatnak megfelelően kóros eltérés nem látható. Áttétek nincsenek. Resectio ventriculi et gastrojejunostomia oralis partialis inferior. A hasfali seb elsődleges egyesítése.

A 17×10 cm. nagyságú csonkolt antralis gyomordarab (2. ábra) vaskos nyálkahártyáján gastritis kifejezett jelei. A kisgörbületen, a gyomor hátsó falára ráterjedően, a pylorus szomszédságában 3 cm. átmérőjű, majdnem szabályosan fél-gömbalakú, 2 cm. vastag daganat domborodik be a gyomor ürterébe. A fakó, szürkésfehér daganat középponti részén nincs nyálkahártya és ez mintegy 1 cm. szélességben csak a széli részeken fedi a daganatot. A fekélyes terület szélén a duzzadt nyálkahártya fitymaszerűen kiemelkedő sánct alkot. Maga a daganat felszíne a közepén méhszajyszerűen behúzódt (3. ábra). A szöveti metszeteken látható, hogy a daganat széli részeit fedő nyálkahártya ép. A daganat submucosusan terjed és nem hatol a gyomor ép izomrétegébe. A fekélyes területet leukocytákkal kevert rostonyás izzadmány fedi. A daganat vaskos, a legtöbb helyen párhuzamosan futó izomnyalábokból áll és csupán itt-ott található az izomnyalábok között vékony kötőszöveti svények. A nyalábok szabályosak, az izomsejtek magvaiban kóros oszlások nem észlelhetők (4. ábra). A daganat bőven erezett. Az erek környezetében elég vaskos, sűrű rosthálózatú kötőszövet látható. Rosszindulatúság jelei nem figyelhetők meg. Kórisme: leiomyoma submucosum ventriculi.

A daganat genesisére vonatkozóan nem nyertünk semmiféle támpontot sem a szabad-

szemmel történő, sem a görcsöves vizsgálatkor, sem a műtéti lelet vagy a kórelőzmény elemzésekor. A kórelőzményi adatok szerint a daganat csupán hét hónapja okozott panaszokat. A rövid kórelőzmény, a vizsgálati leletek, nevezetesen a gyomor röntgenlelete, a hypaciditas, a kifejezett vérszegénység, a beteg lesoványodása, leromlása alapján megallopozottnak, kétségtelennek látszott a gyomorrák kórisméje. Ez csak a csonkolt gyomordarab műtét utáni vizsgálatok bizonyult helytelennek.

A műtét utáni kórlefolyás teljesen zavartalan volt. Az asszony január 17-én elsölegesen gyógyult műtéti sebbel, panaszmentesen távozott. A távozása előtti napon végzett röntgenátvilágításkor a gyomorbélszájadék jól működött. Az egy hónap múlva végzett ellenőrzővizsgálatkor panaszmentes volt és jelentős súlygyarapodásról számolt be. A vérszegénység is lényegesen javult. A gyomorbélszájadék működése kifogástalan volt. Azóta is jól van.

A gyomormyoma gyógyítása csak műtéti lehet. A daganat kihámozása, a külső kocsányos daganat egyszerű eltávolítása, a rosszindulatú elfajulás veszélye miatt nem ajánlható. Mind a külső, mind a belső myomában — de különösen a szélesalapon ülökben — a gyomoresonkolás a választandó eljárás.

A gyomor jóindulatú daganatait még a legújabb tankönyvek, kézikönyvek is egészen röviden tárgyalják és megjegyzik, hogy jelentőségük alárendelt. A rövid tárgyalást indokolhatja e daganatok ritka előfordulása. Nem tartható fenn azonban az a megállapítás, hogy a gyomor jóindulatú daganatainak jelentősége alárendelt. A jóindulatú gyomordaganatok okozta elváltozások igen súlyosak lehetnek. Valamely betegség jelentőségét nem egyedül a gyakorisága határozza meg és a ritkán előforduló betegség is lehet az egyénre igen komoly jelentőségű. A gyomormyoma ritka, de nemcsak jelentős gyomorpanaszoknak, súlyos vérszegénységnek, cachexiának lehet okozója, hanem rosszindulatú daganattá is változhat.

A 105. k. ho. ei. oszlop közleménye. (Parancsnok: vitéz Ferenczhalmy János orvos-százados.)

A háborus sérülések kórismei nehézségei.

Irta: Galambos József dr. t. orvos-zászlós.

A helyes kórisme a sebészet és minden gyógyító tudomány eredményességének alapfeltétele. Békében megállapítására minden eszköz rendelkezésre áll.

A tábori sebesültellátás azonban »békebeli sebészet akadályokkal, a szövödmények és megjelentések sebészet« (Payr és Franz). Még fokozottabban érvényes ez a tétel az egészségügyi oszlopokra, amelyek szervezetszerű működésük-

ben a gyakori helyváltozásra rendezkedtek be. Az ei. oszlopnál nem támaszthatja alá a főregnyúlványgyulladás gyanúját a fehérvérsejtszám, mert mozgásban van az alakulat. Nem áll rendelkezésre sem röntgen, sem bakteriológiai laboratórium a törés és gázüszök gyanújának igazolására. Műtétek elvégzését megnehezíti a hiányos világítás, amely az ellenséges repülőátadás miatt esetleg éppen a legnehezebb műtéti szakban mondja fel a szolgálatot.

Eseteinkben a helytelen kórisme felállításával a beteg életét vagy végtagját veszélyeztethette volna vagy elvesztését vonhatta maga után. Utóbbiak közlése nemesak önkritika és nem mások megbírálása, akár lenni, hanem tanulság is azok elkerülésére a jövőben.

1. K. I. F. 18 éves ukrán milicista bal arcfelét, jobb kézszarát súlyos, aknaszilánk okozta roncsolás érte. A sérült bal szemét eltávolítottuk és jobbkarját csonkoltuk. A testfelületet számtalan mákszem-gombostűfejnyi szilánksérülés érte, amelyek egyenkénti ellátása lehetetlen volt. A has jobboldalának nyomásérzékenységét egyszerű felületes sérüléssel megmagyarázni nem tudtuk. Műtéti lelet igazolta a gyanút. A caecum elülső falán ugyanis igen sok lencsényi sérülést találtunk, amelyek miatt a felhágó vastagbél kiirtását kellett elvégezni. Két hét múlva simán gyógyult.

Aknaszilánksérülés bemeneti nyílása a bőrön kicsiny, nagyon sokszor alig észrevehető, mert a szilánk legkisebb felületével éri az egyébként is rugalmas testfelszínt. A bemeneti nyílás és a szilánk nagysága nincsen arányban az okozott sérülés súlyosságával, mert azt egyéb tényezők: a szilánk forgása, valamint a feszülő belek *hydrodinamikus hatása* lényegesen befolyásolják (Lippay—Almássy).

2. Súlyos állapotban lévő comblóvéeses beteget hoznak az oszlophoz. Aknasérülés is érte K. I. honvédet. Hasa igen érzékeny. A férfitenyérszerű sérülés mellett, mindkét oldalt a hasfalán kifejezett izomvédekezés. A piszkos, alávájt szélű, roncsolt hasfalán sebkimetszést végzünk az épsben. A hashárgya fillérszerű sebészen keresztül roncsolt csepleszdarab bújik elő. A hasüregben kevés véré savót találunk. Bélsérülés, vérzés nincs. A hashárttyát elsödlegetesen varrjuk, az izomzatba csak néhány átöltő varratot helyezünk, a feszülést ragtapaszcsíkokkal esökkentjük. Szövödménymentes gyógyulás.

Kiterjedt hasfali roncsolás negatív hasi leletet takarhat, de az elsödlegetes sebkimetszés elmulasztásával a hashárttyagyulladás kifejlődésére minden alap megmarad.

3. K. U. ukrán milicistát eszméletlenül, szilvákéken haldokolva szállítják be. Légzése kimaradt, szívhangjai tompák, alig hallhatók. Lövedék a jobb állkapocs szögletében hatolt be és a bal falcsonton távozott. A kimeneti nyílásnak megfelelően pengőnyű csonthiányt találunk, azonban agyvelőesés nincs. Kórisme: koponyalövés, koponyalap roncsolás. Tekintettel a még meglévő szívhangokra és súlyos cyanosira, légsömetszést végzünk. Műtét után a légzőmozgások rövidesen megindulnak. Újólág elvégzett alapos vizsgálatnál kiderül, hogy állkapocslövése után, amely a géget roncsolta, földre esett és így érte az akna-

szilánk. A két sérülés egymástól függetlenül jött létre.

Az áthatoló koponyalövés kórisméjének elfogadása e látszólag reménytelen esetben egy-értelmű lett volna a fulladásos halállal. Azonban a helyes kórisme is csak napokat jelentett a beteg életében, mert nyelési tüdőgyulladásán, amelyet a lecsurgó vér és nyál okozott, nem lehetett segíteni.

4. S. J. zászlóst lövési sérülés érte bal combjának külső oldalán. Kimeneti nyílást nem találtunk. A szeméremtájék nyomásérzékeny, kistokban recseg. Feltehető volt, hogy a lövedék a symphisisben megakadt és itt okozott törést. Sérülése 10 óráig, azóta nem vizelt. Hasa puha, időnként görcsökről panaszkodik és nyugtalan. Csapoláskor kevés véres vizeletet nyerünk, de közvetlenül sérülése előtt vizelt. A vizelet ennek ellenére túlságosan kevés. Műtéti lelet igazolja is a hólyagsérülés gyanúját. A szeméremcsont féldiónyi lerepedt darabja a hólyag hátsó alsó felszínét szakította szét. A hólyag sebéhez hármás rétegben elsődlegesen zárjuk, állandó kathetert vezetünk be. Elsődleges gyógyulás.

A comb bennrekedt lövedékeinél mindig gondoljunk hasi szervek sérülésére. Hasi műtéttel azonban nem várhatunk a viharos tünetek megjelenéséig, mert akkorra már elkéstünk a beavatkozással.

5. M. V. honvéd teherautóval aknára futott. Sápadt, szédül, nehezen hall, hányásról, hányingerről panaszkodik. Utóbbi panaszja már két nap óta áll fenn, azóta nem volt széke. Vizsgálóasztalon, oldalvilágításnál élénk bélmozgásokat észlelünk, has puffadt, érzékeny. Műtét pararectalis-metszésből. A hasban sok vörhenyes savót találtunk, amely a hashártya megnyitása során sugárban jön elő. A vékonybél alsó szakasza csirkebélvékonyágú, összeesett. Előhúzza az összeesett kacsokat, az ileum magasabb részén kisebb férfikölnyi tumort találunk. A bélfal felmetszésekor az elzáródást okozó daganat ascaris conglomeratumnak bizonyult. Az élősdiek eltávolítása után a beteg elsődlegesen gyógyult.

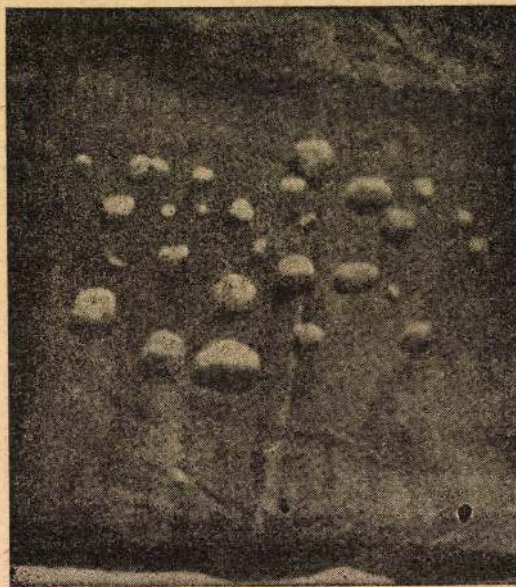
Sérüléssel egyidőben más súlyos hasi elváltozás is előfordulhat.

6. D. I. honvéd parancsnokától megfedésben részesül. Mellbelövi magát. A közeli ukrán kórházba kerül, ahol a sebész kardnyitványtól szeméremcsontig terjedő hasmetszést végez, a lövedéket azonban nem sikerül megtalálnia. 10 nap múlva csapata az eu. oszlophoz szállíttatja a beteget, akinek hátbőre alól az V. borda magasságában a gerincoszlop mellett, golyót távolítunk el. Feszülő légmellét egyszerű szurcspapolások jól befolyásolják. Újabb 10 nap múlva az erőltetett köhögés miatt hasfali sebet szétnyílik. Bélelőlés és hashártyagyulladás veve véget életének.

Friss lövési sérülésnél mindig szervsérülés képezi a műtéti javallatot, nem a bennrekedt lövedék, amely után »ép szövetben ne kutassunk« (Sereghy).

7. L. V. nem gyógyuló reumája miatt felülvizsgálat céljából kerül kórházunkba. A gyengélkedőn gyakori jelentkezése színelés gyanúját kelti. Jobb könyökét hajlítani jól tudja, a nyújtás akadályozott. Láztalan, sérülésről nem tud. Betegségét lőszeresládák hordására és ezzel kapcsolatos erőltetésre vezeti vissza. Műtétnél a jobb felkar belső oldalán az izomrésbe hatolunk be,

hogy az itt tapintható sercegő fájdalmas duzzanatot szabaddá tegyük. Az arteria brachialis és nervus ulnaris félrekampozása után jókora diónyi, egyenetlen felszínű képlet tűnik elő, amelyet a csontról élesen kell leválasztani. Leválasztás közben a tömlő megnyílik és 39 borsonyi nagyságú kő ürül ki belőle. A tömlő keskeny résen függ össze a könyökizülettel s valószínűleg annak kő okozta kiboltozulása. A tömlő eltávolítása után elsődlegesen gyógyul, karját jól mozgatja, maximalis nyújtás kb. 160°, ízületi fájdalmai nincsenek (1. ábra).



1. ábra.

Színelés mögött sokszor húzódik meg komoly szervi elváltozás.

8. R. Gy. tizedes aknára lép. A szilánkok jobb lábfejét és lábszárát összeroncsolják. Műtéti megoldásként csak a jobb lábszár csonkolása jöhetett szóba. Baloldali alsó végtagja a lábfejtől a combhajlatig fájdalmas, feszes, rendkívül duzzadt, hideg, verőeres lüktetés nem tapintható. A beteg igen halvány, nyugtalan. Kórisme: ütőér sérülés nagy izomközti vérzéssel. A vérző eret kellene felkeresni, de semmi támpontunk nincs a vérzés helyére. A választott helyen történő érleketés pedig az egyik oldalon már amputált beteg másik végtagjának valószínű elvesztését jelentené. A végtagot gipszsínnel rögzítjük, felpolcoljuk, vératómlesztést végzünk. Éjszaka a vérzés nem fokozódik, reggelre valamit csökken a duzzanat. Többszörös hidegrázás után, egy hét múlva térdhajlatban, lábikra alatt és a combizomzatban hatalmas bűzös elgennyedő vérömlenyek feltáráására kerül sor. Javuló állapotban szállítjuk egy hónap múltán a hátsószágra.

Túlzott aktivitás kárára lehet a betegnek annak ellenére, hogy »sebesült elvérezhet comb és farizomzatába, nemcsak a mell- és hasüregbe« (Sereghy).

9. A szoszkai átvonuló szállásra orosz téli esztén 70 beteg érkezik, hogy a 400 km-re fekvő tábori kórházat a hajnalban induló vonattal elérjék. Még a kézilámpa fénye mellett is feltűnik közöttük B. I. honvéd sárgás, sápadt arcszíne. Erőlkése nem tapintható, jobbkarja erősen duzzadt, kékes, serceg. Könyökét 4 nap előtt géppisztoly-

lövés érte. Lázas. Feltárást végzünk a beteg tiltakozása ellenére. A lövedék a könyökhajlati lüktető eret roncsolta és gázüszök kifejlődéséhez vezetett. Hatalmas feltárást ellenére estétől reggelig állapota rosszabbodott s így 5 órával később felkarját csonkoltuk. Nyílt sebkezelés, ismételt vérátömlesztés és nagy adag savó adagolása után is csak lassan következett be a teljes gyógyulás.

Síma felületű lövedék kis lövési nyílásokkal bíró sebein elsődleges sebkimetszést végezni elítélendő polypragmasia, de vannak kivételek! Ezek közé számít a végtag főütőerének roncsolása is. Fel nem ismerése nemcsak a végtag elvesztését, de a beteg életét is jelentheti.

10. Utban hadművelési területre az egyik orosz állomáson sürgős orvosi beavatkozásra van szükség. A beteg rendkívül elesett, sápadt és tolmács segítségével nagy hasi fájdalmáról panaszkodik. Lázas, ismételt hány. A hirtelen kezdett deszkakemény has gyomorátfúródás gyanúját kelti, bár ellene szól a magas láz és hidegrázás. Kórház sehol a közelben, a mozgásvonaton fehérvérsejt számolásról szó sem lehet. Morphiomot nem adunk, míg nem biztos a diagnosis, de felesleges is. Félóra múlva szomszédja is hasonló módon betegszik meg, 4 órán belül pedig még újabb 3 nemzetiségi honvéd. Ennyi gyomorkilyukadás egyszerre sok egy kisé. A kihallgatás tisztázza, hogy önszonkítási szándékból dohányt nyeltek le és sós feketét ittak utána.

Az önszonkítás kórisméje nagy felelősséget igényel, de gyógyítása nem orvosi, hanem hadbírósi probléma.

11. A háborús sérülések tökéletes jellemzéséhez mindkét véglet, a súlyos és könnyű esetek leírása is hozzátartozik.

Óriási turbánkötésben kerül kórházunkba Sz. I. honvéd több súlyosan sebesült társával együtt. A beküldő orvos kórisméje szemlővés. A kötés levételekor kiderül, hogy a lövedék az alsó szemhéj külső oldalán behatolva nekiütődött a csontos orrfalnak, majd visszapattanva az alsó szemhéjban rögzítve maradt. Szemgolyó ép, kötőhártyán kisfokú sérüléses bevérzés, látás jó. A lövedéket eltávolítjuk, a sebet egyetlen varrattal zárjuk. 2 nap múlva saját lábán távozik alakulatához.

A lövedék hatása függ a kezdő sebességtől, távolságtól, a lövedék milyenségétől, bevágódási szögtől, szövetellenállástól. (Lippay—Almássy.) Hozzátehetjük jogosan, igen nagy mértékben a szerencsétől is.

Háborús sérülések kórismei nehézségei és az ebből létrejövő tévedések nem közömbösek a sebesült életére. A közölt 11 eset nem tarthat igényt a teljességre, de élénken igazolja, hogy a háborús sérülés és betegellátás irányelveihez a kivételek nagy száma miatt nem lehet mereven ragaszkodni. »Ruganyosság és a helyzethez való gyors és célszerű alkalmazkodás jellemzi a korszerű hadisebészetet« (Frank). Műszereink és eszközeink odakint gyakran cserbenhagynak a kórisme felállításánál vagy teljesen hiányoznak is. A beteg súlyos kárát jelentő tévedéseket a megfigyelés, a rendelkezésre álló fizikai vizsgálat módszerek és az intuitív diagnostika nagymértékben lecsökkenti.

A budapesti általános kórtani intézettel kapcsolatos rheuma- és fürdőkutató intézet közleménye. (Igazgató: Belák Sándor ny. r. tanár.)

A WPW tünetcsoport elektrokardiogramja.

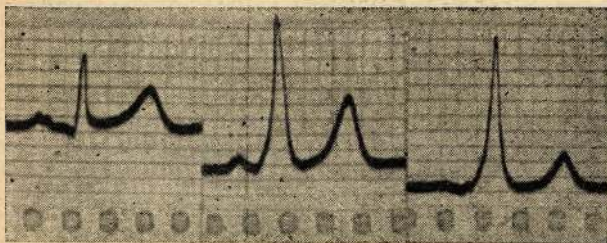
Írta: Ungváry László dr. egyet. magántanár.

A Wolf, Parkinson és White (WPW) tünetcsoport klinikai értékelése még bizonytalan, bár maga a körkép nem is olyan ritka és vele, különösen az utóbbi esztendőben igen sokat foglalkoztak. A kutatók egy része teljesen ártalmatlan jelenségnek tartja, melynek létrejöttét a szív ingerületvezető rendszerének szokatlan lefutása magyarázza. Más részük a legkülönbözőbb magyarázatokkal próbálkozik s végeredményben többé vagy kevésbé kóros okokra vezet vissza. Utalok Lepeschkin könyvére, benne az egész kérdéskomplexus minden oldalról megvilágítva pontosan megtalálható. E könyv megjelenése óta (1942) (Frankl és Witter közleményein kívül) három olyan közlést találtam, mely e tünetcsoport elektrokardiogramjának klinikai értékelésével foglalkozott. Mihalkovics és Kovács 10 esetet ismertettek, s arra a következtetésre jutnak, hogy a tünetcsoport elektrokardiogramja nem mindig jelentősnélküli, hanem gyakran van az elváltozás mögött szívizombetegség. Billmann egy eset kapcsán hasonló eredményre jut. Zakov és Schleicher két eset alapos megvizsgálása során megerősítik Hochrein véleményét, mely szerint a tünetcsoport nem csupán ártatlan »szépséghiba«, hanem gyakran a coronariák nyilvánvaló insuffitentiájával párosul. A coronaria elégtelenségének okát abban találták meg, hogy a megváltozott haemodinamikai viszonyok miatt a verővolumen csaknem 50%-kal eszik.

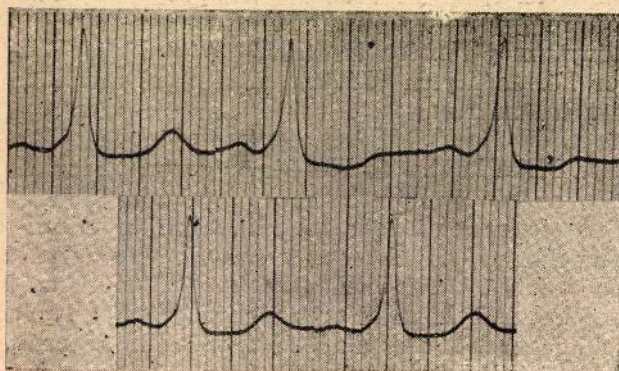
Ez újabb irodalmi adatok mellett szeretném saját megfigyeléseimet ismertetni, melyek szintén a WPW. tünetcsoport elektrokardiogramjának kóros jelentősége mellett szólnak.

Hogy a szívizomzat bizonyos esetben ép-e vagy sem, illetve, hogy a szívizom kifogástalanul tudja-e teljesíteni feladatát, azt nem mindig tudjuk a klinikai vizsgálattal és az ehhez társuló nyugalmi elektrokardiogramm értékelésével eldönteni. A szívizomzat munkája, illetve a coronariák által szállított vér mennyisége elegendő lehet nyugalmi állapotban, de nem lehet megfelelő pl. mozgásban. Éppen ezért a szív vizsgálata csak akkor teljes, ha a nyugalmi vizsgálathoz közvetlenül csatlakozik a terheléses klinikai és elektrokardiographiai vizsgálat, az ú. n. funkcionális vizsgálat is. Ma már a megfelelő körülményekkel és az idevonatkozó szabályok megtartásával végzett terheléses elektrokardiographiai vizsgálat nemcsak, hogy okvetlenül szükséges, hanem elhagyása olykor valósággal műhiba-számba vehető. Ez természetesen vonatkozik nemcsak

a szív elektrokardiographiás, hanem a kymographiás vizsgálatára is, ahol különösen vigyázni kell arra, hogy terhelés nélkül ne nyilatkozunk a szívizomzat munkaképességéről. Ha tehát a WPW. tünetcsoport szívizomzatát vizsgálat tárgyává akarjuk tenni, akkor itt sem elegendő a nyugalmi vizsgálat, hanem minden esetben terheléses vizsgálatot is kell



1. ábra.



2. ábra.

végezni. A WPW. típusú szívek terheléses vizsgálata az elektrokardiogrammon az irodalmi adatok szerint kétféle eltérést mutat. Néha éppen a terhelésre eltűnnek a szokatlan alakú komplexumok, máskor ellenben éppen a terhelés idézi elő. Saját megfigyelésem szerint azokban az esetekben, ahol a kórelőzményben jellegzetes paroxisialis rohamok szerepelnek, ott a terhelésre a szokatlan kamrai komplexum nemhogy nem tűnik el, hanem legtöbbször olyan elváltozásokat mutat, amely kétségtelenül beteg, illetve csökkent vérellátású szívizomzatra vall. Az egyik ilyen esetet a Margitszigeti Gyógyfürdőben (igazgató-főorvos: Gróh Béla dr.) huzamosabb megfigyelés alatt is tartottuk s annak terhelés előtti elektrokardiogramját az 1. ábrában közlöm.

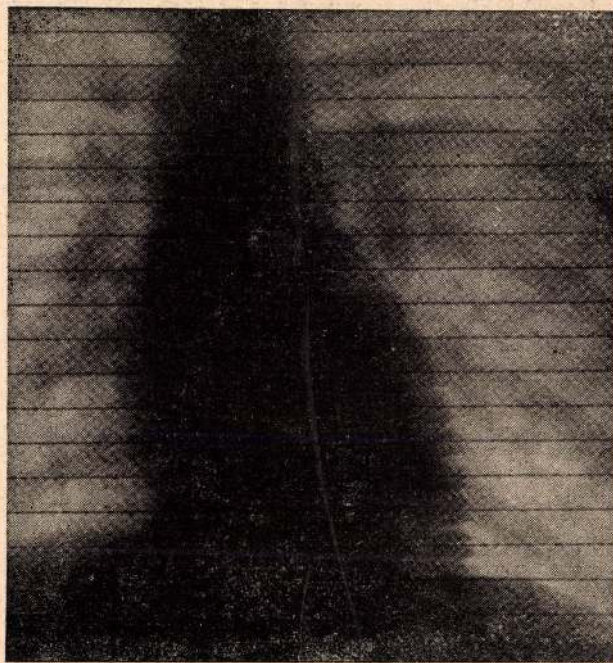
A 2. ábrán viszont láthatjuk ugyanezen eset ekg.-felvételeit a Schellong szerint végzett terheléses vizsgálat alatt 10 cm/sec. filmsebesség mellett. Az ábra első felvétele a terhelés előtt, a második közvetlenül a terhelés után, a többi egymásután 1 perces időközökben készült.

A 2. ábrából láthatjuk, hogy a QRS komplexum tartama a terhelés alatt a kezdeti 110 σ -ról nem rövidül meg, hanem az egész terhelés alatt nagyjából állandó marad. Az

ST szakasz közvetlenül a terhelés után erősen az isoelektromos vonal alá süllyed és a T hullám csaknem teljesen eltűnik. Az ST szakasz és a T hullám változása kb. 4 perc múlva nagyjából ismét megszűnik s az ST szakasz eredeti, terhelés előtti helyét foglalja el. A QRS komplexum tartamának változásából jelen esetben különösebb következtetést nem vonhatunk le, mivel vezetési zavar feltehető. Az ST szakasz és a T hullám viselkedés ellenben olyan kifejezett, hogy azt semmi mással magyarázni nem lehet, minthogy a munka végzése alatt a szívizomzat nem kap elegendő vért s így a szívizomzat hypoxaemiásan vagyis sérülten dolgozik. A hypoxaemia magyarázata pedig Zakov és Schleicher szerint abban van, hogy a pitvari és kamrai contractiók időbeli eltolódása azzal a haemodinamikai következménnyel jár, hogy a verő-volumen 50%-kal csökken. A csökkent verő-volumen nyugalomban még többé-kevésbé elég a coronaria-keringés kielégítő fenntartásához, de a munka végzésekor már nem.

Ugyanczt a következtetést vonhatjuk le a beteg kymogrammjáról is*. A pitvarok mozgása alig észrevehető, a kamrák mozgási tere megkeskenyedett, a csúcsok felé nem nő. (Stumpf II. typus). E mozgási típust a szív a terhelés után is megtartja.

A terheléses ekg. tehát a szívizomzat hypoxaemiáját (legalább is relativ hypoxaemiáját) mutatja, mely a szívizomzat munkateljesítményének kymogrammal is igazolható csök-



3. ábra.

(*A kymogramm-felvételek a Horthyt Miklós Gyógyintézetben készültek, melyekért Györgyi Géza egyetemi magántanár úrnak helyen is külön köszönetet mondok.)

kenését vonja maga után. E jelenségek kóros voltát szépen igazolja a therapiás beavatkozás is. Fenti esetünkben elsősorban fektetésre, valamint szénsavas-rádiumos fürdők hatására után a terheléses ekg-on az ST szakaszok súlyyodása jóval csekélyebb mértékű lett.

Mindezek után tehát azt kell mondanunk, hogy bármi legyen is a WPW. tünetesoport elektrokariogrammjának közvetlen oka, a szívizomzatot, legalábbis a jellegzetes okhamokkal járó esetekben, feltétlenül csökkent értékűnek kell tartanunk.

IRODALMI SZEMLE

SZEMÉSZET

Rovatvezető: Györfly István.

A retina és a látóideg keringési zavarainak kezelése. R. Thiel. (Klin. Monatsbl. f. Aug. 1943 aug.) A szerző az arteria centralis retinae emboliájánál sikerrel alkalmazta az eupelverint, mint spasmolyticumot subcután vagy intravenás injectio alakjában. 24 óra alatt 2.58 g-t kapott a beteg. Kézenfekvő volt hogy az eupaverint közvetlenül az elzáródott érbe kellene fecskendezni. Miután ez az alkalmazás a szemészetben nem lehetséges, az a. carotisba injeciálta és kétoldali nagyfokú látásromlás esetében jó eredményt látott tőle. Ugyancsak jó tapasztalatai voltak az acetylcholin alkalmazása terén, melyet mint aetiv értágítót prostigminnal, nicotinsavval vagy B-vitaminnal alkalmazott a retina arteriáinak görésében. A vena centr. retinae thrombosisában 3 esetben, mikor vörös hypertonia is fennállott, heparint adott és gyors javulást tapasztalt, a vérzés felszívódott, a látás javult. A betegek kb. 20 injectiót kaptak. A n. opticus gyulladásában és atrophijában 100 klinikai betegét B-vitaminnal, acetylchollinnal, prostigminnal és priscollal kezelte jó eredménnyel. Chronikus glaukómás eredetű látóidegsorvadásban a látótér nagy mértékben bővült. (G 8.)

Orosdy Béla dr.

Allergiás keratoconjunctivitis. O. Brien és Allen. (Arch. Opth. 1943 ápr.) A száru beszűrődései, fekélyek, sőt teljes beolvadás is ismeretes. A szereplő allergének: antipyrin szájon át, rhizomai iridis, pollenek, pantocain és novocain. Egyéb, a bőrt és nyálkahártyákat megtámadó készítmények, a butyn, atropin sulfathiazol, gyapjúzsír. Kozmetikumok, mint ajakpirosító, körömlakk, hintőpor, pilla- és hajfesték, szintén allergének. Jellemző a periodicitás, heveny kezdett, fénykerülés, viszketés, mucopurulens váladék. A corneális szövődmény széli beszűrődések alakjában jelentkeznek, iritis kíséretében. A kórismét a »patch-test« biztosítja. Kezelés: allergen eltávolítása, valamint a deszenzibilizálás intracután. (M. N. L.) (Gy. 7.)

Györfly István dr.

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

Lalkus propagandával nem vezetjük a közönséget orvogyógyításra

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



GYÓGYSZER KÜLÖNLEGESSÉGEK.



Aurocard

LIQUIDUM

Perorálisan adagolható Myocardium és cardiotrop növényi kivonatokkal tartalmazó kardiotónikum.



Coffea
Königsfeld

PULVIS

Physiologiailag actív hatóanyagokat tartalmazó szénkészítmény. Mint szén adsorbens, antibactericid hatás, redukáló hatás, deszenzibilizáló, desinficiáló.



Echinacin

INJEKCIÓ ÉS LIQUIDUM

A szervezet immunbiológiai reakció-késztségét fokozó, antiphlogisticus hatással bíró növényi fehérje és lipoid készítmény.



Hamamelon

KENŐCS

Növényi vitaminokat és sebhamonokat tartalmazó készítmény. Regeneráló, desinficiáló, adstringáló és vitalizáló.

MINTÁVAL, IRODALOMMAL KÉSZSÉGGEL SZOLGÁL



SZILÁGYI
gyógyszergyár zrt. b. r. t.
BUDAPEST, II. ERŐD-U. 11.

ORR-, TOROK-, GÉGE- ÉS FULGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán*

Az adatok az ajak, felsőállcsont-, szájpadasadékok műtéteinek technikájához. *Sercer*: (Archiv. für Ohren-, etc. 153 Bd. 3—4 H.) Az ajakhasadékot lehetőleg az első életév, a szájpadasadékokat a második életév végén, de legkésőbb az iskoláskor kezdete előtt kell végezni. A szájpadvarratok sáma gyógyulásának feltétele a szájúreg lehető tisztántartása, amit a fogazat rendbehozásával, esetleg a beteg tonsillák eltávolításával segíthetünk elő. Szerző a műtétet felnőtteken helyi érzéstelenítésben, gyermekeken pedig narkózisban (Biroth-keverék) végzi. Tapasztalata szerint a narkózisban végrehajtott műtét sikere sebb, ami annak tudható be, hogy az érzéstelenítő folyadék bizonyos fokig károsítja a szöveteket, ami sok esetben varratelégtelenséghez vezet. A narkóziót egyoldali ajakhasadéknál és az összes szájpadasadékok esetében a Junker-féle készülékkel végzi, a narkotikumot pedig vékony gumikatheteren keresztül az ép orrfélen át juttatja a gégebe. Kétoldali szájpadasadék esetében az orrban lévő catheter útban van, ezért a Junker-készüléket egy, a lig. conicum át vezetett troicárhoz hasonló tűhöz kapcsolja. Ami a műtétet illeti, könnyebb esetekben *Mirault*-ot követi; egyoldali komplett ajakhasadékot *Veau-Axhausen* szerint, kétoldali, ha az ajak középső része jól fejlett, *Axhausen* szerint operál. Ha az utóbbi satnya, úgy *Hagedorn* szerint végzi a plastikát. Az orrfenék képzése a legnehezebb feladat, melynek eléréséhez a septum és laterális orrfal nyálkahártyáját kell igénybe venni, de ügyelni kell, nehogy az orr működésében emiatt nagyobb zavar álljon be. A középső állcsontrés reponálását nem hirtelen és brutális erővel végzi, mint *Rammstedt* és *Thiersch*, hanem las-

sanként elastikus nyomókötéssel. A szájpadasadékok műtéte utáni varratelégtelenség majdnem mindig a kemény és lágyszájpad határán következik be, melynek oka a szájpadzizmok oldalfele húzásában keresendő, ami viszont ez izmok tapadási helyéből adódik. A szájpadzizmok megfeszülését szerző úgy ellensúlyozza, hogy tapadási helyüket közelíti egymáshoz, amit viszont úgy ér el, hogy a két szembenálló proc. pterygoideus mediális lemezét frakturálja. A szájpadasadék-műtétek után sajnos még kb. az esetek felében tökéletlen marad a beszéd, ami arra vezethető vissza, hogy a lágyszájpad rövidegsége miatt ez és a hátsó garatfal között nagyobb rés marad vissza. Ennek korrigálására szerző bizonyos módosítással a *Schönborn*-féle velopharyngographiát végzi. (A. 7.) *Ajkay Zoltán dr.*

A repülők melléküregfájdalmáról és annak okáról. *Kindler*: (Archiv. f. Ohren-, etc. 153 Bd. 3—4 H.) Bukórepüléskor vagy gyors leszálláskor néha előfordul, hogy repülőkön hasonló kínzó melléküregfájdalmak lépnek fel, mint heveny melléküreggyulladások. Oka a következő: egyes repülőkön a repülés a vegetatív idegrendszer labilitását váltja ki. Tudvalevő viszont, hogy az orrban oly sűrűn előforduló duzzadó testek vérrrel való ellátását a vegetatív rendszer szabályozza. Arra hajlamos egyéneknek tehát zuhanáskor megduzzadnak a melléküregek szájadékának közelében elhelyezkedő duzzadó testek és a szájadékok elzárva a melléküregekben hiányos levegőkicserélődés következtében vacuumot hoznak létre, ami a melléküregek nyálkahártyáját megduzzasztva, erős fájdalomhoz vezet. Néha előfordul, hogy a melléküregekben a nyálkahártya egyes részeken az említett okok miatt le is válik és haematoma keletkezik. A megfelelő lokális kezelés mellett a vegetatív idegrendszer erősítéséről kell gondoskodni. (A. 8.)

Ajkay Zoltán dr.



Értonicum keringési gyengeség kezelésére:

PULSOTON-CHINOIN

(m-o-x-y-β-a-m-i-n-o-p-r-o-p-y-l-b-e-n-z-o-l-h-y-d-r-o-c-h-l-o-r-i-d)

Injectió, 5×1 kcm. amp. (0.02 g.)

Solutió, 10 kcm üveg (kcm-ként 0.02 g.)



PHYLAXIA

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

Városi irodája:

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

Opsodermin

staphylococcus vakcina

Opsogon

gonococcus vakcina

Pertussis

vakcina «forte» megelőző és gyógyítási célra

Polymycin

vegyes gombafertőzés ellen

Trichosan

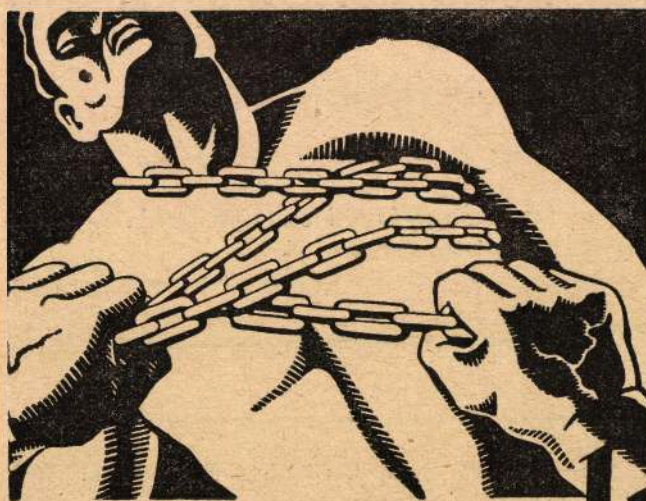
trichophytiasis ellen

Gelatina ster. 10%

vérzések csillapítására

Dr. Deér Endre serobakteriologiai laboratoriuma

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

*Több éves tapasztalat és tudományos kísérletezés mutatja, hogy***SCARLANTIN-nal***a vörhenyvel szemben fogékony gyerekek több mint 90%-a védetté tehető
A védőoltás a járványok megelőzésére vagy terjedésének megállítására
alkalmas.*Forgalomban van: 1 személyre 3×1 cm-es ampulla
5 „ 3×5 „ üveg átszurható gumidugóvalLábadozóknak
Kimerülteknek**NERVITONICUM**Dr. Deér
ROBORANS
TONICUM

Cardiazot-Ephedrin

asthmát
kuprozza,
vérkeringési gyengeséget
megszünteti.

10 tablettás fiolák 10 g liquid -t tartó üvegcsék 6 ampullás dobozók

KNOLL A.-G., Chemische Fabriken, LUDWIGSHAFEN/RH.
Képviselő: WACK KERESZTÉLY, BUDAPEST, IX., Högyes E.-u. 4.

SEDYLETTA

tabletta 30×0·015 gr

Általános hatású psychikus megnyugtató, kitűnő spasmolitikum

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

Podmaniczky-gyógyszertár
Budapest, VI.

MALTI RON

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

Aplona

a polytrop
antidiarchoikum és egyben diéta

Csomagolás: üveg 50 — és 100 g. tartalommal



Kali-Chemie A.G. „Rhenania” gyógyszervegyészeti osztálya Berlin
Magyarországi képviselő: Wack Keresztély, Budapest IX. 8.

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.

Gyártja és forgalomba hozza:

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

REX Gyógyszervegyészeti Gyár és Gyógyárúkereskedelmi R.-T. Budapest-Debrecen

GRANULOCITOGEN SPECIFICUM

AGRANULOCYTOSISBAN

»CERTA« GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R. T. BUDAPEST

KÖNYVISMERTETÉS

Szülészeti műtéttan. Irta: *Burger Károly*. II. teljesen átdolgozott kiadás. Budapest 1944. Eggenberger-féle könyvkereskedés. Ára 65 P.

Szerzőnek 1927-ben megjelent műtétana Kubinyi iskolájának felfogását tükrözte vissza. Azóta 16 év telt el s most már a szerző iskolájának és egyéni felfogásának gazdag tárházából nyújt a gyakorló orvosnak és a szakembernek egyaránt megszívlelésre érdemes útmutatásokat. Könyvét végigolvasva és az első kiadással egybevetve, örömmel és megnyugvással állapíthatjuk meg, hogy ez a rövid 16 év is jelentős fejlődést hozott a szülészeti műtétannak sokszor dogmatikus merevségű, mert szigorú elvekhez ragaszkodó és így sok tekintetben megingathatatlan látszó felfogásában. Fejtegetéseiben mindig tekintetbe veszi a magánygyakorlat lehetőségeit és igényeit, ezért tehát haszonnal forgathatja a nem szak-szülész is. A műtėti berendezkedés, a felszerelés és az előkészítés módjait ismertetve, rámutat arra a régi tapasztalatra, hogy a szülészeti műtéteteket sokkal kevésbé aseptikusoknak fogták fel egyesek és így a fokozott sebvédelem követelményeinek meg nem felelő kivitelű láthatunk a gyakorlatban, sőt még oktató filmekben is. Joggal mondja, hogy maradiság volna feltűnő különbséget tenni a szülészeti és a nőgyógyászati műtét között az aseptis szempontjából. Az érzéstenítés kérdésében örömmel üdvözljük azt a józan álláspontot, amely a gerincevelő érzéstelenítést, mint veszedelmes eljárást elveti. Azok a fejezetek, amelyek a megértéshez szükséges anatómiai és functionalis ismereteket tartalmazzák, pompás ábrákkal gazdagodtak. A javallatok általános tárgyalása után a már ismert sorrendben veszi a különféle lágyrésztágító eljárásokat, amelyeknek során méltó helyet biztosít a gyógyszeres fájáskeltőknek és görcsoldóknak, valamint a nálunk egyre intenzívebben használatos galea-fogónak. A művi vetélések javallatainak ismertetése során rámutat arra a régen hangoztatott, de még mindig törvényesen nem rendezett kívánságra, hogy a terhesség művi megszakításának javallatát csak intézeti észlelés alapján lehessen kimondani s a kivitel is csak intézetben történhessék. A tüdő-tuberculosis esetére ajánlott méh-amputációt, szegedi tapasztalataink alapján, szerzővel egyetértésben ajánlatosnak tartjuk, de az abdominalis kivitel helyett lehetőleg a hüvelyi megoldást javasoljuk (Rieck-műtét). A fejre fordítás régebben kissé elhanyagolt műtete a rendszeres terhes gondozás révén ismét visszanyerte igazi jelentőségét. A medencevégű szülés vezetése terén örömmel üdvözljük a szegedi klinika által olyan sokszorosan propagált Bracht-féle eljárás elismerését. Az a javaslatunk, hogy a köldökig megszületett magzat kifejtésére mindig a Bracht-féle eljárást alkalmazzuk, nagy jelentőségű véleménya a szülészeti oktatásnak és gyakorlatnak, mert az élettani viszonyokat utánozza és az aseptis nem veszélyezteti. A fogóműtét tárgyalásakor nagyon szerencsés ötletnek tartjuk azt, hogy szerző csak két fogó típust ismertet: a nálunk elterjedt Naegele- és a Kielland-fogót. A tengelyhúzó készülékkel kombinált Tarnier-fogót csupán didaktikus szempontból tárgyalja. Csak helye-

selni tudom azt a javaslatot, hogy az episiotomiát ne előre, hanem csak akkor végezzük, amikor látjuk, hogy a fej követi a húzást. A Kielland-fogó alkalmazása során mind a három felvezetési módot ismerteti: az eredeti Kielland, majd a nálunk divatosá vált vándoroltató és az újabban ajánlott Runge-féle módot. A medence-tágító műtétet ismertetésének csak orvostörténeti jelentőséget tulajdoníthatunk. Külön kell szólnunk a császármetszés fejezetéről, amelyben kiemelendőnek tartom azt a Kubinyi iskolájából származó módszert, amelyet a Burger-klinikán volt alkalmam megismerni és amelyet most már több, mint 200 császármetszés kapcsán igazolva látok, nevezetesen: felülről a méhszájon át leveztett gézesíknak véralvadék leveztető és összehúzódtat felkeltő hatását. Több helyen találkozunk az uteroplacentaris apoplexia gyógyításával kapcsolatban az általunk propagált amputatio praecaearea műtétével. A mély vagy cervicalis műtét kivételében a harántmetszés mellett foglal állást. A radikálisabb műtétek során talán jó volna javasolni az amputatio mellett a totalexsi irpatiót, hiszen az amputatio nem véd meg mindig a csonkból eredő peritonitissal szemben. A vérzések ellátása terén a lázas vetélések kezelésében a láztalanra válás előmozdítására a chemoterapiának szerepét ma már mindenki elismeri. Az aorta compressorok között a Haselhorst-féle említésreméltó. Az újszülött szülési sérüléseinek tárgyalása közben, mint új jelenség, a galea-fogó okozta sérülés is helyet kapott.

Burger könyve 226 művészi kivitelű rajzával a legszebben és leggyakorlatiasabban illusztrált magyar tankönyvek közé tartozik. Az ábrák könnyen érthetőek és a három dimenzióban lejátszó folyamatok térviszonyait pompásan érzékeltetik. Meggyőződésünk, hogy Burger műtétana, mint a „Szülészeti“ méltó befejezése, osztozni fog annak népszerűségében és hamarosan újabb kiadást fog maga után vonni. Boldog lehet az egyetemi ifjúság, minden gyakorló orvos és minden szakember, hogy a gazdag tapasztalású, éles kritikájú és a szülészeti problémák iránti szeretettől áthatott nagy klinikusnak útmutatása mellett szeresheti meg azokat a fontos ismereteket, melyeknek helyes alkalmazásától legtöbbször két emberélet sorsa függ. A háború ötödik évében külön elismerést érdemel a kiadvállalat buzgósága és a Stephaneum-nyomda tökéletes tipographiája.

Batizfalvy János prof.

DERMASEPT KENŐCS

SEC. ZOMBORY

15, 30, 50 g-os csomagolásban

INDICATIO: Ekcéma, pyoderma, excoriatio, impetigó, dyshidrosis furunculosis, sycosis, folliculitis, hydradenitis, renyhény gyógyuló és gulladós sebek, alszárfekélyek, égő fagyás- és minden fertőzött friss sérülés.

Az összes fővárosi közkörházakban, OTI, MABI, MÁV, Magyar Ház-
zás B. B. I., M. Kir. Dohányjöv. B. B. I., M. kir. Post. B. B. I.
Székesfehérvári Alkalmazottak Segítő alapja, a Honvédségnél és az
összes fegyintézetknél is szabadon rendelhető.

Új egészség- és szociálpolitika.

Hazánkban a második világháborúba teljes erejű beavatkozása olyan gyökeres politikai rendszerváltozást vont maga után, amely az egészségpolitikát és azzal elválaszthatatlanul összefüggő szociálpolitikát is alapjában változtatja meg. A keresztény, nemzeti, fajvédő szellemet képviselő országos orvoskamarai vezetőség a politika porondjára lépett akkor, amikor hivatalos közlönyének júniusi számában támadásnak is beillő, éles bírálatot gyakorol az egészségügyi főhatóság orvosszakembereinek magatartása felett, akik védik a magyar közegészségügy 25 éves, nehéz munkával kiépített szervezetét és nem helyeslik a zsidó orvosok munkájának teljes kikapcsolását. De a székesfehérvári orvosi kamara elnöke melléjük állt, azzal a javaslattal (O. O. K. K. VI. sz.), hogy zsidó orvosokat hadikórházakba osszának be. Sőt avval is, hogy a kórházi al- és segédorvosok nőülési tilalmát illetően a főhatóság indokait helyesli a szegedi kamara családvédelmi javaslatával szemben. Mi, akik évtizedes munkával a kari egységet kívántuk szolgálni, ezeket a jelenségeket aggodalommal nézzük. Több ízben alkalmunk volt ugyanis az egészségpolitika kulisszái mögé betekinteni és ennek során meg kellett látnunk azokat a nehézségeket, amelyeket főhatóságunk szakembereinek — munkájuk sikere érdekében — le kellett küzdeni. Őszintén ki kell mondani, hogy ezeket a nehézségeket nem kis részben politikai és magas állású orvoskارتársaink okozták, részben személyi okból, részben az egészségpolitika-hozzáértők által már akkor is helyesnek ítélt — de általunk meg nem értett — célkitűzései ellen folytatott aknamunkájával. Az iránt sem lehet kétség, hogy a magyar közegészségügy jelenlegi szervezetének fentartása csak megfelelő számú orvossal lehetséges és a létszámhoz az egészségpolitika vezetői azért ragaszkodnak, mert 25 éves munkájuk eredményét féltik.

Megfelelő személy- és tárgyismeret nélkül nem kívánunk a kamara és főhatóság vitájában illetéktelen ítéletet hirdetni. De az események logikája és a mult keserű tapasztalatai két dolgot teljesen világossá tesznek. Az egyik az, hogy a jelenlegi orvoshiány gyors és gyökeres intézkedéseket kíván, amelyekben az általános politikai és háborús helyzettől nem függetleníthetjük magunkat. A másik az, hogy a közegészségügyi és orvosrendi érdekeket nem kartársainktól kell féltetni, hanem attól a laikus, garaszkodó és bürokrata szellemtől, amelytől minden orvos és a munka egyaránt állandóan szenved. Hivatásunk első parancsának a tárgyilagosság megőrzését tartjuk, a legnehezebb helyzetben is. Sőt arra éppen akkor van a legnagyobb szükség. Ezért ma, amikor egyrészt a pillanatnyi nagy közegészségügyi nehézségeken kell úrrá lennünk és egy új egészség-, illetve szociálpolitika alapjait leraknunk, a tárgyilagosságra fokozott szükségünk van. Nyíltan ki kell mondani, hogy az egészségpoli-

tika legfőbb baja az volt, hogy a közegészségügy hatalmi kérdés volt, amelynek lényeges részei nemcsak különböző ministeriumokhoz tartoztak, — amelyeknek megfelelő orvos-szakemberei sem voltak, — hanem még a belügyministeriumban is laikus államtitkár áll a társadalombiztosítási ügyosztály élén. Nyilvánvaló tehát, hogy hatásköri és költségvetési okok miatt az egészségügyi főhatóság orvosvezetőinek még a magyar közegészségügy egységes, részletes, átfogó terveit sem lehetett elkészítenie, nemhogy módja lett volna olyan kataszter összeállítására, amely az orvosi munkaerők célszerű polgári és katonai foglalkoztatását, elosztását lehetővé tenné.

Ha olyan szervezetet keresünk, amely alkalmas volna az összes egészségügyi vonatkozású kérdésekkel foglalkozó hivatalok és intézmények érdekeinek összeegyeztetésére, az egészségpolitika egységes szempontjainak kidolgozására és szolgálatára, úgy a meglevők közül az Országos Közegészségügyi Tanácsot, a reménybeliek közül a Közegészségügyi Ministeriumot kell megjelölnünk. Sajnos, a Közegészségügyi Tanács szervezete, összetétele, munkarendje, hatásköre ezen hatalmas feladat megoldását nem teszi lehetővé. A közegészségügyi ministeriumról pedig már sorozatosan elmondtuk, hogy annak létesítése csak a jogász bürokrata államrendszer eltörlése után, új tárgyilagos szociális rendszerben lehetséges, amelyben nem a forma és a hatáskör a fontos, hanem az ügy érdeke és az eredményes munka, a szakértelem alapján.

De bármilyen szellemben fogunk is a kérdés rendezéséhez, a józan ész az általunk állandóan hangoztatott körzeti rendszer alapulvételét parancsolja. Ez annyit jelent, hogy először tisztázni kell a lélekszám, távolsági és közlekedési viszonyok alapján a gyógyító-, szak-, intézeti-orvosi körzetek számát; katonai vonatkozásban a csapattestek, intézetek számát, létszámát úgy itthon, mint a hadművelleti területen. Ezt a kettőt össze kell és össze lehet egyeztetni, ha ebben a lehetőség és józanság vezet. Így tisztázható a szükséglet. Most már csak arra van szükség, hogy az országos orvosnyilvántartás évente többször bekért, megfelelő adatai alapján a rendelkezésre álló orvosokat ebbe a körzeti rendszerbe beosszuk. Ha ez keresztény orvosokkal megfelelően lehetséges, úgy a zsidókérdés felvetése teljesen fölösleges. Ha nem, az a kérdés mérlegelendő, hogy a lakakat hogyan lehet egészségügyi segédzsemmel, medikusokkal és szigorlókkal betömní. Ha ez sem lehetséges, úgy a zsidó orvosok célszerű felhasználása indokolt (munkahely, beosztás, ellenőrzés). Szakértelem elsősorban az említett körzeti rendszer kidolgozásához kell. Ez csak a főbb orvosi munkaadók vezető orvosainak bevonásával biztosítható. Eddig a hatásköri tabu hasonló munkaközösségre és a közérdek alá rendelés szellemében biztosított munkamegosztásra nem adott módot. Amíg ez a liberális-jogász-

bürokrata szellem meg nem szűnik, azt az erkölcsi és nemzeti alapon álló, forradalmi szociális szellem el nem söpri, számolni kell az eddigi helyzettel és az orvoskamara vezetéség sem remélheti, hogy politikai fellépése a keresztény orvostársadalom fokozott igénybevételén kívül orvostársadalmi és gazdasági téren, vagy az orvosi intézkedő jog megadásával javulást hoz.

Mert ne feledjük: bármilyen súlyos is az orvoshiány, egyetlen munkaadó sem javította orvosainak helyzetét, sem anyagi, sem hatásköri szempontból. Ami történt, — a díjazások emelése —, évekkal elmarad a pénzérték-csökkenés mögött. Az összes kerületi kamarák képviselői arra a megértésre és együttműködési készségre hivatkoznak, amellyel a honvéderosvosi kar képviselői részéről találkoztak. Ez természetes; mert apáink, fiaink, testvéreink, kártársaink és bajtársaink. De csak a vak nem látja, hogy a tartalékos orvosok helyzete minden téren sokkal rosszabb, mint az első világháborúban és a honvéderosvók sem egyenrangúak a csapattisztekkel; sőt orvosi kérdésekben sem függetlenek a különböző alakulatok parancsnokságaitól, valamint a ministerium nem orvosi vezetőitől. Az is világos, hogy a jogász bürokrata államrendszer a honvédelmi ministerium ügymenetét is megszabta. Azt is tudjuk, hogy bár az OTI minden oldalról a támadások középpontjában áll, átszervezése kormányprogram, erre a célra már kormánybiztost is küldtek ki, az ügymenet egyszerűsítésére és az orvosi munkafeltételek enyhítésére egyetlen lépés sem történt. Csak a két sóhivaltalt oszlatták fel politikai okból, az önkormányzatot, melyre soha sem volt szükség és az orvosi tanácsokat, amelyek soha sem tehettek semmit az orvosok érdekében. Ugyanez a helyzet a bürokratikus egészségügyi közigazgatás terén is. Maguk az orvos közírók minden téren rámutatnak a bajokra, nehézségekre, teendőkre, a javítás módjaira, az átszervezés, egyszerűsítés, célszerűsítés, fejlesztés szükségére. De a jogász bürokrata rendszer nem hajlandó önmagát megszüntetni, hatásköréből engedni. A bevált kifogás: háború van, költségvetési fedezet nincs. Pedig létérdekeink éppen a háború miatt parancsolnak a közegészségügy színvonalának és hatásfokának a legmagasabbra emelését.

Mikor tehát az Orvosi Kamara vezetősége az egészségügyi főhatóság orvosvezetői ellen a politika eszközeivel lép fel, megfontolandó, hogy a mai politika, amelynek sikere az erőviszonyok helyes megítélésétől függ, támaszkodhat-e olyan új politikai pártokra és irányzatokra, amelyek az orvosi munkát megértik és megbecsülik, támogatni hajlandók. Ezt falusi magányomból megítélni nem áll módomban. Azt azonban régóta panaszoljuk, hogy a közvélemény egészségügyi téren tájékozatlan, magatartása orvosellenes, a politikai pártok pedig hatalomra törnek, híveiket ott szerzik, ahol kapják, önző érdekeket szolgálnak. A köpönyeg-

forgatás a politikus számára célszerű, a meggyőződés sokaknak akadály az érvényesülésben, a tömegnek pedig sohasem volt meggyőződése, csak hangulata, melyet vezérei csináltak.

Mindebből azt a gyakorlati következtetést vontuk le, hogy új egészség- és szociálpolitika szükség van. Azt azonban az orvostársadalom még teljes egysége esetén sem tudja kieroszakolni. Ehhez a laikusok megnyerésére van szükség, aminek jeleit magunk eddig nem láttuk. Ha tehát az Orvosi Kamara a politika terére lép, evvel súlyos felelősséget és kockázatot vállal magára, mert a kívánt eredményt csak így érheti el, ha nemcsak tagjaira támaszkodhat, hanem olyan politikai erősoportra, amely nem akarja az orvosok elnyomását és kizsákmányolását folytatni és fokozni, hanem minden eszközt megad nekik népünk eredményesebb szolgálatára, — a közegészségügy vezetésében is.

Zemplényi Imre dr.

Védőszemüveget katonáinknak az aknasérülések ellen.

A napokban volt alkalmam operálni két aknától sérült félszemű honvédet. Mindkettőnek (az egyetlen) szemében több, alig 1×1 mm-nyi idegentest volt. Az idegentest nyomában szürkehályog is keletkezett. Ezt a sok apró idegentest látva (az egyiknek a szemében 6 drb. volt!) rögtön a védőszemüveg jutott az eszembe, mert ilyen, sőt még nagyobb idegentestektől is megvédheti a szemet a védőüveg. Ezek az idegentestek, ha össze is törnek a szemüveget, de már a szembe nem igen jutnak. Az üvegtől származó sérülés még eddigi tapasztalatom szerint a szemet maradandóan nem károsította. Ritkaságszámba megy az ilyenkor támadt súlyos szemsérülés.

Természetesen azonnal az irodalomhoz fordultam, használnak-e már az akna szem-sérülései ellen védőszemüveget?

A kl. Mbl. f. Augh. 110. kötet 270—271. oldalán egy ülés jegyzőkönyvében említik, hogy *Rohrschneider* szerint a legtöbb háborús vakságot napjainkban az akna-sérülés okozza. *Löhlein* meggyőződése az, hogy az aknától származó sok szemsérülés lényegesen megkevesbedik, ha a *Dieter* »plexiglas«-ból készült védő-ernyőjét használják. *Fanta H.* is azt vallja, hogy az aknák által okozható sérülések, védőszemüveg viselése által, nagyrészt megelőzhetők volnának. Azt tapasztalta u. i., hogy pl. közönséges myopiás szemüveg viselésekor a szem és környékének sérülése sokkal csekélyebb volt és a látás csaknem sohasem károsodott. *Az aknaszedők vagy azok között járók viseljenek védőszemüveget!*

Meggyőződésem tehát, hogy katonáinknak adott ilyen védőszemüveg igen sok, különben

vakságot okozó aknasérüléstől, mentené meg szeméiket!

Felhívom tehát a katonaság illetékes ténnyezőinek figyelmét erre és ajánlom, hogy mielőbb viseltessenek katonáinkkal védőszemüveget, hogy a sokszor apró idegentestek szembejutását és annak kiszámíthatatlan következményeit minél inkább megakadályozhassuk. Esetleg egy, a nyakra előlről alkalmazható üveg (átlátszó lap) még az arc sérüléseitől is megvédhetné katonáinkat bizonyos mértékig. Egy fémből való *álarc meg a védőszemüveg* éppen az aknasérüléseknek legjobban kitett arcunkat és szemünket védhetné meg. Természetesen, hogy milyen anyag felelne meg legjobban és milyen formában, az azután a gyakorlatból volna megállapítható. De valamit tennünk kell ez irányban sürgősen! A vakságot meg kell előzünk, ahogy csak lehet! Az ember maga van legkevésbé felvértezve ebben a háborúban! Az kétségtelen, hogy függ a sérülés nemétől és erejétől is!

Tóth Zoltán

e. m. tanár, kh. főorvos

LAPSZEMLE

Wiener Medizinische Wochenschrift 23—24. sz. *Fänsler H.*: Gyomorműtét utáni panaszok és azok kezelése. *Reubmayr I.*: A Perthes-féle betegség kóriméje. *Legel Chr.*: Az acetylcholin hatása a capillarisokra. *Slany A.*: Újszülöttgondozás egy szükségkórházban. *Wagner A.*: Peripheriás idegbántalom myohypertonia esetén. *Köhler W.* és *Feckenstein A.*: Gyógyeredmények percortennel fekélybetegségeken.

VEGYES HIREK

Személyi hírek. A Kormányzó a közoktatásügyi miniszter előterjesztésére *dr. Vereby Károly* pécsi egyet. rk. tanári címmel felruházott egyetemi m. tanár, egyet. adjunktust a pécsi tudományegyetem orvoskarán üresedésben lévő anatómiai tanszékre egyetemi nyilv. r. tanárrá kinevezte. — A közoktatásügyi miniszter *dr. Zemplén Béla* egyetemi tanársegédnek „A máj és emésztési szervek kór- és gyógytana“ c. tárgykörből a budapesti Pázmány Tudományegyetem orvosi karán egyetemi magántanárrá történt képesítését tudomásul vette és megerősítette.

Lapunk előfizetési díját a változott viszonyok, a klisé- és nyomdaköltségek újabb 40%-os emelkedése miatt kénytelenek vagyunk máj is július 1-ével felemelni arra a 70%-os árszintre, amit az Országos Sajtókamara kiadói főosztályai már az ősszel minden lap számára engedélyezett. Az Orvosi Hetilap és Orvosi tudományi Közlemények együttes előfizetési díját tehát, amint eddig csak 36 pengőre (40%) emeltünk volt fel, az egész 70% alkalmazásával *évi 44 pengőre* emeljük és kérjük féléves és negyedéves előfizetőinket ennek megfelelő összegek

beküldésére (félévre 22, ¼ évre 11 pengő) a máj számunkhoz mellékelni csekklapon. — A Magyar Orvosi Archivum évi előfizetési díját évi 16 pengőre, félévre 8 pengőre emeljük fel.

Betöltendő orvosi állás. *A márianosztrai bün'elölnézet X.* fiz. oszt. orvosi állásra a Budapesti Közlöny június 15-iki számában pályázat jelent meg. Felvilágosítást nyújt az Igazságügy-minisztérium. — *A Szív. központi ágyműtőintézet* egy alorvos-ítkári állás. Pályázati határidő július 8. — *A székesfehérvári Szent György kórházban:* egy szülész osztályos főorvosi, egy belgyógyász osztályos főorvosi és egy tüdőbeteg-szakorvos osztályos főorvosi állás. Pályázati határidő július 10

A Budapesti Orvosi Karon nyári félévet rendeznek a négy félévet végzett orvos-anhallgatók számára, akik szeptember 30-ig naponta reggel 7 órától délután 2 óráig folytatódólagos óktatókban részesülnek kórbonctanból, bakteriológiából, gyógyszer-tanból és mérgegtanból, belgyógyászatból, sebészből, fogászatból és bőrgyógyászatból; délután pedig vizitéken vesznek részt. A tárgyakból kolloquálni kötelesek, minek sikere esetén kiképzésükről bizonyítványt kapnak és ennek alapján mint katonai orvosi segédszolgálatosok vonulhatnak be ahelyett, hogy fegyver alatt szolgáljanak. Ilyen tanfolyamok a vidéki testvéregyetemen nem tarthatnak, csak Budapestben.

A frontátvonulások áttekintése 1944. március első feléről. A tavasz általában is frontátvonulásokban gazdagabb időszak szokott lenni, a folyó évben azonban a március hónap különösen nagy frontgazdagságával tűnt ki. A márc. 1—15. közötti 15 nap alatt nem kevesebb, mint 40 betörési frontot és ezenfelül még 9 felsiklási frontot tüntet fel a frontjegyzék. A betörési frontokból 6 volt erős, 29 mérsékelt és csak 5 volt gyenge fejlettségű, tehát a frontok átlagos fejlettsége is feltűnően nagy volt. Hasonló a helyzet a felsiklási frontok körében is: 2 erős, 4 mérsékelt és csak egy gyengén fejlett frontunk volt.

A budapesti frontátvonulások részletes történetéből kiemelendő a márc. 1-én este 20 órakor átvonult, nagy szélviharral járó erős betörési front; a márc. 5—6-ikai éjszakán, éjjel után 2 órakor átvonult, 20 mm praefrontális havazást és havasesőt okozott erős fejlettségű felsiklási front; a pontosan 24 órával később érkezett erős fejlettségű betörési front; a márc. 7. déli 12 órakor átvonult, heves postfrontális záporral kísért erős betörési front; a márc. 9. hajnali 5 órakor érkezett (egész éjszakán át tartó praefrontális esővel kapcsolatos) erős felsiklási front; a márc. 14. éjjel 1 órai, továbbá ugyanaznap délután 15 és 18 órai erős betörési frontok; de mindennekfelett pedig a betörési frontok kivételes mértékű halmozódása a márc. 14—15-ei háromnapos időszak folyamán (19 frontátvonulás).

Az orvos elhazálózása miatt egy keveset használt Siemens D H-jelű Heliodor röntgenkészülék eladó. Özv. Dr. Nagy Lajosné, Tarcal.

FELELŐS KIADÓ: VAMOSSY ZOLTAN

A szerkesztő kedden és pénteken

12 és 1 óra között fogad.

ORVOSI HETILAP

MEGJELNIK MINDEN HETEN

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

TARTALOM:

Galambos József: Vérpótlás szárított vérsavóval. (327—328. oldal.)

Balogh Ferenc: Vértömlesztést követő vizeletrekedés esete. (328—330. oldal.)

Rottenbiller Alajos: Gyári és üzemi orvosi munkarend. (334—335. oldal.)

Melléklet. Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (53—56. oldal.)

Irodalmi szemle. (330—332. oldal.)

Könyvismertetés. (333. oldal.)

Vámossy Zoltán: Magyary Kossa Gyula. (335. oldal.)

Lapszemle. — Vegyes hírek. (336. oldal.)

SYMPATOL

A SZÍV ÉS VÉRKERINGÉS GYÓGYSZERE.

Indikációk:

Az erek hypotóniával párosult tónuscsökkenése:

Rekonvalescentia - Hypotónia - Terhesség - Öregkori panaszok

Általános keringési gyengeség:

Influenza - Diphtheria - Tuberculosis - Typhus - Pneumonia

Súlyos kollapsus:

Műtétek - Szülések - Vérvesztés - Shock

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



Forgalomban:
Ampullák 3 006 g
és 10%-os liquidum.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

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

A 105. k. ho. eü. oszlop közlemény. (Paranesnök: vitéz Ferenczhalmy János dr. orvos-százados.)

Vérpótlás szárított vérsavóval.

Irta: Galambos József dr. t. orvos-zászlós.

A keringő vérmennyiség felének vagy egyharmadának elvesztése végzetes következményekkel járhat. A halál részben oxigénhiány, részben folyadékvesztés miatt következik be. A szervezet mindkét hibát igyekszik kiküszöbölni azzal, hogy kiüríti vértartalmát és a szövetekből nagyfokú nedváramlást indít meg a vérpálya felé. Ez a kiegyenlítés természetesen véges. Az életmentő segítség kétirányú lehet: 1. emberi vér, 2. folyadék pótlása.

Folyadék pótlására az élettani konyhasó oldat különböző módon kombinált készítményei szolgálnak (Ringer-oldat, Locke-oldat, »Tutofusin«, »Promptfusin«, stb.). A sóoldat azonban gyorsan elhagyja a vérpályát. A kiválasztás meglassítását gumiarabicum vagy glyocoll hozzáadása elősegíti. Számos hasonló készítmény közül a jelen háborúban ilyen szempontból a »Periston« vált be legjobban, amely mesterségesen előállított, nitrogen tartalmú polivynil alcohol tartalmaz és igen magas moleculasúlya, kolloidosmotikusan a vérnek felel meg. A kiválasztás egyenletessége legkönnyebben a tartós cseppinfúzióval érhető el, amelyen keresztül a kivérzett súlyos sebesült állandó kisadagban mindazt megkaphatja, amire pillanatnyilag az életmentés és életfenntartás szempontjából szüksége van.

A friss vért azonban semmi sem pótolja. Alkalmazásának egyetlen komoly akadály — a vértadó hiánya — irányította a figyelmet a conservált vér adagolására. A conservált citratos vér általában bevált, de tárolása nehézkes és csak kb. 3 hétig tartható el. Ez a tény, továbbá Schoercher vizsgálatai, amely szerint a vörösvértetek jelenléte nem szükséges és az elvérzés a vérpálya üressége miatt következik be, megalapozta a savó átömlesztések jogosultságát. Lang és Schwiegl előállította serum szárított állapotban hónapokig, sőt tovább is tárolható, hőbehatásokkal szemben nem érzékeny, szállítást, rázást jól bírja, haemolysist nem okoz és minden véresoportú

egyénnek egyformán adható, mert agglutininek nem tartalmaz. Hatását német és amerikai szerzők, hazánkban Pitrolffy-Szabó dícsérik.* Végleges véleményét Franz a jelen háború utáni időkre tartja fenn. Orator szerint hatása »kann noch nicht beurteilt werden«. Utóbbi két vélemény a szárított savó alkalmazása kapcsán előfordult sikertelenségekre vezethető vissza és a savó fertőzőtségében, a serumfehérje kezelés okozta chemiai vagy physikai elváltozásában, végül allergias reactiót kiváltó antigen tartalmában leli magyarázatát. Ez utóbbival kapcsolatban két esetről szeretnék megemlékezni.

1. 19 éves ukrán milicista súlyos aknaszilánk okozta lábronscolással kerül az egészségügyi oszlophoz. Az azonnal elvégzett intravenás konyhasó, cukor, strophantin és coffein injectiók hatására állapota rövidesen jobb lesz, pulsusa telt, tapintható, percenként 100, szabályos, légzésszám 24. Az időközben feloldott szárított savóból 1 cm³-t adunk bőr alá az esetleges allergias reactiók kiváltására. Kb. fél óra múlva állapota annyira rendeződik, hogy keskeny bőrhidakon lógó alsó végtagját térd alatti körkörös csunkolással elváltoljuk. Az első 20 cm³ savó beadása után a beteg hirtelen elcsendesedett. Ezt a vihar előtti csendet hatalmas tonikus chronikus görcsök szakították meg. Az eddig beszélni beteg eszméletlenné vált, pulsusa alig tapintható, szapora lett. Ilyen állapotban, calcium és ephedrin adagolása ellenére egyre romló szív működés közben halt meg.

2. N. A. honvédnél került sor másodízben szárított vérsavó alkalmazására. A subcutan savó és az intravenás infusio beadása között itt kb. 1½ óra telt el anélkül, hogy allergias reactiót a subcutan injectio helyén gyaníthattunk volna. A beteg súlyos felkarpangást okozó baloldali kulescsonttöréssel és comb-fartáji lágyszövetes ronscolással került műtétre, miután előzőleg a shock megszüntetése teljes mértékben sikerült. Kulescsontműtétjének előkészítése közben kb. 20 cm³ savó beadása után az előzőhöz hasonlóan hirtelen elhallgatott az addig beszélgető beteg és egész testén hatalmas göreshullám vonult végig, amely az előzőhöz hasonlóan, kb. egy percig tartott. Roham után szív működése percenként 140—180 között ingadozott. Szemhéja, arca, füle Quinke oedemaszerűen megduzzadt, nyelvét dagadttnak érezte, végtagjaiban húzó fájdalmakat érzett és

*G. Schanock a halálos transfúziókról és infúziókról általános értekezés alapján úgy véli, hogy a halál collapsus tünetei között a faj idegen fehérje bevitele alkalmával észlelt jelenségek mellett folyik le. Verobély e thrombint okozja.

testét urticaria jellegű viszkető kiütések lepték el, amelyek ephedrinre csak rövid ideig vesztettek erősségükből. Fokozódó szivgyengeség közben még kb. 20 órát élt.

A szárított vérsavót két esetben alkalmaztuk. Mindkét esetben jellegzetes idegenfehérjehatás fejlődött ki, amelyből a beteget nem sikerült megmenteni. Két eset nagyon kevés ahhoz, hogy a szárított vérsavó értékét megítélni lehessen. Hozzátartozik azonban a savó hibájának jellemzéséhez. Harmadik esettel még nem tettünk kísérletet. Szóbeli közlések a savó értékéről rendkívül eltérők voltak és ezek között igen sok dicséret is akadt. Saját eseteinkben mégis visszatértünk a természetes vér átömlesztéséhez s ahol ennek akadály volt, ott a Peristonhoz, de még szívesebben a tartós cseppinfúzióhoz.

A budapesti urológiai klinika közleménye.
(Igazgató: Minder Gyula ny. r. tanár).

Vérátömlesztést követő vizeletrekedés esete.

Írta: Balogh Ferenc dr.

A Landsteiner-féle O, A, B, AB csoportokon kívül van még M, N, MN, N₁, N₂ factor (*Dungern* és *Hirschfeld*), továbbá az A csoportnak vannak úgynevezett A₁, A₂ (*Lauer, v. Dungern, Hirschfeld*), A₃, A₄ (*Friedenreich, Fischer, Hahn*) alcsoportjai is. Sőt a teljesség kedvéért megemlítjük még a P tulajdonságot is (*Landsteiner, Lewine*) s a H, G csoportot (*Schiff*), X receptort (*Andersen*), Q (*Furuhata, Imamura*), valamint az E tulajdonságot is (*Sugischita*). Megjegyezhetjük, hogy ezen utóbbi csoportoknak nem szabad különös jelentőséget tulajdonítani, azonban többszörös transfúzió esetén ajánlatos a véradók cserélése.

E felsorolt csoportok nagyobb részben antigenként, ill. agglutinogénként szerepelnek, tehát antitest, vagyis agglutinin termelődést okoznak. Ezért tulajdonképpen maga az agglutinatio, helyesebben mondva a haemolysis determinálja a vérátömlesztés lehetőségét. Erre vonatkozólag röviden azt jegyzem meg, hogy vérátömlesztés csak akkor lehetséges, ha a véradó vörösvérsejtjeit (agglutinogén) a kapó serumába lévő agglutinin nem agglutinálja. Amint látjuk, ebből az következik, hogy vérátömlesztésben az adó vörösvérsejtjei számítanak. Ebből az is természetes, hogy az O csoport, melyben a vörösvérsejtek sem A, sem B tulajdonságokkal nem rendelkeznek, általános adóként szerepel. Ez a két elv azonban csak nagy általánosságban állja meg a helyét, talán részben azért is, mert a fő csoportokon kívül (O, A, B, AB) vannak még az előbb felsorolt mellékes csoportok is (M, N, M₁, N₂, A₁, A₂, A₃, A₄; stb.): mely természetesen nagyon szűk körbe szorítja össze a teljesen azonos tulajdonságú vérrel rendelkező egyéneket.

Sőt valószínűleg elérkezik az az idő is, mikor egyéníteni lehet majd a vércsoportok alapján.

Ami a O csoport mint universalis adó értékét illeti, arra vonatkozólag a következőkre szeretném felhívni a figyelmet: az adónak a vörösvérsejtjei, a kapónak pedig a serum agglutinin tartalma számít. Tudniillik az adó agglutininje annyira felhigul, hogy nem tudja agglutinálni a kapó vörösvérsejtjeit.

Ebből az elgondolásból az is világos, hogy nem lehet minden O csoportú egyént válogatás nélkül általános adónak tartani, ugyanis némely egyén vére szokatlanul nagy mennyiségben tartalmaz agglutinint, mely nagyobb mennyiségű vér transfúziója esetén a kapó vörösvérsejtjeit agglutinálja. A vérátömlesztéskor kifejlődött reactio súlyosságát 1. az agglutinin intenzitása, 2. a vörösvértestek érzékenysége s a kettő relativ viszonya fogja megszabni (*Kubányi*). Ezt különösen akkor kell figyelembe venni, hogyha erősen kivértett egyének transfundálunk O csoportú vért. Ugyanis minél kevesebb a vörösvérsejtek száma, annál kevesebb agglutinin szükséges a kicsapásukhoz. Ebből viszont az adódik, hogy ne csak az adó és a kapó vörösvérsejtjeinek tulajdonságait, hanem a serum agglutininjének mennyiségét, ú. n. titerét is tanácsos meghatározni. Némelyek ennek mellőzését műhibának tartják (*Rex—Kiss Béla*).

Ez a körülmény fogja megszabni az O csoport mint általános adó alkalmazását. Éppen ezért szükséges lenne az O csoportot szükségadónak elnevezni és mindig különösen ügyelni arra, hogy az O csoportú vérből túlsokat ne transfundáljunk.

Figyelemreméltó még az a tény is, hogy az O csoportú egyén vére A-nak a vörösvérsejtjeit sokkal erősebben haemolyszálja, mint B vörösvérsejtje.

Jagicz és *Klima* azonos vércsoportú transfúzió után is láttak kellemetlen complicatiókat, sőt haemolysist is, különösen leukaemiásokon és graviditások anaemiában. *v. Szathmáry—Farkas* — többek közt — beszámolnak egy ily esetről közvetlen szülés után.

O csoportú egyén vérének transfundálása nem egy esetben okozott már halálos szövődeményt a haemolysis miatt. Egy ilyen esetet ismertettünk:

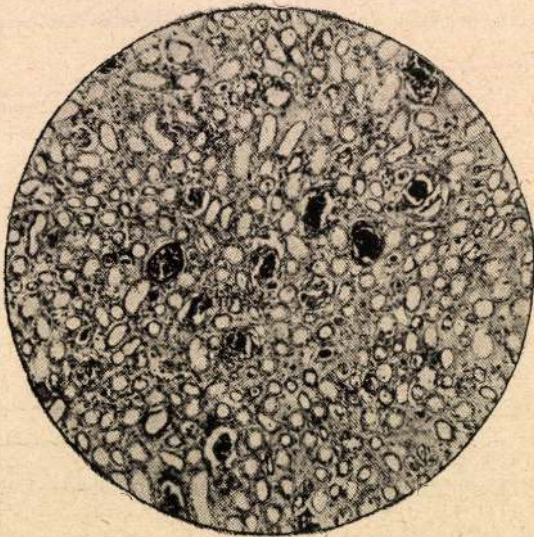
Egy 58 éves férfi 10 napos panaszával — mely gyakori vizelési ingerben, majd a vizelet teljes elakadásában állott — kereste fel a klinikánkat. Urológiai kép: zavaros, nyálkás, lúgos vegyhatású, 1022 fs-ú, fehérjét és gennyet tartalmazó vizelet; az üledékben sok gennysejt. 50—60 vörösvértesttel és sok baktériummal. Higító, centráló próbakor 1 liter folyadékból 660 cm³-t választott ki 1015—1004 fajsúly között. A cystoskopia erősen lobos, helyenként fibrinrel fedte hólyagnyálkahártyát mutatott trabecularis hátsó fallal és több cellával, körkörös, de különösen kétoldalt egyenetlenül bedomborodó sphincter-széllel; dg: hypertrophia prostatae.

A belgyógyászati vizsgálat szívizombántalmat és emphysaemás tüdőt talált, így a műtétet strophantinnal való előkészítés után java-

solta. Tekintve a belgyógyászati eredményt, gyökeres műtétet nem választhattunk, így prostata-resectiót végeztünk (Lini), mely után igen erős vérzés indult meg. A szív működés támogatására cardiotonicumokat, a nagyfokú vérvesztés pótlására (2,900.000) s részben a shock miatt O-csoportú egyénből 300 cm³ vér adunk (a beteg A-csoportba tartozik.) A beteg másnap reggel jól érzi magát, d. u. azonban hányni kezd, vérnyomása az eredeti 220-ról 130-ra zuhan, csuklik, az alhasban izomvédekezés. A vizelet napi mennyisége 300 cm³. A tünetek alapján peritonitisre s anuriára lehetett gondolni, mely előbbi nem volt teljesen érthető. A beteg állapota állandóan romlott, majd a műtét után a 7. napon meghalt.

Boncolás: Status post resectionem prostatae. Nephrosis haemoglobinurica post transfusionem. (A vesék duzzadtak, szívósak, a kéreg piszkosbarna, foltos, kissé elvékonyodott a pyramisok sötét, esokoládébarna színűek. Súlyuk 210 g.) Uraemia. Oedema toxicum hepatis (kicsiny, petyhüdt, vizeletszagú máj). Dysenteria uraemica incipiens. Oedema pulmonum. Hypertrophia ventriculi sinistri cordis et degeneratio adiposa myocardii. Dilatatio acuta ventriculi dextri cordis. A lép petyhüdt, szerkezete jól ki-vehető. A hólyag összehúzódott, nyálkahártyáját helyenként vérzéses foltok tarkítják, a környezet és a hólyagköri szövetek reactiótól mentesek.

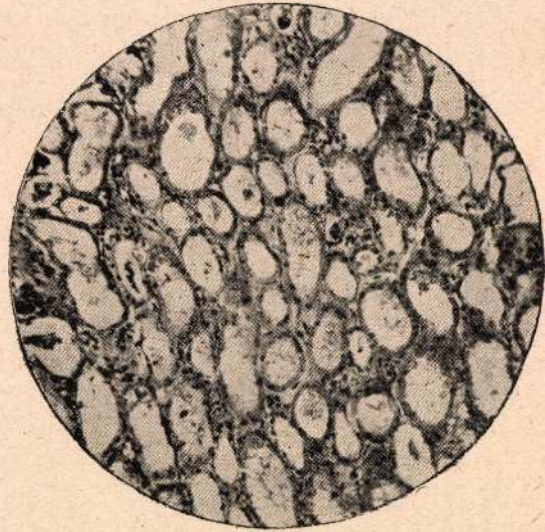
A vesék szövettani lelete: Feltűnően erős vérbőség. A csatornácskák elváltozásai leginkább a Weigert-Benda-festéssel mutathatók ki. Ezek lumenét golyó vagy szabálytalan testekből álló cylinderszerű képződmények töltik ki, e mellett a csatornácskák erősen tágultak s tartalmukkal együtt vérrel telt edényekhez hasonlók (1. ábra.) A bántalmazott epithel a finomabb



1. ábra.

protoplasma-szerkezet hiányát mutatja. A kanyarulat csatornák csökkent megfestést mutatnak, a sejtek duzzadtak, az epithel-összekötés fellazult. Sok epithel-sejt protoplasmája vacuolizált vagy a protoplasmában lerakódó apró szemcsék találhatók. A bántalmazott epithel magvai hiányosan vagy egyáltalán nem festődnek. A tubulusok lumenében hálózatos szerkezetű anyag (fehérje) foglal helyet. Egyik másik tubulus lumenében levált kereksejtek láthatók, amelynek protoplasmája vacuoláz és methaemoglobin szemcsét tartalmaz. Ugyanilyen

bántalmazottság látható a kivetető csatornák epitheljén is (2. ábra.) A glomerulusok azonban teljesen érintetlenek. A Bowman-tokok tágultak, kevés laza alvadékok tartalmazznak.



2. ábra.

A szövettani lelettel kapcsolatban még röviden a kiválasztást szeretném érinteni. Ribbert azt tartotta, hogy a methaemoglobin (mert ilyen esetben mindig methaemoglobin képződik) kiválasztása a glomerulusokban történik, ezzel szemben Miller, Lehnert és Ulrich főkiválasztási helynek az elsősleges kanyarulat csatornát vélték. Zuzuki és Fahr szerint mindkét kiválasztási mód szóba jöhet; míg Afanasjew a glomerulusok által való kiválasztás mellett tartja ki s az elváltozást helytelenül glomerulonephritis haemoglobinuricának tartja, noha az nem egyéb mint haemoglobin nephrosis. Ponfick a veseelváltozást súlyos nephritis diffusának minősíti, a húgycsatornácskák lumenében haemoglobin tartalmú izzadmánnyal.

A makro- és mikroszkopos lelet alapján tehát kétségtelen, hogy esetemben a halál oka a vérátömlesztést követő haemolysissból folyó uraemia volt.

Kérdés most már csak az, hogyan jöhetett létre a haemolysis. A beteg »A«, az adó »O« vércsoportba tartozott. Az »O« az úgynevezett általános adó. Ezek szerint ennek vére mindenkinek adható volna. A szövődményt tehát valószínűleg az okozta, hogy az adó vérenek agglutininitere igen nagy volt s így alkalmas volt arra, hogy a vérszegény beteg vörösvérsejtjeit kicsapja. Azt sem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy az O csoportú agglutininje az A vörösvérsejtjeit sokkal inkább haemolyzálja.

Természetes, hogy ezen ismert és vélt okokon kívül különleges és a csoport differenciától teljesen független hatások is érvényesülhetnek, amelyek gyakran, mint esetünkben is, kései haemolysist okoznak napokkal a transfusio után, mely viszont ellene szól az Oehlecker-féle biológiai próbának (Kubányi).

Epicrisis: Esetem tanulságaképpen legyen szabad a következőket megjegyezni: Az »O« csoportot ne tekintjük általános adónak, hanem ahogyan *Rex-Kiss* is ajánlja, inkább csak szükségadónak, s csak akkor forduljunk e vérsoporthoz, mikor a hirtelen veszély más megoldást nem enged, mint ahogyan a mi esetünkben is történt.

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET

Rovatvezető: *Benes Lajos és Rhorer László.*

A sympathicus novocain infiltrációja a végtaggyások korai kezelésére. *Büch.* Chirurg, 1943. 12. A fagyásoknál fellépő érgöresök a sympathicus kikapcsolásával azonnal megszüntethetők. Szerző 1% novocaint fecskendez be a gangl, stellatumba, ill. a lumbalis határkötegbe (Grenzstrang). Mora is alig csillapuló fájdalmak megszűnnek. A végtag kipirul, a seb erősen váladékozik, néha capillaris vérzés indul meg. Az érzési és mozgási zavarok azonnal megszűnnek. A kezelést friss esetekben előbb napoként, majd másodnapoként, később harmadnapoként végezték, mindaddig, amíg a fájdalmak teljesen megszűntek s az oscillációs görbe a normálisra vissza nem tért. (R₁)

Szalontay Zoltán dr.

Tempa hasnyálmirigysérülés kezelése. *C. Blumensaat.* Chirurg, 1943. 10. Régebben ezen aránylag ritka kórkép kezelésére vonatkozóan minden észlelő egy véleményen volt: feltétlenül korai műtét szükséges. Újabb megfigyelések és a japán Kubota kutyakisérletei szükségessé teszik ennek az állapotnak felülvizsgálását.

Fedett és izolált hasnyálmirigysérülésekből, amelyek tompa erőbedobásra keletkeznek, a pancreasymsa sérülése után áltömlőképződés indulhat ki. Jellemző a tömlőre, hogy mivel legtöbbszőr közlekedik a mirigyjáratokkal, időnként kiürülhet és így változtatja nagyságát. Sürgős műtét csak azon esetekben szükséges, ha a has hártagyulladás biztos tünetei megvannak, ha a hasnyálmirigyfej sérülésére van gyanú, ha a gyomor vagy bél is sérült és végül, ha az általános állapot erősen romlik. Közepesen súlyos tompa izolált hasnyálmirigysérüléseknél előbbi tünetek hiánya esetén az azonnali műtét szükségtelen. Első napokban teljes éheztetést, majd cukorhajnál szokásos étrendet írunk elő. A kifejlődött hasnyálmirigy-tömlő azután, tekintve az okozott panaszokat és a megrepedés veszélyét, feltétlenül jobb körülmények között operálhatjuk. (R₂)

Szendrői Zoltán dr.

Panmyelopathia gyógyítása csont-csontvelő átültetéssel. *Heinsen és Lezius.* (D. med. Wschr. 1944. 15/16.) Panmyelophthisis esetén, amikor a csontvelőszövet vörös, fehérvérsejt és thrombocytá termelő képessége egyaránt megbénul Tudyka és Baumann javaslatára állapotján, akik peroralis és parenteralis csontvelő adagolást végeztek — a szerzők csont-csontvelő átültetéssel kísérleteztek. Frissen leölt borjú combfejecsből és combnyakából ujjnyi hosszú csontdarabokat vágtak ki úgy, hogy az kevés corticalis mellett főként spongiost és vörös csontvelőt tartalmazzon. A csontléceket a quadriceps izomzatban át a beteg mindkét combcsontjának elülső felszínére helyezték. A sebek p. p. gyógyultak. Rövidesen normalis értékre emelkedett a feiérvérsejtszám, csaknem normalisra a thrombocyták száma, csak a vörösvérsejtek emelkedése volt csekély. A hatást szöveti ingerhathással magyarázzák (R. 14.)

Rhorer László dr.

Aplona a polytron antidiarrhoikum és egyben diäta

Csomagolás: üveg 50 — és 100 g. tartalommal



Kali-Chemie A.G. „Rhenania” gyógyszervegyészeti osztälya Beřlin
Magyarországi képviselő: Wack Keresztély, Budapest IX. 8.

NOVURIT-CHINOIN

ártalmatlan higanydiureticum

Ampulla (1 és 2 kem.) 5 és 10 amp.

Suppositorium 1 és 5 ktp.

Fájdalmak esetén

gyorsan bekövetkező analgesiát és nyugalmat biztosít a

Cibalgin

<i>tabletták</i>	<i>cseppek</i>	<i>ampullák</i>	<i>kúpok</i>
8, 15 db	15 kcm	5, 20 db	5 db
100, 250 db	100 kcm	100 db	50 db



GESELLSCHAFT FÜR CHEMISCHE INDUSTRIE IN BASEL (SVÁJC)

Magyarországi képviselő: JAKITSCH JÁNOS, Budapest, V., Rudolf-tér 5

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.

Gyártja és forgalomba hozza:

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

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

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

Pylorus-stenosis műtéti javallatának megítélése röntgenvizsgálat segítségével. *Lenzinger.* (Ann. Paed. 161. 1. 1943.) Az irodalom alapos taglalása és 38 saját esete alapján a röntgen-gyomorpassage vizsgálatot pylorus-passage-zavar gyanúja esetén elengedhetetlennek tartja. Röntgenvizsgálati módszere: 2h éhezés után 50–80 g női tejbe 20% Citobáriumot ad, utána azonnal háton fekvő helyzetben röntgenfelvétel, majd újabb felvétel 20 perc, 2 óra és esetleg 6 óra múlva. A 2 órás felvétel a legfontosabb. Könnyű eseteknél 2 óra múlva a kontrast-pép felénél kevesebb van a gyomorban, középsúlyos esetekben legfeljebb kétharmada, súlyos eseteknél kétharmadánál több. Azonnal operálják a »súlyos« eseteket és a »középsúlyosak« közül azokat, melyeknél a) 6 óra múlva nem igen ürült több a gyomorból, mint 2 óra múlva, b) ha a csecsemő gyenge tápláltsági állapotban van. A könnyű eseteket és a többi középsúlyosakat konzervatíven kezel, 38 esetéből kétszer bizonyult tévesnek a diagnosis. A fennmaradt 36 esetből 22-nél műtét vált szükségessé, 14 műtét nélkül gyógyult. Egy esetben műtét után peritonitis miatt, egy esetben később intoxicatio miatt exitus. Szerinte a fenti röntgenvizsgálat azonnal és végleg dönt a követendő therapia felől. (K. 15.)

Sass-Kortsák Endre dr.

Gyermekkori pneumoniák kezelésének eredményei Eubasinnal és anélkül. *Schröder.* (Arch. Kh. 127. 2.) 97 bronchopneumoniát és 57 croupus pneumoniát kezel Eubasinnal és ugyanannyi esetet közül összehasonlítással Eubasin-kezelés nélkül. Eubasin nem befolyásolta a halálozási arányszámot, az infiltratum felszívódási idejét, recidivákat,

szövődmények gyakoriságát és az ápolási napok számát. Eubasin hatására azonban sokkal hamarabb leesett a láz függetlenül attól, hogy hányadik megbetegedési napon kezdték a kezelést. A leláztalanodással együtt javult a hangulat, a közérzet és étvágy, ami nagy előnyére írható az Eubasin-kezelésnek. (K. 14.) *Sass-Kortsák Endre dr.*

A congenitalis lues kezelése maximalis spirocid adagokkal (E. Müller szerint). *Martenstein.* (Arch. Kh. 130. 3.) 62 cong. luesben szenvedő csecsemőről számol be, akiket E. Müller előírása szerint maximalis dosissal kezelte. A kúra 7, egyenként 2 hétig tartó ciklusból áll és 14 hétig tart. Minden ciklus első 10 napján spirocidot ad, majd 4 nap szünet következik. Az 1. ciklus alatt napi ½ tabl-t, tehát 0.125 gr-t (összesen 1.25 gr-t), a második ciklus alatt napi 1 tabl-t (összesen 2.5 gr), a harmadik ciklus alatt napi 2×1 tabl-t (összesen 5.0 gr), a negyedik ciklus alatt napi 3×1 tabl-t (összesen 7.5 gr) és az 5–7. ciklus alatt napi 4×1 tabl-t, tehát ciklusonként 10 gr-t nyújt. Az öszgennyiség 46.25 gr. A csecsemők a kezelést jól tűrték. Egy spirocid dermatitist észlelt komoly következmények nélkül. Jó súlygyarapodás mellett a cong. lueses csecsemők halandósága a normális csecsemőhalálózásra csökkent. A javulás gyors és tartós, mert szabályos kúra tartós gyógyulást eredményez, amit a klinikai tünetek eltűnése, a negatív serumreakciók és a normális testi és szellemi fejlődés mutat, feltéve, hogy már az intrauterin életében nem léptek fel irreparabilis elváltozások. (K. 20) *Reischl Edgar dr.*

Szent Lukács Gyógyfürdő és Gyógyszálló

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

NOVOESTROLIA
liquid

folliculus hormon hatású szintétikus stíben vegyület cseppek alakjában.

Perlinguálisan felszívódik!

Forgalomban:
20 cc n-es cseppentős üvegben

Dr. EGGER GYÁRTMÁNY BPEST.

GRANULOCITOGEN

SPECIFICUM
AGRANULOCYTOS.SBAN

»CERTA« GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R. T. BUDAPEST

KÖNYVISMERTETÉS

Az elektrokardiogramm. Zárda Imre: (Kiadó: Eggenberger-féle könyvkereskedés.) A legújabb magyar EKG-ból megismeri az olvasó elektrofizikai és elektrobiológiai alapismeretek és erről az újabb elméleti fel fogást, valamint a normális és kóros ekg keletkezési feltételeit. Részletesen tárgyalja az ingerképzés kóros formáit. Bevezeti az olvasót az axonometriába, és az aki az ekg-hullámok tengely-elméletét megismerni akarja, annak erre a könyv olvasásával bő alkalma nyílik. A Waller-Einthoven-féle elméletet kiterjeszti valamennyi az ekg-hullámra és az ST-szakaszra is. A rendellenes ekg-ból megtudjuk a szívizomzat betegségeire jellegzeteseket, valamint a szív egyéb betegségeiből származó, úgyszintén más okból eredő, de jellegzetes »ekg-szindrómát«. Tárgyalja a specifikus ingervezetőrész anatómiai és működési rendellenességeit, az ingerület-vezetés, ingerképzés együttes hibáit és ismerteti az arról alkotott elméleti fel fogását. Leírja az elkülönítő ekg-diagnosztikát, elméleti megfontolásokkal. A sok ábrára a szöveg között is kapunk magyarázatot. Az ekg-tudománnyal foglalkozóknak nagy hasznára válik ez a könyv, kifejezetten azoknak, akik az ekg. klinikai elméletével is akarnak foglalkozni. A kiadót külön dícséret illeti meg, hogy a mai nehéz időben, ilyen jó kiállítású könyvet tudott juttatni az ekg-t érdeklő orvosok kezébe. A gyakorló orvos kezébe nem egészen megfelelő, mert az elmélettel foglalkozó része a gyakorlatihoz képest, túlságosan bőséges. *gróf Markovits dr.*

A szilicózis. Dr. Nusser Antal 91. oldal, 38 szövegek közötti képpel és ábrával. (Eggenberger kiadás, Budapest, 1944.)

A szilicózis a legfontosabb és a leggyakrabban előforduló foglalkozási eredetű tüdőbetegség. Erről a betegségről a gyakorló orvosok általában keveset tudnak, így tehát a szerző könyve megírásával valóban nagy hiányt pótol. Munkája nemcsak azért jelentős, mert megismerteti a szilicózis kórjelzésének kérdéseivel, hanem azért is, mert a betegség kártalanításával kapcsolatban időszerű és értékes gyakorlati gondolatokat vet fel. A könyv négy fejezetre tagozódik. Az első fejezet a porbelégzés és porártalom kérdéseit tárgyalja, a második és harmadik fejezet a szilicózis kórtanával, kórbontásával, klinikájával, szövődményeivel, valamint a szilicózis és tuberkulózis összefüggésével, végül a negyedik fejezet a szilicóssal kapcsolatos szociális problémákkal foglalkozik. A gyakorló orvost főképp a klinikai vonatkozású fejezetek érdeklik, ezekben tárja elő szerző egyebek mellett a pécsi szénbányászok között végzett klinikai, röntgen és spirometriás vizsgálatait is. E fejezetek olvasásakor az a meggyőződés alakul ki bennünk, hogy a munka szerzője jó klinikus, aki részben saját tapasztalataira támaszkodva, részben pedig a külföldi szakirodalom adatait ügyesen csoportosítva, a gyakorló orvos számára hasznos munkát végzett. Amikor azonban a könyvet megdicsérik, rá kell mutatnunk a mű hiányosságaira is. A szilicózis szociális problémáit tárgyaló fejezetben olvassuk, hogy szerző »célszerűnek tartaná a szilicózis kérdé-

hazai viszonyok szerint megvilágítását megkísérelni, azonban semmiféle adat sem áll rendelkezésére, ami az ilyen veszélyt rejtő iparunk kiterjedésére, a megbetegedési veszélyességre és a megbetegedések számára némi fényt vetne.« Nyilván ezzel magyarázható, hogy szerző kénytelen volt munkásságát kizárólag a bányai ipari szilicózis ismertetésére korlátozni. Ha azonban figyelemmel kísérte volna azokat a magyar szaklapokban megjelent közleményeket, amelyek egyfelől önmagukban is sok értékes statisztikai adattal szolgálnak, másfelől pedig utalnak az Országos Társadalombiztosító Intézetnek a szilicózis szociálpathológiai, klinikai és iparigéjségügyi vonatkozásait magában foglaló tanulmányra, úgy nemcsak a külföldi, hanem a magyar viszonyokról is kielégítő tájékozódást szerezhetett volna. Ugy érezzük, hogy az e téren végzett úttörő munka megemlézése nemcsak tudományos értelemben, de nemzeti szempontból is: kötelesség. A könyv használhatóságát emelné, ha szerző a sűrűn alkalmazott idegennyelvű idézeteket magyar nyelven is közölte volna. Reméljük, hogy szerző ezeket a hiányokat könyve második kiadásában pótolni fogja.

A könyv szép kiállításban jelent meg, kár, hogy a szövegrészbe iktatott röntgenképek nem teljesen sikerültek.

Pácséri Imre dr

Máj- és epebántalmak esetében

CHOLOGEN

tabletta No. 1, 2 és 3

Chologogum és cholereticum baktericid és spasmolytikus hatással

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

Adagolás:

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

Magyarországi vezérképvislet: HORMON gyógyszer-vegyészeti kft. Budapest, VIII., Tormay Cecil-utca 12

Gyári és üzemi orvosi munkarend.

A világháború előtti évek egyik legnagyobb szociális problémája a munkanélküliség volt. A háborús évek legnagyobb szociális problémája ezzel szemben a munkanélküliség. A munkanélküliség szociális problémájában a szociálhygiene csak közvetve szerepelt, a nyomor és betegség összefüggésével kapcsolatban (az alkoholizmus kérdése, idült fertőzőbetegségek (tbc., lu., stb.), a munkásnélküliség leküzdésében azonban a szociálhygiene, illetve annak egyik legfontosabb ágazata, az iparegészségvédelem közvetlen is igen fontos szerepet tölt be. A világtörténelem legnagyobb anyagesatájában a legkitűnőbb és pótolhatatlannak vélt anyagok pusztulnak el. A fejlett technika azonban az eredeti anyagoknál még tökéletesebb műanyaggal pótolja a veszteséget (mesterséges gumi, mesterséges benzin, stb.). Egyet azonban nem tud a technika sem műanyaggal pótolni, az embert, a munkás, alkotó embert, a »homo fabert«. A homo faber tökéletes egészségvédelme tehát a legfontosabb nemzeti kötelesség.

A munkás egészségének őre a gyári és üzemi szakorvos. Ahogy a járványok ellen (tbc., ty. stb.) a kiváló orvosok ezrei preventive küzdenek, éppen úgy kell a munkaképesség csökkenése, a korai munkaképtelenség és keresésképtelenség ellen a megelőzés fegyverével küzdeni, mert ha ezt elmulasztjuk, egy új járvánnyal találjuk szemben magunkat, mely veszedelmesebb minden más járványnál; a korai munkás- és keresésképtelenség félelmetes epidémiájával. A statisztika azt mutatja, hogy míg az emberi élet korhatárát a kiváló gyógyító orvosoknak sikerült átlagban a század fordulójához viszonyítva kb. 10 évvel meghosszabbítani, addig a munkaképesség korhatára nemcsak hogy nem növekedett, hanem a századfordulóhoz képest csökkent. A szociálökonómia szempontjából ez a statisztika igen szomorú. Orvosi szempontból pedig azt láthatjuk, hogy a kuratív gyógyító orvostudomány haladásával nem tartott lépést a megelőzést szolgáló orvostudomány. A nagy olasz Ramazzini, a híres bécsi Frank professzor, a magyar Balassa és Fodor tanárok úttörő munkásságának folyamatos fejlődését nem látjuk. Az 1920-as években indul fejlődésnek a szociálhygiene, illetve a munkás-egészségvédelem. Németországban Kölsch, Baader, Lehmann, Magyarországon Darányi és Gortvay vezetésével új fejezete kezdődik az ipar, illetve munkás egészségvédelmének. Darányi Gyula nagy érdeme, hogy ma Magyarországon 150 szakképzett gyár- és üzemorvos van. Igen fontos a gyár- és üzemorvosok szakképzettsége. Más a munkarendje ugyanis a gyár- és üzemorvosnak és más a munkarendje a szakképzett gyár- és üzemorvosnak. Az első típus kitűnően végzi munkáját mint gyógyító és tanácsadó orvos. Rendelőránt tart a beteg és gyengélkedő mun-

kások számára, megvizsgálja a felvételre jelentkező munkásokat. Ezek a gyári és üzemi rendelőorvosok elsőrendű gyógyító orvosok, de nem szakképzett üzemi orvosok. A második típus, az üzemi szakorvos az üzem életében mint egészségvédelmi vezető szerepel és vezérelve az, hogy ismerje az üzem minden egyes munkását és az üzem minden egyes munkahelyét. A munkásság egészségügyi sorozása, a felvételre jelentkező munkások alapos átvizsgálása, pontos kartoték vezetése elengedhetetlenül szükséges. Az egészséges munkások átvizsgálásakor gyakran fedez fel az orvos rejtett súlyos betegséget (tbc., ulcus duodeni, stb.), melyek kezdeti állapotukban még gyógyíthatók. Fokozott figyelemmel kíséri a mérgező anyagokkal dolgozók egészségét. A munkásságot pusztító foglalkozási betegségek elleni küzdelemben igen fontos szerepe van a szakképzett üzemorvosnak. Ólommal, trichloroethylennel, trinitrotoluollal, stb. dolgozó munkásoknál negyedévenként ellenőrző vizsgálatot kell végezni (idegrendszeri vizsgálat, vérképzőrendszer vizsgálata, stb.). Az ipari megbetegedéssel, a foglalkozási ártalommal kapcsolatban fontos, hogy az üzemorvos minden egyes munkahelyet is alaposan ismerjen. Ne csak a munkás jelentkezzék vizsgálatra az orvosi szobában, hanem az üzemorvos is látogassa meg a munkavállalókat munkahelyükön. Az üzemorvos gondoskodik arról, hogy a munkahely az egészségvédelmi követelményeknek megfeleljen. Tudjuk jól, hogy sokszor az orvosnak harcólnia kell, hogy elérje azt, hogy a munkahely világos, tiszta és jól szellőztethető legyen, továbbá, hogy a munkások számára étkezőhelyiség, öltöző és mosdóhelyiség álljon rendelkezésre. Sokszor azonban a gyár vezetősége szólítja fel az orvost, hogy tegyen javaslatot munkásjóléti intézmények létesítésére. A szakképzett gyár- és üzemorvosnak a legnagyobb öröm lesz ez a megbízás, de a nem szakképzett »rendelőorvos« a mérnököknek engedi át ezt a hatáskört és ilyenkor — bár technikailag kitűnően oldják meg a feladatot — az egészségvédelmi különleges szempontok esetleg háttérbe szorulnak. A tanonc és munkásnő egészségvédelme szintén a gyár- és üzemorvos munkakörébe tartozik. A munkás egészségvédelemben általában nagyon fontos, hogy az ebédszünetet az üzemben pontosan megtartsák, a fiatalokéknak egészségvédelmében ez tulajdonképpen létkérdés. Az orvosnak igyekeznie kell az üzem vezetését meggyőzni az üzemi konyha létesítésének fontosságáról. Statisztikák bizonyítják, hogy azon üzemekben, ahol a munkások meleg ebédet kapnak, sokkal egészségesebbek, mint azon üzemekben, ahol nincs üzemi konyha. A munkások sportolása és a munkásüdültetés szintén az üzemi szakorvos feladatköréhez tartozik. A munkások szociális környezettanulmánya (lakásviszonyok, családi körülmények,

stb.) is igen fontos. A környezettanulmányt a gyárgondozónők végzik az üzemorvos útmutatása szerint. Ha a gyár és üzemorvos ismeri a munkások egészségi helyzetét, ismeri az üzem minden egyes munkahelyét, ha megszervezi az egészségvédelmi és munkásjóléti berendezéseket, ha tökéletesítette a munkásifjú és munkásnő védelmét, továbbá szakszerűen vezeti a szabadidőmozgalmat (sport, stb.) és az üdültetési akciót, részekre bontva alapos munkával védi a munkás munkaképességét és keresőképességét. A munkaképesség megvédése pedig elsőrendű nemzeti kötelesség. A háborúban nem elég a munkaképesség megvédése, hanem fontos a munkaképesség fokozása is. Sok államban a munkaképességet mesterségesen fokozzák gyógyszerek, kémiai anyagok adagolásával (pervitin, aktedron, coramin, koffein, strophantin, atropin, adrenalin, stb.). Ez nálunk szerencsére még ismeretlen fogalom. Orvosi szempontból ugyanis és azt az üzemorvosi tapasztalat bizonyítja, a kémiai szerek alkalmazása igen ártalmas. Egyetlenegy módja van a munkaképesség fokozásának kémiai úton, amely nem ártalmas, s ez a B-vitamin + cukor adagolása. A munkaképesség fokozása orvosilag megengedhető a célszerű táplálkozás (szénhidrátban gazdag napi többszörös étkezés) és különböző fizikai behatás révén (sport napozás, stb.). *Hochrein* quarz-besugárzást ajánl naponta 2–5 percig egy méter lámpatávolság mellett.

A hadiiparban az üzemorvos alkalmazza mindig a *preventiv therapiát*, ezzel elősegíti a munkaképesség megtartását, sőt fokozását. Mit értünk *preventiv therapia* alatt? Azt, hogy a mindennapi táplálék alakjában vigyünk be a szervezetünkbe védőanyagokat. Az ólommal dolgozó munkások napi 5 dl tejet, vagy nyáklevest kapjanak, a trinitrotoluollal dolgozók májat egyenek (disznó-, marha- vagy borjúmáj). A benzollal dolgozók pedig C-vitaminszerű táplálékot (gyümölcs, zöldfőzelék, saláták, stb.) kapjanak. Így sok, száz és ezer munkás egészségét menthetjük meg ezáltal. Az üzemi szakorvos munkarendjében tehát első helyen szerepeljen a munkás egészségvédelem szerves kiépítése, továbbá az ipari balesetek és foglalkozási ártalmak elleni küzdelem megszervezése. Szociálhygienikus előképzettséget igénylő munkáságot kell nevelnie a munkásnő és tanonegység egészségvédelem megszervezése útján, úgyszintén a gyári szociális gondozás tökéletesítése érdekében. A jövőben minél több szakképzett gyár- és üzemorvosra van szükségünk. A jelenleg 150 szakképzett gyárorvos mellett ott állnak azok a különlegesen kiváló üzemi orvosok, akik időt és fáradságot nem kímélve, gyakorlati tapasztalataik, szociális érzésük és szakirodalmi ismeretek révén önmagukat képezték ki elsőrendű gyári és üzemi szakorvosokká.

Az üzemi szakorvosok átérzik és megértik *Frank* mondását: »Krankheitsheilung ist not-

wendig, — Krankheitvorbeugung is gut, — aber Gesundheitsführung ist die Krönung des Handelns.«

Rottenbiller Alajos

a Székfőv. Egészségvizsgáló Intézetének vezetőorvosa.

MAGYARY KOSSÁ GYULA 1864—1944

A legpuritánabb, a legmagyarabb orvosok egyike költözött el az élők sorából 80 éves korában. Nagy kort ért meg és benne nagy idöket élt át, mindig megőrizve lelkének tisztaságát. Kutató szelleme Bókay Árpád gyógyszer-tani intézetében indult fejlődésnek, melynek első tanársegéde volt. Majd innen az országos bírósági vegyészeti intézetbe került igazgatói szaksegédnek és 1894-ben magántanúrrá habilitáltatván az állatorvosi főiskola gyógyszer-tani tanszékére került, amit 1937-ben bekövetkezett nyugdíjaztatásáig lelkes odaadással töltött be.

Kísérletes tudomány-szaka mellett előszeretettel foglalkozott botanikával, de különösen orvostörténelemmel és e téren fáradhatatlan, sikeres kutató munkájával — miben nagy segítségére volt a klasszikus nyelvek ismerete is — sok szépet és maradandót alkotott. A Tud. Akadémia levelező tagjai sorába választotta; a Magy. Orv. Könyvkiadó Társulat pedig 1942–43-ban »Magyar Orvosi Emlékek« cím alatt 4 kötetben adta ki hazánkra vonatkozó értékes orvostörténelmi feljegyzéseit és kutatásait.

Töretlen magyar érzése, nagy általános műveltsége és becsületes, egyenes jelleme, ami sokszor ellentétbe hozta őt a tudományos munka egyéni és materiális eltévelyedéseivel, — közbeesülést vívtak ki számára, amit még fokozott jóvialis humora és szellemessége a baráti érintkezés terén.

A veszteséget, mi halálával érint bennünket, ő maga igyekezett pótolni avval, hogy atyái pártfogásába vette fiatal orvostörténészeinket, kik bizalommal keresték fel és halálával vették kritikáját és tanításait. Ő pedig gyönyörködött bennük és munkáikban, mint élete fáradozásának eredményeiben.

Hála tölts el bennünket azokért a javakért, amiket nemzetének és rendünknek adott.

Vámossy.

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

Lalkus propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra

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

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift 23—
24. sz. Hofmann E.: Ideges alapú megbetegedések, mint allergias reactók háborúban résztvevőken. Schmieder F.: A WDB kérdés terén szerzett tapasztalatok. Bauer K. F.: Szövettenyésztésről. Reye E.: Heveny torokmegbetegedések kórisméje és kezelése. Bauke: Újabb ismeretek az elektrocardiogramm túlértékelésének veszélyéről. Müller E. M.: Lues és provocatio. Frick K. A.: Sugarak okozta világrahozott ártalmak. Dahr P. és Wolff J.: »Rh« az új aglutinabilis vérséjtmeghatározó és annak használati jelentősége.

VEGYES HIREK

Hősi halált halt dr. *Gottard János* tart. orvos-főhadnagy a keleti hadszíntéren szolgálatteljesítés közben szerzett kiütéses tifusz következtében. Emlékét kegyelettel őrizzük!

Kitüntetett orvosok: *Magyar Erdemend Lovagkeresztjél hadszolgálaton a kardokkal* a hősi halált halt Lányi Tibor dr. orvos-őrnagy, Bajor Ferenc dr. tart. orvos-főhadnagy és Szücs Ernő tart. orvos-hadnagy, az ellenség előtt tanúsított vitéz és önfeláldozó magatartásukért. *Dicsérő Elismerés hadszolgálaton a kardokkal* Gergely Károly dr. orvos-százados, az ellenség előtt tanúsított vitéz és önfeláldozó magatartásáért. *A honvéd vezérkar főnöke okvati dicsérő elismerésben részesítette* Pitrolly-Szabó Béla dr. tart. orvos-százados és Langmár Lajos dr. tart. orvos-zászlós a vör. ker. honv. bajtársi rádiószolgálat terén kifejtett eredményes teljesítményükért, Kiss Oszkár dr. tart. orvos-zászlóst a Szovjet elleni hadműveletek alkalmával teljesített kitűnő szolgálataért.

Orvosdoktorra avatott a Pécsi Tud. Egyetemen június 28-án: Oswald Hilda Ottilia, Zámbo Mária, Balkács Tibor, Dános László Kornél, Pásztor Péter, Veesev Lajos Géza, Gróf Pál, Göres Jenő István, vitéz Rónai Tibor Elemér, Mester Antal Károly, Scherer Sándor, Kádas László István, Kisköszegi Andor Antal, Horváth Sándor, Kaiser József, Tóth Jenő, Kocsis Lóránt Ferenc, Merényi Dezső Kálmán, Poór László, Fajnor Miklós Gyula, Krümer János, Szabó Gyula. Üdvözljük az új kartársakat.

Az Iskolaegészségügyi szabályzatot közlik és magyarázzák egy kis 57 old. füzetben *Nagydiósi Géza* és *Kolmány Frigyes* képesített iskolaorvosok. Munkájukkal a magyar iskolaegészségügynek, az iskola egészségvédelmi, nevelő és oktató munkájának nagy szolgálatot tettek s a könyvüket az érdekeltek sok haszonnal fogják forgatni. Ár: 2 P 50 f.

Betöltendő orvosi állás: A Bpest. Szfv. köz-kórházaiban egy főorvos-titkári állás. Pályázati határidő június 15.

FELELŐS KIADÓ: VAMOSSY ZOLTAN

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

A m. kir. állami Horthy Miklós tüdőbeteggyógyintézet Mátraházán, jól képzett, klinikai gyakorlattal rendelkező diéta-nénét keres. Feltételekről az iskolázottságot és gyakorlatot feltüntető bizonyítványok alapján tárgyal az intézet igazgató-főorvosa.

DERMASEPT KENŐCS
SEC. ZOMBORY

15, 30, 50 g-os csomagolásban

INDICATIO: Ekzema, pyodermia, excoriatio, impetigo, dyshydrosis furunkulosis, sycosis, folliculitis, hydradenitis, renyhény gyógyuló és gyulladós sebek, alszárfekélyek, égés, fagyás- és minden fertőzött friss sérülés.

Az összes fővárosi köz-kórházakban, OTI, MABI, MÁV, Magyar Házadás B. B. I., M. Kir. Dohányjöv. B. B. I., M. kir. Pótsz. B. B. I., Székesfővárosi Alkalmazottak Segítő alapja, a Honvédségnél és az összes feyintézeteknél is szabadon rendelhető.

A

SUPER IYSOFORM

1/10-os oldata a legtöbb pathogen-csírát 1 perc alatt megöl
Nem mérgező, kellemes illatú és olcsó

RIZOMALTAN

rizsnnyákos csecsemőlápcukor (dextrin-maltose) szénhydrat-tápszertejhigítások készítéséhez

Dyspepsiára hajlamos csecsemők számára.

Mesterséges táplálásra már az újszülött korban is bevált.

RENDELHETŐ SZABADON:

OTI, DOBI, POSTA, HÉV, Bányatárs-pénztár, Közgyógyszereállítás, Szfv. Közkórházak. — MÁV: üzletvezetőség útján, MABI: Intézeti rendelőjében.

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

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

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Vitaminyógykezelés.

A közelmúlt évek vitaminkutatásainak nagy eredményei, valamint a legtöbb vitamin szintetikus előállítás folytáni aránylagos olcsósága, nem utolsósorban pedig a kiváló propaganda a vitaminyógykezelés szinte hihetetlen fellendülését eredményezte. A mindennapi gyakorlatban minduntalan találkozunk olyan betegekkel, akik »tonisálják, roborálják, vagy stimulálják« magukat a számos vitaminkészítmény egyikével vagy másikával és ilyen kúrákról többnyire nagy meglepéssel számolnak be. A vitaminoknak sokaktól említett jó hatása, melyet a legkülönbözőbb szervek sokféle betegségében kifejtjenek, csak nem fajlagos hatással magyarázható és ez a katalysis. Katalitikus hatását a legtöbb vitamin valamelyik redoxrendszer tagjaként fejt ki, mivel egy bizonyos redoxrendszernek az egyes tagjait *különböző* vitaminok képezhetik, azért a rendszer egy vitamintagjának hiánya a fajlagos hiánytüneteken kívül nem fajlagos hiányon alapuló tüneteket is okozhat. Ha tehát valamilyen általános hatás elérése céljából vitaminyógykezeléshez folyamodunk, célszerű a vitaminokat nem egyenként, hanem egy- vagy többszörösen párosítva rendelni, mely kombinatio közül, mint leggyakrabban használtat, a B₁ és a C vitamin együttes rendelését említem. Klinikailag károsan megnyilvánuló antagonistahatással a vitaminok tiszta, azaz szintetikus készítményeinek rendelése esetén nem kell számolnunk. Nem jelenti ez azonban azt, hogy a szintetikus készítmények a természetesek fölé helyezendők, mert fajlagos vitaminhatás szempontjából utóbbiak olyan más fontos anyagokat is tartalmaznak (ásványi sók, fehérjék, stb.), melyek a vitaminhatás szempontjából igen fontosak lehetnek.

A vitaminoknak fajlagos gyógyhatásukon alapuló indikációjai közül a következőkben csak azokat sorolom fel, melyekkel a gyakorlatban nap-nap után találkozunk.

Zsírban oldódó vitaminok:

Vitamin A: Mint a látóbíbor újraképzéséhez szükséges vitamin sikerrel gyógyítja a hemeralopia azon (azaz legtöbb) eseteit, melyek a rhodopsin hiányos újraképződésének a következményei. Saját részéről a hypertrophia gyógyításában olyan meggyőző eredményt, mint erről egyes szerzők beszámoltak, nem láttam. Megjegyzem, hogy az ilyirányú optimista közlemények az utóbbi időben határozottan ritkultak. Az A vitaminnak a vesekő képzését gátló hatása gyakorlati vonatkozásban kellek még nem bizonyított.

Vitamin D: a rachitis gyógyításában és megelőzésében kiváló szerünk.

Vitamin E: Amyotrophiás lateralsclerosiban és dystrophia musculorum progressivában még megerősítésre szorulnak az ismertetett (de ellenvélemény nélkül nem maradt) jó eredmények. Nőgyógyászati beszámolók szerint a habitus abortus ellen (többnyire corpus luteum hormonnal kombinálva) igen jó eredménnyel használják.

Vitamin K: Leggyakrabban a teljes cholechuszelzárodás miatt szükségessé vált műtét előtt egy-két napig adjuk a műtét alatt, vagy után jelentkezhető (a vér prothrombinszint csökkenése által okozott) cholaemiás vérzés megelőzése céljából. K vitamint ilyenkor nem adni, súlyos műhiba. Az obstructiós aeteruson kívül a K-vitamint igen jó eredménnyel alkalmazzák az újszülöttek intra cranialis vérzéseinek megszüntetésére, vagy megelőzésére, mely utóbbi esetben a vitamint vagy az újszülöttek közvetlenül a születése után, vagy az anyának a szülőfájások idején injiciáljuk. Az újszülött K vitaminhiányának egyik fő oka a béltractusának steril volta, tehát a K vitamint képző coli bacteriumnak a hiánya is. A K vitamin érfaltömítő hatását elsősorban serumbetegség, urticaria és a vérzések azon csoportjának a gyógyításában használjuk ki, mely csoportban a vérzésnek az oka a kapillarisok átteresztőképességének kóros fokozódása; ide tartozik a purpura simplex és a Werlhof-kór, mely utóbbi betegségben a vérzés létrejöttében a vérlemezkék csökkenésén, vagy hiányán kívül a kapillarisresistentia kóros csökkenése is szerepel. Hasonló okból keletkezett szemüregi, vese és más szervek vérzéseiben szintén sikerrel alkalmazzuk.

Vízben oldódó vitaminok:

B₁ vitamin: Különböző aetiológiájú neuritisek és neuralgiák kiváló gyógyszere. Várt hatásának elmaradása esetén ajánlatos a vitamin phosphorilizálását végző mellékvesekéreghormonnal egyidejűleg adni. A többnyire az anaemia perniciosához társuló funicularis myelosisban májkészítményeken kívül klinikánkon kivétel nélkül B₁ vitamint is adunk, tapasztalatunk szerint jó eredménnyel. Ischiában a B₁ vitamintól jó eredményt még akkor sem láttam, ha a betegek ezt az egyesek által ajánlott 50–100 mg-os nagy adagban kapták. Ugyancsak hatástalan a B₁ a sclerosos polyinsularis gyógyításában. Intralumbalis adása mellözhető.

B₂ vitamin (lactoflavin): A bécsi iskola által terjesztett jó hatását a cirrhosisos hasvízkórra nem tudom megerősíteni; nem közölt vizsgálataim szerint a lactoflavin a cirrhosisban sem a konyhasó, sem a folyadék kiválasztást nem fokozta. Lactoflavinnal megszüntethető renalis diabetesben a cukorvétel.

Nicotinsav: a pellagra specifikuma. Többnyire (így pl. a porphyrinuriában is) lactoflavinnal együtt rendeljük. A kis erekre gyakorolt értágító hatása miatt a nicotinsavat a környéki keringészavarok gyógyításában is alkalmazzuk.

C-vitamin: Lázás fertőző betegségeken (pneumonia, diphteria, stb.) jó eredménnyel adjuk az illető betegségre ható fajlagos gyógyszer mellett. Adagja ilyenkor az élettani szükségletnek (20–50 mg) a többszöröse. Terhesség idején a szervezetnek különösen a C és B₁ vitaminszükséglete fokozott. Különböző diétás étrendek (elsősorban gyomor- vagy bélfekély) C vitaminszegény volta az ilyen étrenden élők külön C vitamin ellátását indokolja. A *Kalk* által agranulocytosis ellen nagy adagban (1000 mg) ajánlott C-vitaminadást az általunk megfigyelt néhány esetben hatástalannak találtuk. Érfaltömítő hatása miatt ugyanazon betegségeken adható sikerrel, melyeket a K vitaminnál említettem. Ugyanez vonatkozik a *P vitamin-ra* is.

Molnár István dr. adjunktus,
egyet. m. tanár.

Vesebetegségek étrendi kezelése.

Ma jól tudjuk, hogy a vesebetegek kezelésében leglényegesebb az étrend, mert e nélkül a beteg gyógyulása nem képzelhető el. Hogy e célunkat elérhessük, a beteg vese munkáját kell a legkisebb mértékre leszállítanunk és ezt csak megfelelő étrenddel tudjuk elérni. Olyan étrend, mely a vesét teljesen tehermentesíteni tudná, nincs, mert még az éhező-szomjazó embernek is ki kell ürítenie az endogen fehérjebontási termékeket, amit kb. napi 40 g fehérjére tehetünk, s amelyből 13–14 g carbamid képződik, mihez kb. 250 cm³ víz kell, hogy isotoniás oldat alakjában ürülhessen ki. Ez a vesemunka a legkisebb, mert ez csak osmotikus munka. Csak a nagyon tömény vizelet elválasztása ró nagy munkát a veséknek (hypertoniás olyguria), mert ilyenkor a legnagyobb a tubulusok felszívó munkája.

Mint ismeretes, a glomerulusok filtratuma egészséges emberben 24 óra alatt kb. 170 liter, ami a napi 1–2 liter vizeletürítés mellett is igen tekintélyes resorptiós munkát ad a tubulusoknak. Kísérleti eredmények alapján úgy látszik, hogy a glomerulus filtráció nagyjában állandó mind az olyguriában, mind a polyuriában, csak a resorptió változik: A vese munkájának csökkentése étrenddel alapjában véve nem nagy, mégis a tapasztalat azt mutatja, hogy a kímélő étrenddel elért ez a csökkent munka is gyógyulásra vezethet.

A glomerulusok kóros körülmények között megváltozott átteresztőképességét, mely albuminuriára, haematuria-ra vezet, vagy a tubulusok kémiai munkáját, melyet a resorptió

mellett végeznek (desaminálás, synthesisek, stb.), sőt a feltételezett secretiós munkát, általában külön-külön tehermentesíteni alig-alig lehet, úgyhogy csak a vese általános kímélete lehet célunk és étrendi előírásaink is főleg erre irányulnak. A legfontosabb és talán leghalászbabb a heveny vesegyulladás gyógyítása, mert ha ez talán nem is gyógyul meg minden esetben megfelelő kezelés ellenére is, mint azt *Volhard* megkívánja, mégis feltartóztatható az esetek többségében a belőle fejlődő idült vesebaj szomorú és el nem kerülhető képe.

A heveny vesegyulladás étrendje és kezelésének lényege teljes ágynyugalom mellett néhány napos szigorú éheztetés és szomjaztatás. Célja nemcsak a vese kímélése, hanem a keringés esetleges elégtelenségének tehermentesítése, mely a vizenyők lecsapolódásával karöltve jár. A fehérje és a só teljes megvonása révén a vesék munkája csökken, mert csak az aránylagosan kevés endogen fehérjeanyagcsere-termékeket kell kiválasztaniok, miáltal sor kerülhet a felszaporodott, visszatartott maradékanyagok kiválasztására is, a lecsapolódó vizenyő folyadékja pedig meggátolja, hogy a vizelet túl tömény legyen.

Néhány napos szomjaztatás és koplalás után, ami súlyos esetben akár 6–8 napig is tarthat (!), ásványi molekulákban szegény szénhidrátokat tartalmazó ételeket adunk. A folyadék napi mennyiségét a vizenyők nagysága szabja meg, de a felső határa 1 liter alatt legyen. Ezen a folyadékmennyiségen belül ez a szénhidrátból étrend lehet egészében folyékony étrend is. Leghelyesebb, ha ilyenkor frissen készített gyümölcsprésdzveket, vagy készen kapható gyümölcsleveket adunk (folyékony nyers étrend). Fontos ez abból a szempontból is, hogy e nedvek — ha kis mennyiségben is — vitaminokat tartalmaznak, melyek a gyulladás gyógyulásában biztosan jelentős szerepet játszanak. Ha ilyen gyümölcsnedvek nem állnának rendelkezésünkre, akkor szörpöket, befőttleveket, áttört almapépet, stb. rendelhetünk. Amennyiben az első napokban a szomjúság érzése tűrhetetlen, a beteg igen elesett, akkor 1–2 pohárka az előbb említett folyadékokból ilyenkor is jó szolgálatot tesz. A gyümölcsleveket a beteg erőbeli állapotától függően több napon keresztül is adjuk, akár 6–8 napig is. Az étrendet friss gyümölcsökkel, nyers főzelékekkel fokozatosan bővítjük és rátérünk a nyers étrendre. Erről megemlítem, hogy ez kifejezetten molekulaszegény.

A nyers étrendet idővel a beteg izlése szerint tiszta növényi étrenddél is alakíthatjuk, ill. főtt ételekkel is bővíthetjük. Burgonya, rizs, főzelékek, gyümölcs, méz, befőtt, gyümölcsíz, stb. alkotják ilyenkor az étrendet. Természetesen az ételek elkészítéséhez só vagy sózott vaj, szalonnát felhasználni nem szabad. Fűszerezésükre, helyesebben izesítésükre ecetet, citromot tetszésszerinti mennyiségben,

időnként kevés paprikát, köménymagot, kaprot, petrezselymet engedélyezhetünk. Helytelen e fűszerek kis mennyiségét a vesére károsnak minősíteni. Az étrend kalóriatartalmát a szénhidrát és a főzéshez felhasznált zsír mennyisége adja meg és ezt a beteg tápláltsági állapotától függően kell megszabni. A nyers vagy bővített nyersétrend mellett időnként ajánlatos 1–2 folyékony nyers-napot közbevetőleg előírni.

Az étrend ilyen szigorú alakjához addig kell ragaszkodni, míg a beteg tulajdonképpen meggyógyult. Ennek az időpontját megállapítani nem mindig könnyű. *Volhard* úgy véli, hogy a vérnyomás fokozódása, vizenyő, keringési elégtelenség megszűnése már gyógyulás és a maradék albuminuria vagy haematuria elhanyagolható. A vérnyomás normálisra csökkenése mindenesetre a javulás és gyógyulás legbiztosabb jele, bár több szerző azt véli, hogy a maradék albuminuria néha már első tünete az idültté váló vesegyulladásnak. Mindenesetre még több hónap után is várható teljes gyógyulás, így az étrendi előírások lazításával, fehérjével, sóval való óvatos bővítésével is legyünk igen elővigyázatosak. *Gömöri* egy esetében egy évi szigorú kezelés után még teljes gyógyulást észlelt.

Az idült vesebetegségek étrendjének összeállításában az a cél lebeg szemünk előtt, hogyha már a folyamatot nem is tudjuk meggyógyítani, mindenképpen igyekezzünk kitolni azt az időpontot, amikor a veselégtelenség bekövetkezik. Ezért helytelen, ha a beteg étrendjével nem törődünk, de felesleges a túlzott szigor is. Mindenekelőtt a só és az állati eredetű fehérjéket (hús, tojás, tejtermékek) csak kis mennyiségben engedélyezzük, a folyadékbevitelt korlátozzuk naponta 1 liter alá, szeszes italtól teljesen eltiltjuk a beteget. Izesítésre kevés fűszert engedélyezhetünk (mustár, stb. tilos). Tekintve, hogy a forgalomban levő, azelőtt sokat használt sópótlók legnagyobb része Na ionokat tartalmaz, ezek mai ismereteink alapján céljuknak nem felelhetnek meg és így ártalmasak és veszélyesek. A beteg sószegény étrendre szoktatására sem jók e pótszerek, még ha a követelményeknek eleget is tennének, mert rendszerint néhány heti kellemetlenebb átmeneti időszak után a sószegény étrend minden panasz nélkül jól tűrhetővé és megszokottá válik. Helyesebb, ha az ételek teljesen sómentesen készülnek és az adott esetben engedélyezhető 1–3 g napi sómennyiséget a beteg tetszése szerint adja a kész ételekhez. Az állati fehérjék napi mennyisége a 40 g-ot semmiképpen sem haladhatja meg. Célszerű, ha hetenként 1–2 főzelék-gyümölcs, tehát állati fehérjementes napot iktatunk az étrendbe pihenőnapként.

Ha a beteg vérnyomása magas, akkor az étrendnek teljes sómentesnek kell lennie. A hosszú ideig fogyasztandó sómentes étrend a konyhaművészettől meglehetősen követelménye-

ket kíván; mindezekre bővebben e helyt nem akarok kitérni (l. Orv. Gyak. 1943).

Ha a vese elválasztó működése annyira romlott, hogy se elégségesen vizet kiválasztani, se sűríteni többé már nem tud, akkor lényegesen meg kell változtatnunk az étrendet. Ilyenkor ugyanis a só már nem szabad eltiltani, mert különben a szervezet sószegényé válik, Ennek oka a következő: a működésképes vese sókiválasztása a bevitelhez igazodik, vagyis kevés bevitel esetén a kiürítés is csökken, sőt csaknem meg is szűnik. A beteg insufficiens vese végstadiumában erre az alkalmazkodásra már képtelen, mert működése rögzített, isosthenuriás. Így a csökkent bevitel ellenére is a kiürítés állandó. A sókiürítéssel karöltve jár a folyadékkiürítés is, mert a szervezet Na-ion nélkül vizet visszatartani nem tud és »kiszárad«, ez pedig extrarenalis azotaemiát hoz létre. Ezért az isosthenuriás betegnek napi 5–6 g só adunk; helyes, ha előre lemérjük, hogy a beteg ételével együtt fogyassza el. A só mellett megfelelő mennyiségű folyadékot is kell adnunk, bár a túlbő folyadékfelvétel a keringés megterhelésével jár! A több folyadék célja még az is, hogy a visszatartott oldott molekulákat (magasabb maradék N) a beteg vese nagyobb mennyiségű vizelettel kiürítse (compensáló polyuria). A folyadék mennyiségét akár napi 2–3 literre is emelhetjük, különösen ha nagyobb fokú N visszatartás nem fenyeget. Ha e sok folyadékot a megfelelő sóval együtt a beteg jól ki tudja üríteni, akkor fokozódik a N kiürítés és a praeraemiás tünetek javulnak. Az étrend alapja a főzelék és gyümölcs. Vítás, hogy kaphat-e a beteg állati fehérjét?

Az idült vesebajos, aki néha hosszú éveken át betegeskedik és saját fehérjéit is állandóan lebontja, végül is N deficitbe kerül és leromlik. *Herzog* klinikáján végzett kísérletek és más irodalmi adatok alapján tudjuk, hogy a deficit csak akkor szűnik meg, ha az étrend kb. 20–40 g fehérjét is tartalmaz (állati fehérje, burgonya, stb.). Ezért a betegnek a már említett só és folyadékon kívül növényi fehérjében bővített étrendet és napi kevés húst vagy egyéb állati fehérjét is engedélyezünk. Leghelyesebb volna, ha a vér maradék N-jének ellenőrzése mellett állítanánk be a beteg étrendjét, ez azonban csak intézetben lehetséges, úgyhogy a gyakorlatban óvatosság ajánlatos, bár a teljes megvonás a mondottak alapján felesleges, sőt hibás is lehet. Az étrend kalóriatartalmát szénhidráttal és zsírral egészítjük ki a kívánt mértékre. Szeszes italt semminemű formában sem engedélyezhetünk. Fűszerek kisebb mennyiségben megengedhetők; *Volhard* egyáltalában nem tiltja azokat.

A súlyos isosthenuriás és olyguriás, rosszkeringésű, oedémás, rendszerint praeraemiás betegnél azonban a fent vázolt étrenddel már eredményt alig érhetünk el. Ilyen esetben

főképpen a keringés tehermentesítése és a beteg tüneteinek enyhítése a fontos.

A *nephrosis* étrendjében legfontosabb szintén a sótlanság és a folyadékszegénység, mely mellett a nagy fehérjevesztés pótlására állati fehérjék fogyasztását is előírjuk. A tapasztalat azt mutatja, hogy a fehérjekiürítés még 50–60 g elfogyasztása után sem fokozódik, az endogen fehérjelebontás ellenben csökken. Ezért szigorú só- és folyadékszegénység mellett kb. 40 g állati fehérjét, nagy fehérjedeficit mellett (hypalbumaemia) még többet tartalmazó étrendet írunk elő, melyben az ételek tömegét ingerszegény növényi eredetű élelmianyagaink szolgáltatják.

A vesebajok étrendi kezelése mind a helyen, mind az idült szakban, igen hálás feladat, emellett azonban az orvostól igen nagy szakértelmet, sok türelmet, leleményességet, gondosságot kíván, csak így tudja a betegét meggyógyítani (acut nephritis, nephrosis), illetve hosszú ideig jó állapotban, nem egyszer munkaképesen tartani (chr. nephritis) és feltartóztatni az utolsó, végső szak kifejlődését, melyből, sajnos, visszatérés többé nincs.

vitéz Kotta Ervin dr.
egyetemi magántanár.

A Paul-Bunnel-reactio.

Emil Pfeiffer (aki nem tévesztendő össze R. Pfeifferrel, az influenza bacillus felfedezőjével) 1889-ben írta le a róla elnevezett mirigylázat. Ez a betegség mindaddig nem tett szert nagyobb érdeklődésre, amíg haematológiáját Sprunt és Evans részletesen nem ismertette: 1920-ban közölték Amerikában, hogy az e fajta kórképek közös jellemvonása a nagyfokú monocytosis. Ezután megindultak a kutatások és hamarosan kiderítették, hogy kórokozója egy lymphotrop vírus és elnevezték mononucleosis infectioának.

A betegség serologiai diagnosisa Paul és Bunnel munkásságának köszönhető. 1932-ben ismertették a róluk elnevezett vizsgálati eljárást, amelynek lényege, hogy a beteg savója a birka vörösvértestjeit agglutinálja, illetőleg haemolysálja. A reactio kivitele a következőképpen történik:

12 agglutináló-cső közül az elsőbe 0.4 cm³, a többibe 0.25 cm³ physiologiás konyhasóoldatot mérünk. Az első csőhöz hozzáadunk 0.1 cm³ inaktivált (56 fokon, 30 percig) savót, majd az első cső felét (0.25 cm³) tovább víve, higitási sorozatot készítünk. Ezután mindegyik csőhöz hozzámérünk 0.1 cm³ 2%-os birka vvt.-suspensiót. Ezen a módon higitási sort nyerünk, amely egyhetedtől 1/10.336-ig terjed. Az agglutinatio 2 óra szobahőmérsékleten való állás után szabad szemmel is leolvasható, célszerű azonban agglutinóskop használata. A reactio még kifejezettebbé válik, ha a 2 óra letelte után

24 órára jégszekrénybe helyezzük. Ha nem inaktivált savót használunk, akkor agglutinatio helyett haemolysist fogunk észlelni; a haemolysis titerének meghatározása azonban sokkal pontatlanabb, nehezebben leolvasható, mint az agglutinatio, ezért célszerűbb inaktivált savó alkalmazása.

A birka vvt.-eit egészséges ember savója is agglutinálja, ez az agglutinatio azonban csak kivételesen terjed 1/56-os higitásig, többnyire 1/14, 1/28-nál találjuk az agglutinatio titerét. 1/100-as titer már mindig kóros érték, de az esetek többségében ennél magasabb, 6–800 körüli értékeket kapunk. A betegség előrehaladt állapotában azonban ennél jóval magasabb érték is lehetséges; a II. Belklinikán már két ízben észleltünk agglutinatiót az utolsó csőben is, ami 1/10.000 feletti higitásnak felel meg.

Az inf. mononucleosist kivéve csak egy betegségben találunk hasonló agglutinatiót: a serum-betegségben. A két kórkép azonban klinikailag annyira különbözik egymástól, hogy diagnosztikai tévedés alig tételhető fel.

Az agglutininek képződésekor heterophyl antianyagok létezését tütelezik fel. Ezek azonban nem azonosak a Forssmann-féle antianyagokkal, mert — miként azt I. Davidsohn munkássága bebizonyította — a Forssmann-féle agglutininek kaolinnal, tengerimalac vesesejtjeivel stb. adsorbeálhatók, az itt szereplők azonban ezekkel nem, hanem csak marhaszív-praeparatum segítségével vonhattók ki. Ezen a módon el lehet különíteni a serum-betegség okozta agglutinatiót az inf. mononucleosistól, mert az előbbinél Forssmann-féle agglutininek szerepelnek. Az eljárás bonyolult volta és csekély gyakorlati jelentősége miatt azonban ennek részletes ismertetésétől eltekintek.

Horváth Imre dr.
belklinikai tanársegéd.

Az O. H. kiadványait olvasón kapják meg kiadóhivatalunktól hátralékban nem lévő előfizetőink. A pénz előre beküldése után azonnall bérmertve küldjük meg az alábbi igen hasznos könyveket:

Orsós: Vezérfonal a kórbetonai rendőri és törvénytudományi boncoláshoz. 265 oldal és 10 oldal színes mű-melléklettel Elfogyott

Soós Aladár: Étrendi előírások V. bővített kiadás 8.— P

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

A befizetési lap hátlapján az összeg rendelkezését kérjük feltüntetni. Utánvétellel történő rendeléskor a portó költséget is felszámítjuk.

ORVOSI HETILAP

MEGJELENIK MINDEN HÉTEN

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

TARTALOM:

- Valkányi Rezső: A sebfertőzések szövődményei. (337—338. oldal.)
Szenes Tibor: A diplographia gyakorlati végbevitelének változásai. (339—341. oldal.)
Cserna Kálmán: A pupilladiagnostika áttekintése. (341—344. oldal.)
Irodalmi szemle: (344—345. oldal.)
Könyvismertetés: (346. oldal.)
- Göttehe Oszkár: Egy érdekes jubileum. (347—348. oldal.)
diósádi Elekes György: Magyary Kossa Gyula. (348—349. oldal.)
Fésűs Andor: Megjegyzés Tóth Z. »Védőszemüveget katonáinknak az aknasérülések ellen«-e, felhívására. (349. oldal.)
Lapszemle: (350. oldal.)

Richter-féle

CARBO

K É S Z I T M É N Y E K

MAGAS AKTIVITÁSÚ SZENET TARTALMAZNAK

CARBO MEDICINALIS

»Richter« — (Tabl. granulé és por)
Indikációk: Gyomor-, bélzavarok.
Ulcus. Mérgezések.

MAGNOCARBON

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

Indikációk: Enteritis acuta et chronica, erjedéssel dyspepsia, hyperaciditas ventriculi, meteorismus, flatulentia.

CARBOLAX

Carbo med. és Extr. Sennae kombinációja

Indikációk: Erjedéssel dyspepsiát követő obstipatio. Colica mucosa. Colica membranacea.

TANNOCARBON

Carbo medicinalis és Tanninum alb.

Indikációk: Dysenteria, Cholera. Acut és chronicus enterocolitis. Colitis ulcerosa



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

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÓGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

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

A budapesti III. sz. sebészeti klinika közleménye.
(Igazgató: Adám Lajos ny. r. tanár.)

A sebfertőzések szövődményei.

Írta: Valkányi Rezső dr., egyet tanársegéd.

A seb az élő szervezet, az emberi test szöveteinek, leggyakrabban a bőrnek, megszakadása, folytonossághiánya. Mivel a szakadás mindig szövetelhalással jár, s az elhalt szövet a baktériumoknak kitűnő táptalaja, másrészt baktériumok mind a szervezeten kívül, mind a szervezetben (pl. a tápcsatornában) mindig jelen vannak: elméletileg minden seb fertőzött. Gyakorlatban akkor beszélünk sebfertőzésről, ha a sebgyógyulást eredményező gyulladás, vagyis a szervezetnek a sebzésre és sebzéssel kapcsolatos baktérium-behatolásra való reakciója, visszahatása, nem eredményez elsődleges pörkalatti vagy varratlatti gyógyulást, hanem hosszabb-rövidebb ideig tartó gennyedés után a seb másodlagosan, sarjadzással gyógyul. A seb fertőzése lehet heveny vagy idült (pl. tbc, lues, rhinoscleroma stb.). Az alábbiakban csak a heveny sebfertőzésekkel foglalkozunk.

A sebfertőzés első, legenyhébb szövődménye, mint említettük, a helyi gennyedés (tályog) és az azt követő másodlagos, sarjadzásos gyógyulás. Előfordul, hogy a fertőzött sebből a fertőzés továbbterjed vagy a bőrben, irhában (derma, cutis), ekkor streptococcus által okozott orbáncról, vagy a bőralatti kötőszöveti résekben, ekkor phlegmonéről, vagy a nyirokutakon, ekkor környéki nyirokér- és nyirokmirigygyulladásról, vagy a vizerekben, ekkor gennyes vagy nem gennyes vizérrögösödésről beszélünk. Végül mind a nyirokér-, mind a vérrendszer útján létrejöhetnek távoli gennyes áttételek, többszörös tályogok. Ilyenkor, ha azok szabadszemmel láthatók, a szövődményt pyaemiának, gennyvérűségnek, ha mikroszkoposak vagy a szervezet csekély reakciója folytán ki sem fejlődnek, sepsisnek, a baktériumok előfutárai, toxinjai által létrehozott vérmérgezésnek nevezzük.

Maga a seb lehet spontán, baleseti eredetű vagy műtéttel kapcsolatos, mindkét eredetű seb fertőződhetik, kétségtelen, hogy a kedvezőtlen körülmények között létrejövő baleseti sebek jóval gyakrabban. Külön csoportot alkot-

nak azok a sebfertőzések, ahol maga a sebzés egészen jelentéktelen, mégis a fertőzés részben ismert (pl. diabetes, nephritis stb.), részben ismeretlen alkati okokból rendkívül súlyos. E kis sebzés mellett aránytalanul súlyos fertőzéseknek egy kisebb csoportjában a bejutó rendkívül virulens baktérium (pl. tetanus) okozza alkati ok nélkül az igen súlyos sebfertőzést.

A III. sz. sebészeti klinikára 1927 jan.-tól 1944. jan.-ig 17 év alatt 52.354 beteget vettünk fel, ezek közül 30.069-en nagyobb műtétet végeztünk. A felvett betegeknek kb. 15%-a sérült volt, vagyis betegségük baleseti eredetű. A sérülteknek kb. fele lágyrészsérülés, valamivel kevesebb, mint a fele csontsérülés (nyílt vagy fedett törés) volt. A lágyrészsérülések 40%-ában volt felvételkor sebfertőzési szövődmény (szűrés után panaritium, elgenyedt vérömleny, lágyéki nyirokmirigygyulladás, subpectoralis phlegmone stb.); a csontsérülések 10%-ában vettük fel a beteget sebfertőzések utóbetegség (osteomyelitis, sequester) miatt, melyeknek több, mint a fele háborús (csontlövési) eredetű volt.

Mivel a sebfertőzés következménye, szövődménye halál is lehet, jelentőségét legjobban szemlélteti mind a baleseti, mind a műtéti sebzésekkel kapcsolatban, klinikánk halálozási statisztikája. A felvett 52.354 beteg közül meghalt 2373 ami elég sok, de érthető, mert a betegeket klinikánkra, mint egyszersmind rendszeres ügyeleti szolgálatot tartó közkórházi osztályra válogatás nélkül vettük fel. A 30.069 operált beteg közül meghalt 1706, míg 667 beteg műtéti beavatkozás nélkül halt meg (moribund hasi esetek, szívbajosok téves sebészeti kórismével, combnyaktörések, koponyaalapi törések, inoperabilis rákok, elaggottakon előrehaladt végtag-üszkösödések stb.).

Ami a közvetlen halálokot illeti, a leggyakoribb ok a fertőzés volt (sepsis, peritonitis), azután a pneumonia a szívgyengeség, majd a gennyedés (rák, sipolyos sebészeti gümőkór stb. miatt). Természetesen a fertőzések túlnyomó része másodlagos volt, amilyen például ha egy gyógyíthatatlan rákos vagy combnyaktöréses beteg felfekvést és ebből sepsist kap, vagy egy sipolyos izületi gümőkóros beteg a sipoly körül támadt orbáncban pusztul el. Továbbá a sep-

sisnek egy jelentékeny része cukorbetegségeken mutatkozott, ahol a sérülés vagy sebzés csak mellékes szerepet játszott. Egészen esekély számúak azok az esetek, ahol aseptikus műtét utáni sepsis okozta a beteg halálát. Ezek egy részében is a boncolás igazolta, hogy a beteg szervezetben (pl. tonsilla) fertőző góc volt. Egy ily beteg műtét előtt subicterust és többszöri orrvérzést észleltünk, mivel azonban láztalan volt, mégis megoperáltuk, bár ez esetben a láztalan állapot nem a súlyosabb fertőzés hiányát, hanem ellenkezőleg a szervezetnek a súlyos fertőzéssel szemben való gyenge ellenállóképességét jelentette. Számszerűleg véve: 961 golyva közül 2, 5300 ki nem záródott és még nem operált sérv közül 4, 1128 viszértágulat közül 3, 269 viszérésérv közül 1, 353 víz-sérv közül 2, tehát 8011 teljesen aseptikus műtét közül 12 halt meg fertőzés következtében. Mivel e műtétek normális halálozása nemzetközileg megállapítottan és klinikánk tapasztalatai szerint is 0.5% körül mozog, a halálozásnak kb. 1/4-ét teszi a műtéti sebfertőzés, a halálozás többi része a pneumoniára, keringési zavarokra és emboliára esik. Hogy a belokok szerepe mily nagy a sebfertőzésben, azt igazolja, hogy 532 recidiv és postoperatív sérv közül 5 halt meg fertőzés következtében, tehát itt az előző műtét óta szunnyadó belső és nem ujonnan bevitt fertőzés következtében 8-szorosa a halálos fertőzések száma az előző teljesen aseptikus betegségesoporténak.

A sebfertőzés szövődményei között meg kell említeni a műtét utáni pneumonia kérdését. Ha ez tüdőtályog vagy tályogok alakjában jelentkezik, nem vitás áttétel révén való összefüggése a műtéttel. A hurutos bronchopneumonia esetében azonban, ami a leggyakoribb, nem ily egyszerű a kérdés eldöntése. Régen az altatást okolták a tüdőgyulladásért, de amióta helyi érzéstelenítésben operálunk, csak alig 1/4-del csökkent a tüdőgyulladások száma, ezért valószínű, hogy nagyrésztük mikroszkopikus emboliák útján a műtéti sebből származik (Lecene), bár természetesen idősebb, szívbajos egyéneken, a hypostasisis, keringési eredet sem ritka.

Ugyancsak vitás a sebfertőzésnek az emboliával való összefüggése. Klinikánkon összesen 37 halálos tüdőverőembolia fordult elő, ezek közül 4 nem operált betegeken (2 thrombophlebitis, 1 medencetörés, 1 kezdődő lábgangraena), 33 pedig a műtött 30.069 beteggel kapcsolatban, 18 szádlásos, 15 nem szádlásos műtétéknél. Kétségtelen, hogy az esetek többsége idős egyéneknek fordul elő, ahol keringési zavar tételezhető fel, megállapítható az időjárással való összefüggés is, u. i. némely években nem fordult elő embolia másokban több emboliát észleltünk, sőt több egy héten belüli páros eset is található. Mégis valószínű, hogy az érzégeszakadás kisebb mértékben, az érrögzépződés nagyobb mértékben összefügg a műtéti sebfertőzéssel is.

A sebfertőzés szövődményeit illetőleg a

heveny fertőzés minőségének is jelentősége van. Sebfertőzést nagy többségben a közönséges heveny genykeltők (strepto-, staphylococcus) hoznak létre. A fentebb mondottak elsősorban ezekre vonatkoznak. Külön kell megemlékeznünk az anaerob fertőzésekről. Ezek között leggyakoribb a bacillus coli által okozott, mely különösen a gyomorbélhuzamból származó peritonitisek megszokott kórokozója is. Előfordult továbbá klinikánkon 3 tetanus-eset, valamennyi sérüléssel tetanus, műtéti (catgut) teanus *nem volt*. E 3 esetünk közül 1 meghalt, 5 esetben észleltünk sercegő üszköt (gázphlegmone, oedema malignum), 1-et törzsön, 4-et végtagon, az 5 eset közül 3 meghalt.

A kórházi üszknek (gangraena nosocomialis, gangraena postoperativa cutis) ennek az igen ritka és érdekes sebfertőzésnek 2 esetét észleltük. Mindkettő 45–50 év közötti férfin fordult elő, egyikén nyenes vakbélműtét, a másikon nyenes nyaki nyirokmirigyműtét után. Mindkét esetben az üszkös fekélyszélt jól az épben, egyik esetünkben kauterrel, a másokban késsel kimetsztük, a nyaki esetben nyeles bőrlebenyplasztikát is kellett végeznünk a bőrhiány pótlására. A sebészi beavatkozást előnyösen támogatta a vértransfúzió, sulfamid, injektívban kén (Thiolin »Certa«). A bántalmat a streptococcusok egy anaerob fajtája, a streptococcus putridus okozta, symbiosisban valamely más anaerob bakteriummal, egyik esetünkben proteus-szal, a másokban fusiformis-szal.

Amint látható, a sebfertőzések szövődményei igen változatosak, erősen rontják a spontán baleseti sebek sebészi gyógyításának és a műtéti betegséggógyításnak az eredményeit.

Tanulásgul, a traumás és műtéti sebek fertőzőes szövődményeinek lehető elkerülésére összefoglalhatjuk az alábbi irányelveket:

1. A műtéti sebek ejtésénél a legmondosabban ügyelnünk kell a sterilítésre, hogy minél kevesebb bakterium juthasson a beteg bőréről, a műtő kezéről, a varróanyaggal, az érzéstelenítőoldattal, valamint a műszerekről a szövetekbe. Fontos az éles sebejtés a szövetroncsolás csökkentésére és a rövid műtéti időtartam a levegőből való fertőzés korlátozására.

2. A spontán baleseti sebek cafatoktól megtisztítandók, 6 órán túl még alapos kitakarítás után is drainezendők.

3. Nem sürgős műtétek csak kifogástalan általános állapotban végzendők, láztalan állapot megkívánása nem elégséges, orrvérzés, subicterus vagy egyéb septikus tünetek feltétlenül szükségessé teszik a nem sürgős steril műtét elhalasztását, sürgős steril műtétet pedig az egyébként szokásos eljárástól eltérőleg általános fertőzés (pl. influenza) gyanuja esetén szádlózni kell.

4. Az utókezelésben mind a műtéti, mind a baleseti sebek szövődésmentes gyógyítására igénybeveendő szükség esetén a fizikai és vegyi gyógymódok (pl. jégtömlő, sulfamidok).

A szegedi Belgyógyászati klinika közleménye.

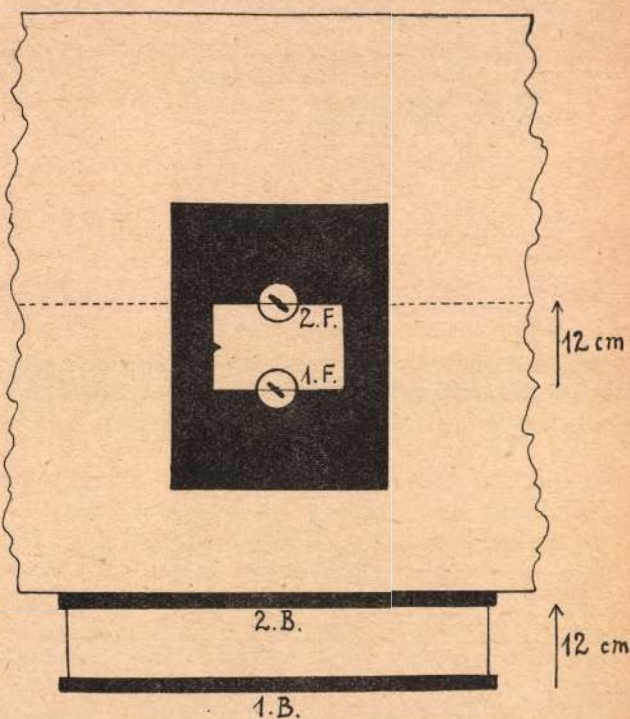
A diplographia gyakorlati végbevitelének változatai.

Írta: *Szenes Tibor dr.*,
egyet. tanársegéd, t. ofhdgy.

Előző közleményemben (Orvostud. Közl. 1944. 26. sz.) részletesen ismertettem liplographiának elnevezett új mélységlocalizáló röntgenfelvételi eljárásomat. A következőkben az eljárás gyakorlati végbevitelének változatait ismertetem.

Harántirányú focus-film eltolás. A kettős röntgenfelvétel legegyszerűbben úgy készíthető, hogy a focust és a filmet a felvételi asztal hosszanti irányában toljuk el, mert a röntgensőnek és a Bucky-szerkezetnek összekapcsolt együttmozgása a felvételi készülékek szerkezete folytán csak ebben az irányban lehetséges. Nem göcszerű, hanem vonalszerű contourvonalak árnyékeltolódása azonban a röntgenfelvételen csak akkor mérhető le, ha azok az egymás mellé vetült röntgenképeken párhuzamos helyzetben vannak. Ez úgy érhető el, hogy a focus-film eltolást a contourvonalra merőleges irányban végezzük. Olyan esetekben tehát, amikor a test vonalszerű képletei a felvételi asztal hossztengeleje irányában futnak, harántirányú focus-film eltolást kell alkalmaznunk. Ilyen eset áll elő pl. az alsó végtagok hosszú csontjainál, vagy ilyen esetet szemléltet az előző közleményemben lévő 7. felvétel, amikor felesúsztatott ureter-katheter mélységét kellett meghatározni. A harántirányú focus-film (illetőleg röntgenső-Bucky) eltolást a következő módon hajtjuk végre. Az ablakos sugárfogó lemezt a felvételi asztallapon úgy helyezzük el, hogy hossztengeleje az asztal hossztengelejére merőleges helyzetű legyen, az ablakkivágás egyik hosszanti széle a felvételi asztallap középvonalában futó hossztengelejével essen össze, másik széle pedig az asztal azon oldalára kerüljön, ahol a Bucky kazettatartója kihúzható. A beteget úgy helyezzük el, hogy a vizsgálandó góc kb. az ablakkivágás közepe fölé kerüljön. A Bucky kazettatartóját (a rajta centrálisan harántirányban elhelyezett filmmel együtt) teljesen betölt alaphelyzetéből 12 cm-re kihúzzuk, a röntgensövet pedig az asztal középvonala felett lévő alaphelyzetéből ugyanolyan irányban 12 cm-re kitoljuk. Ez lesz a film és a focus 1. felvételi állása. Az expositio megtörténte után a kazettatartót alaphelyzetéig visszahúzzuk és a röntgensövet is alaphelyzetébe visszahúzzuk. Ez lesz a film és a focus 2. felvételi állása. (A sugárfogó lemez elhelyezését, az 1. és 2. focus-Bucky állást felülnézetben az 1. ábra szemlélteti.) Az elv tehát itt is ugyanaz, mint a hosszanti irányú focus-film eltolásnál, csak az a különbség, hogy a röntgensövet és Buckyt külön-külön

kell ugyanolyan mértékben az 1. állásból a 2. állásba folnunk, minthogy a felvételi asztal szerkezete miatt összekapcsolt együttmozgás harántirányban nem lehetséges. Előző közleményem matematikai levezetéséből tudjuk, hogy a felvétel adataiból nyert mélységi értékek függetlenek a focuseltolás mértékétől és a

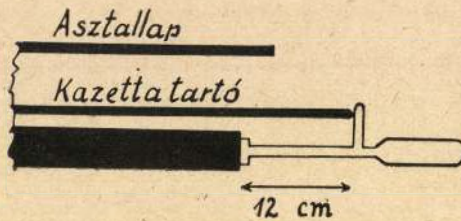


1. ábra. Az ablakos sugárfogó lemez elhelyezése a felvételi asztalon harántirányú focus-Bucky eltolás esetén. (1. F. — 1. B. = első focus-Bucky állás. 2. F. — 2. B. = második focus-Bucky állás.)

filmnek az asztallapfelszíntől való távolságától, és ezért a focuseltolás mértékére nem kell különös gondot fordítani. De ez csak akkor áll, ha a focus és a film elmozdulása pontosan egyenlő mértékű. Minthogy azonban a harántirányú eltolásnál az egyenlő mértékű együttmozgás mechanikailag nincs biztosítva, ügyelni kell arra, hogy mind a röntgenső, mind a Bucky eltolását pontosan egyenlő mértékben végezzük. (Az eltolási távolság itt is — miként a hosszanti irányú eltoláskor — 100 cm focustávolság esetén 12 cm, de más focustávolságot és focuseltolást is alkalmazhatunk.) A pontos focuseltolás a lámpatartó karon állítható be, a kazettatartónak alaphelyzetéből való kihúzását pontosan úgy végezhetjük, hogy a kazettatartóra az asztal szélén túlrő mérőléceet helyezzünk, illetőleg erősítünk és a kihúzás mértékét ezen olvassuk le az asztallap széléhez viszonyítva. De még jobban bevált és nagyon ajánlatos egy kis eszköznek az alkalmazása, amelylyel egy pillanat alatt pontosan beállíthatjuk a kazettatartót. Ez az eszköz nem egyéb, mint egy fogantyúval és ütközővel ellátott rudacska, amelynek a végét a Bucky-testhez szorítjuk és

azután a kazettatartót az ütközőig kihúzzuk, amint azt a 2. ábra szemlélteti.

Harántirányú focus-film eltolás Bucky-szerkezet nélkül. Egyszerűbb készülékek nincsenek Bucky-szerkezettel ellátva. A harántirányú



2. ábra. A filmkazettatartó pontos beállítása segédeszközzel.

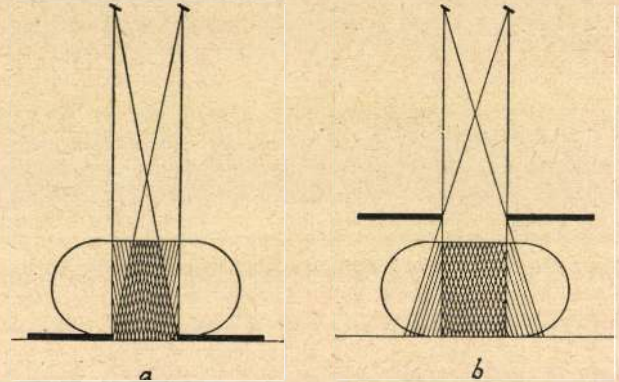
eltolás módszere azonban ebben az esetben is megoldható, ha a Bucky-szerkezet helyett olyan tolokazettát alkalmazunk, mint amilyen a stereographiában használatos («Tunnel kazetta»). Ezt felvételi asztalon ugyanúgy helyezzük el a beteg alatt, mint az ablakos sugárfogó lemezt harántirányú eltoláskor. A tolokazettában, mint egy alagútban könnyen tudjuk a filmkazettát a beteg alatt csúsztatni. Hogy a filmkazetta eltolását pontosan meghatározott mértékben lehessen végezni, azt a 2. állásban való megütközéssel kell biztosítani. Az ezen eljárással kapott diplographiás képek természetesen nem adnak annyi lehetőséget finom árnyékok localizálására, mert a Bucky-hatás kimarad. Vékony testrészek esetén, pl. végtagfelvételek során azonban igen előnyösen használható. De vastagabb testrészeknél módunkban van a tolokazetta és a beteg közé Lysholm-rácsot helyezni. A tolokazettát elégséges 18×24 cm-es röntgenfilmhez méretezni.

A filmtakarás különféle módjai:

1. *Közvetlen filmkazetta takarás.* A film két ellentétes felének váltakozó takarását nemcsak ablakos, hanem egyszerű sugárfogó lemezzel is megoldhatjuk, ha adott viszonyok között csak ez áll rendelkezésünkre. Ezt azonban nem a felvételi asztallapra helyezzük, hanem vele közvetlenül a filmkazettát takarjuk, mégpedig az egyik focusállásban a filmkazetta egyik, a másik focusállásban a másik felét. Magától értetődik, hogy mindig a vizsgálandó testrésztől távolabb fekvő kazettafelét kell fedni. A sugárfogó lemeznek a kazetta egyik feléről a másik felére való áthelyezése és ezzel kapcsolatban a Bucky kazettatartójának kihúzása és visszahelyezése a két expositio közti időt megnyújtja ugyan, de mindamellét a kettős felvételt ugyanazon légzési szakban le lehet exponálni. Az alsó testfelszín, illetőleg a felvételi asztallap felszínét a felvétel területében a test alatt az asztallapra helyezett külön ólomjelecskével kell megjelölni. (Ez eljárással készült az előző közleményben a 2. és 4. felvétel.)

2. Az ablakos sugárfogó lemeznek a test

fölött való elhelyezése. Eddigi tárgyalásunk folyamán a sugárfogó lemezt mindig a beteg alatt helyeztük el. Ez u. i. egyszerű megoldás és a vizsgálandó testrésztől legtöbbször kielégítő nagyságú felvételt nyújt. A gyakorlat számára azonban legelőnyösebb az ablakos sugárfogó lemeznek a test felett való elhelyezése. Elsősorban azért, mert a felvételek nagyobb testrésztől adnak képet, amint azt a 3. ábra szemlélteti.



3. ábra. Az ablakos sugárfogó lemez elhelyezése a) test alatt, b) test felett. A kétszeresen árnyékolt rész a kétszer átexponált testrésztlet nagyságát jelenti.

teti, másodsorban pedig mert a beteg fölött könnyebb a lemezt pontosan beállítani. A test alatt való elhelyezéssel szemben azonban itt tartóállványról kell gondoskodni. Ezt legkönnyebben a beteg felett hídszerűen az asztalon harántul felállított 30–40 cm magas faállvánnyal oldhatjuk meg. A beteg felett elhelyezett ablakos sugárfogó lemez csak a takarás célját szolgálja és semmi szerepe nincs a mélységi adatok meghatározásában. Az asztallap felszínét külön ólomjelecskével kell megjelölni. Az ablakos sugárfogó lemez centrálása a beteg felett ugyanúgy történik, mint az alsó elhelyezés-kor mind hosszanti, mind harántirányú focus-eltolás esetén.

Nagyobb felvételek készítése. Ha nagyobb testrésztől akarunk felvételt, akkor a focus-eltolást és ennek megfelelően a sugárfogó lemez ablakszélességét kell növelni. Ez az elv egyaránt vonatkozik a fentebb tárgyalt változatok mindegyikére. Fentiek alapján legcélszerűbb a nagyobb felvételekhez a sugárfogó lemeznek a beteg felett való elhelyezése. Ha 30×40 cm-es röntgenfilmet teljes egészében ki akarunk használni, akkor 100 cm-es focustávolság esetén 15 cm-es focuseltolást, 80 cm-es focustávolság esetén 14 cm-es focuseltolást és 70 cm-es focustávolság esetén 13 cm-es focuseltolást alkalmazunk.

A felsorolt változatok közül bármelyiknek elvégzése a gyakorlatban nagyon egyszerű és alig kerül több munkába és időbe, mint egy közönséges röntgenfelvétel elkészítése. A localizációs adatok meghatározása pedig a mélység-

meghatározó tábla révén 1 perc alatt elvégezhető. A diplographia sok esetben olyan diagnosztikai adatokat szolgáltat, amelyek a szokásos röntgenvizsgálatok számára nem hozzáférhetők.

A pécsi ideg- és elmeorvosi klinika közleménye
(Igazgató: Reuter Kamilló ny. r. tanár.)

A pupilladiagnostika áttekintése.

Írta: Cserna Kálmán dr. idegszakorvos.

A pupillán keresztül a retinára eső fény erősségével arányosan a m. sphincter pupillae összehúzódását és a pupilla beszűkülését eredményezi. Ezt a reflexmozgást különféle kóros elváltozások különbözőképpen befolyásolhatják.

A reflexív útja *Cajal* szerint: az afferens szár kezdődik a retinában, innen a fasciculus és tractus opticuson át a corpus quadrigeminum sup.-ig, ill. a regio praetectalisba halad, innen a commissura post.-ban való részleges kereszteződés után ventralisan kanyarodik az aquaeductus mesencephalinak rostralis végét burkoló szürke állomány körül a nucleus interstitialis tegmentibe. Innen erednek a motoros maghoz induló collateralisok a *Westphal-Edinger*-f. maghoz, innen a n. oculomotorius visceralis efferens részéhez a ggl. ciliareig, amelyből a postganglionaris rostok mint nn. ciliares breves az irisig.

A dilatatio pályája: a sensoros pályák kapcsolódásai a gerincvelőben és az agytörzsben, a praeganglionaris visceralis rostok a columna intermediolateralisból erednek a D₁-C₈ határán, ahonnan a rr. communicantes albin keresztül a ggl. cervicale supremumba jutnak, ahonnan a postganglionaris rostok a plexus caroticus internuson átmenve és a n. trigeminushoz a Gasser-duc után csatlakozva az irisben eléri a m. dilatator pupillae rostjait.

A reflexív physiologiás működésének megállapítása, vagy valamely részében levő zavarának localizálása s az ebből eredő diagnostikai következtetések céljából vizsgálandó:

1. az egyes pupillák alakja,
2. az egyes pupillák nagysága,
3. az egyes pupillák implantációja (centralis vagy ektopiás helyzete),
4. a két pupilla egyenlősége,
5. a két pupilla összehúzódása direct fényre,
6. a két pupilla összehúzódása concensualisan,
7. a két pupilla összehúzódása accomodatióra és convergentiára,
8. Az orbicularis phenomen (*Pilcz-Westphal* f. synergiás pupillareactio, a m. orbicularis oculi erőyes contrahálására miosis);
9. ciliospinalis reactio (az arc bőrének szűrésére, általában fájdalomra mydriasis).
10. Az affectusra bekövetkező dilatatio.

A pupillák összehúzódása várható a szokásos betegvizsgálat módszereinek behatásán kívül a következő esetekben is:

1. fokozott, tartós kilégzésre,
2. az orrnyalukahártya ingerlésére,
3. a test gyors forgatására,
4. az orbita környékének galvanos ingerlésére.

A pupillák tágulása várható passiv módon a szűkülést előidéző fény megszűnésére ill. sötétben.

Activ tágulásnak tekinthető a mydriasis

1. mély, erőltetett belégzésre,
2. erőltetett kifelétekintéskor,
3. a fülnek hideg vízzel való öblítésére,
4. 2,5%-os cocainoldatnak szembe eseppenése után dilatatio az eredmény; ha az elmarad, feltehető, hogy a sympathikus beidegzés gyengült. Ennek oka localisálódhat a ggl. cerv. cran.-hoz viszonyítva prae- vagy postganglionarisan. Ez eldönthető *Cords* szerint 10⁰⁰-es adrenalinoldattal: 5 perces időközökben háromszor 15 cseppet öntünk a szembe, 15 perc múlva ellenőriztük a hatást. Physiologiás körülmények között nincs reactio, postganglionaris laesio esetén dilatatio következik be, így basisfractura, fissura vagy daganat esetén.

Gyakorlati jelentőségük elsősorban a pupillaszűkülést zavaró okoknak van:

1. *Argyll-Robertson*-f. tünet: fénymerevség v. reflectorikus pupillamerevség. A pupilla fényreflexivének afferens szarát megszakító laesio eredménye. Fénybehatásra a rendszerint szabálytalan alakú pupilla nem reagál, ellenben accomodatióra ill. convergentiára igen. (*Wilkinson* szerint az accomodatio alatti pupillacontractio a kísérő convergentiával kapcsolatos és a külső szemizmokban levő proprioceptív idegvégződéses ingerléséből ered.) A pupillák leginkább miotikusak. A jelenség lehet egy- vagy kétoldali. Egyoldalinal a kóros pupilla szűkebb, sem direct fényre, sem az ép szem felől consensualisan nem reagál, míg a másik mindkét reactiot mutatja. A kóros pupillán kiváltható az orbicularis phenomen. Az irisben sok esetben trophikus zavarok mutatkoznak, így a trabeculák sorvadása és a pigmentréteg rendszertelen elvékonyodása. Pharmakológiailag az AR-pupillán kevés eredmény érhető el, leginkább adrenalinra igen csekély tágulás. Az AR-pupilla kialakulása a létrehozó októl függően különböző ideig tart. Lassú kifejlődéskor megfigyelhető a kezdeti relativ fénymerevség: renyhe fényreactio, amit az absolut, teljes fénymerevség követ. Ritkán látható egy még további szak, az absolut pupillamerevség.

Mindazon esetekben, ahol a oculomotorius valamilyen bántalma feltehető, szükséges az ebből eredő ún. n. *pseudorelectorikus* pupillamerevséget, ahol ugyanis a pupilla direct fényre és consensualisan nem reagál, az AR-

pupillától elkülöníteni. Nyugalmi helyzetben a pupilla átmérője AR-pupilla esetében változatlan, míg amannál rövidebb időközökben megváltozik. További útmutatás lehet az atropinra való reactio: az AR-pupilla igen lassan és kis fokban tágul, míg a pseudoreflexorikus pupilla gyorsan nagyfokú mydriasis-t mutat.

Argyll—Robertson-f. pupilla legfontosabb tünetként szokott szerepelni a dementia paralytica progressiva, tabes dorsalis, lues cerebri eseteiben. Előfordulhat sklerosis multiplex, corpus quadrigeminum-tumor vagy trauma, polioencephalitis alcoholica és encephalitis epidemica eseteiben is. Ez utóbbiban lehetséges a meglévő fényreactio mellett a consensualis szűkülés hiánya, ez az AR-typus inversusa.

2. *Absolut pupillamerevség; és totalis pupillamerevség:* Utóbbiban a pupillák direct fényre, consensualisan és convergentiára nem reagálnak, de az orbicularis phenomen nem változott, ez a szokásos eset, amikor is az elváltozás oka supranuclearis oculomotorius-bántalom. Ha pedig a *Westphal—Edinger-f.* magban vagy peripheriásan helyezkedik el a létrehozó ok, akkor a *Pilcz—Westphal-f.* tünet sem idézhető elő, ez a totalis pupillamerevség. Az elkülönítést az AR. f. pupillamerevségtől még megkönnyíti a pupillák mydriatikus állapota, ami különösen előrehaladott szakban jelentékeny, ilyenkor alakjuk is szabálytalan lehet. Maximális a tágulás, ha a ggl. ciliarenek vagy effereus neuronjának a kiesése a kiváltó ok, ugyanis ez még fenntart egy bizonyos tónust az oculomotoriusbénulásos irisben. Pharmakologiailag atropin, cocain és scopolamin idézhető elő absolut pupillamerevséget, ezenkívül még narkosis is. Klinikailag megtalálható lues cerebri, ritkábban paralysis progressiva eseteiben, ezenkívül igen ritkán sklerosis multiplexben, idiotia amaurotica familiarisban és hystériában is, ahol miotikus és mydriatikus formák is ismeretesek, de általában az absolut pupillamerevség inkább kizárja ezt a diagnosist. A localisatio szempontjából értékes tünet lehet meningoencephalitis, trauma, daganat esetén, kíséző tünet lehet encephalitis epidemica, polioencephalitis alcoholica és paratyphus B. eseteiben. Múlólag látható epilepsziás rohamok idején, a roham vége felé tág pupillákon.

3. Igen ritkán észlelhető a *convergentiamerevség.* Jelentősége nem nagy.

4. *Amauritikus pupillamerevség.* A fasciculus optikus kiesése következtében előállott vak-ságban a pupilla fénymereg, a vak szem felől az ép szem consensualis reactio nem váltható ki; fordítva azonban igen. Ugyancsak megvan a convergentiareactio. Corticalis eredetű amaurosisban minden reactio kiváltható.

5. *Hemianopsiás pupillamerevség.* A tractus optikus blockjában a *Westphal—Edinger-f.* maghoz nem jut el az ingerület, így a vak retinafél részéről egyik reactio sem váltható

ki. Occipitalis heminopsia esete azonos a corticalis amaurosiséval, kíséző tünet az anisocoria.

6. *Ophthalmoplegia interna:* Az absolut pupillamerevség tünetehez még accomodatiós bénulás járul. Az iris és a m. ciliaris bénult, a pupilla tág és mozdulatlan. A kóros szem felől az ép szem kiváltható a consensualis reactio.

7. *Tartós mydriasis* lehetséges a pupilla-reactiók ép volta, esetleg renyhése mellett homolateralis epiduralis vérzések, mindkétoldalt pedig endokrin zavarokban, így diabetesben és hyperthyreoidismusban, convergentialabilitással és esetleg exophthalmussal.

Féldoldali mydriasis lehetséges tüdőelváltozások és appendicitis eseteiben és a centrum ciliospinale vagy a nyaki sympathikus izgalma esetén. Előfordul még orbitalis betegségekben, basalis meningitisben, peduncularis-daganat és sclerosis multiplex esetében.

Ennek ellentéte a *Claude Bernard—Horner-f.* trias: enophthalmus, szűk szemrés (sympathikus-ptosis) és miosis, ezenkívül vasomotoros zavarok, anhydrosis, az előbb említett sympathikus bénulása nyomán. Az iris fénybehatásra igen élénken összehúzódik, utána csak vontatottan relaxálódik. A sympathikus központ és lánc compressióját okozhatja sérülés, daganat, haematomyelia, myelitis, neuritis a C—D határon, ezenkívül a Horner-syndroma vezethet nyomra az arteria cerebelli inf. post. thrombosisának felismerésében. A peripheriás sympathikusbénulás localizálásában a kísézőtünetek adnak támpontokat, így cervicalis góccs esetén a felső végtag, bulbarisnál a deglutitio és basalisnál a trigeminus zavarai.

A *vagotonia* néven összefoglalt tünetesoport megnyilvánulásai a szemben: bőséges könnyezés, accomodatiós göres. Hogy valóban a parasympathikus fokozott tónusa vagy a sympathikus viszonylagos elégtelensége váltja-e ki ezeket a tüneteket, eldönthető, ha a *Loewy-f.* reactio, a positiv adrenalinydriasis kiváltható. Heveny miosis látható némely vegetatív szerv göres állapotában, így gyomor crisisben és psychogen asthmában.

Lehetségesek az irisen külön rendszerbe nem foglalható *deformatások:*

1. Szabálytalanság, szögletesség, ami lehet functionalis, ha a m. sphincter iridis csak részben paretikus; anatómiai elváltozásból ered akkor, ha régebbi gyuladásokból megmaradóan adhaeciók vannak az iris és az elülső lencsetok között. Ugyancsak somatikus eredetűek a világrahozott alakú elváltozások, számos átmeneti formával részleges sphincter-aplasia és a colobomák között.

2. Kerek vagy inkább oválisan *elhúzódt* pupilla eredményezhet asymmetriát, anisocoriát, functionalisan súlyos migraines rohamok alatt, organikusán pedig a cervicalis sympathikus helyi elváltozásai következtében.



B E T A B I O N

a bevált B₁-vitamin készítmény

therapiásan és prophylacticumként

3 mg-os tabletták, 5 mg-os ampullák

25 mg-os „forte”-ampullák

100 mg-os „fortissimum”-ampullák

E. Merck

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

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

Daucaron

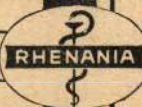
karottaleves szárított alakban

Prof. Moró által már 1908-ban

ajánlott

karotta gyógydiéta

dyspepsia - toxikosis - ente-
ritis kezeléshez, csecsemő -
és gyermekkorban



KALI-CHEMIE A.G. BERLIN

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

Kisebbségi gyakorlati jelentőségűek a következő, ritkán előforduló pupillazavarok:

1. *Paradox reactio*, lehetséges fénybehatásra vagy convergentiára mydriasis, utóbbi nevezik visszás (perverz) pupillareakciónak. Ezeknek a létezését sokan nem ismerik el, hanem téves megfigyelésre vezetnek vissza. *Jeliffe* a cervicalis sympathikus gócos bántalmával magyarázza, amelyek a praeganglionaris-rostok eredete (D1) és a postganglionaris rostok (nn. ciliares longi) között helyezkedik el.

2. *Pupillotonia*, tonikus convergentiareactio, míg fényre aránylag lassú contractio.

3. *Hippus*: rhythmusos, szabálytalan ingadozás lehet a tabes dorsalis kezdetén.

Nem általános diagnostikai jelentősége miatt, hanem mint a cervicalis és lumbalis plexusokon végzett műtétek kísérőtünete említendő még meg *Byrne* megfigyelése: a plexus sacralis átmetése vagy alcoholbefecskendezése után 12 nap múlva contralateralisan adrenalin-túlérzékenység mutatkozik a pupillán. Átmetés esetén közömbös, volt-e idegvarrat vagy a csónkokat nem egyesíteték. A jelenség kb 14 napig tart, de a proximalis csónk átmetés után kiújul. A plexus cervicalisnál homolateralisan mutatkozik elváltozás 8 nap múltán, ugyancsak két héten át. Ismételt műtét itt is

újra előidézi ezt a tünetet, amely további érdekes vizsgálatokra hívja fel a figyelmet, valamint még nem is egészen áttekinthető jelentősége lehet a tabes dorsalisban észlelhető AR-pupilla pathogenesisének kutatásában.

IRODALMI SZEMLE SEBÉSZET

Rovatvezető: *Benes Lajos* és *Rhorer László*.

A thrombosis kérdésről. *Koch*, Chirurg, 1943. 21. Szigorú különbséget kell tenni septicus és statikus alapon fejlődött thrombosis között. Előbbi egy gócból indul ki, a véráram irányában folytatódólagosan terjed. Utóbbi terjedése ezzel ellentétes irányban történik, többnyire ugrászerűen keletkezik és gyakran halálos emboliához vezet. Kórbonctani megfigyelései alapján megállapítja, hogy a thrombosis és embolia keletkezésében a műtéti sebzés vagy baleseti sérülés csak másodlagos jelentőségű, sokkal fontosabb a szervezet általános thrombosis-késztsége. Amputációnál gyakran az ép oldali lábón keletkezett thrombosisból származott a halálos embolia. Varixos betegnél észlelt embolia mindig a vena femoralisból származott és sohasem a vena saphenából. A statikus thrombosis keletkezésében a fertőzés kórokozóját szerepét kimutatni nem tudta. (R₄) *Köves István dr.*

CAPHOSEIN

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

az erjedésszerű dyspepsiák kiváló gyógyszere

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

Szabadon rendelhető az összes betegségbiztosító intézetek terhére.

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

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

VITACHINA DRAGÉE

Gyártja és forgalomba hozza:

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

ORR-, TOROK-, GEGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZATRovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

Az ologen meningitisek sulfonamid kezelésével kapcsolatos eredmények és tapasztalatok. *Unterberger.* (Archiv. f. Ohren-, Nasen- etc. Bd. 153. H.) Szerző 74 betege közül 51 gyógyult meg sulfonamid kezelésre, ami 69%-os gyógyulásnak felel meg. Csak azon eseteit veszi számításba, amelyekben a liquor sejtszáma legkevesebb 1000/3 volt. A sulfonamid terapia bevezetése előtt az ologen meningitisek mortalitása, anyagában 82%-ot tett ki a mostani 31%-kal szemben. Kor szerint a gyógyszer leghatásosabbnak bizonyult 16—50 év között; ez alatt és felett nem mutatkozott annyira hatásosnak. A sulfonamiddal kezelt ologen meningitisek lefolyása kétféle: 1. A szerencsésebb és gyakoribb az, ha a meningitis már az első sulfonamidlökéésre javul, fejfájás megszűnik, láz leesik, a ejtszám megkevesbedik és a beteg csakhamar meggyógyul; 2. az elhúzódó lefolyásnál a javulás után 3—4 újabb meningitises fellobbanás tapasztalható és a gyógyulás sokszor 6 hétig is eltart. Ez utóbbinak okát abban kell keresnünk, hogy a pián és arachnoideán kisebb-nagyobb körülírt gyulladós göcök maradnak vissza, amelyekből fellángolhat a folyamat. A terapiában nagy szerepe van a liquor ürterébe juttatott sulfonamidoknak. A sulfapyridin és sulfathiazol — mivel oldásuk lúgos közegben történik, ami bennulásokhoz vezethet — erre nem alkalmas. A »Tibatín«-ban látja szerző az ologen meningitisek leghatékonyabb gyógyszerét, melyet intralumbálisan suboccipitálisan, intraventriculárisan, vagy intravénásan adagol. Káros hatást nem észlelt a szertől, legfeljebb múltó végtagfájdalmakat és fejfájást. A hatás kiegészítésére per orálisan Eleudront, vagy Globucidot ad. A kezelést lökések formájában végzi, rövid idő alatt nagy dózisokat juttat a szervezetbe. A lipuorürbe — az eset súlyosága szerint naponta 1—2-szer — 40% os Tibatín-oldatból ½ ampullát ad, melyet 20 cm³ destillált vízzel hígít fel, vagy átmosásra megfelelő liquormennyiség kibácsátása után ennek kétszeres hígítását juttatja be. A parenterális kezelés a következő: 1. nap: 3×2 amp. 40% os Tibatín-oldat (12 g); 2. nap: 5×1 amp. (10 g); 3. nap: 2×2 amp. (8 g); 4. nap: 3×2 amp. (12 g); 5. nap: 5×1 amp. (10 g); 6. nap: 2×2 amp. (8 g). Az össz mennyiség tehát 6 nap alatt 60 g Tibatín. Ha szükséges, e lökést pár nap múlva meg lehet ismételni. Gyermekeknek e dósis fele adagolandó. Mindezen felül gondokosdni kell a szervezet

dehydrálásáról, ellenállókéességének fokozásáról (vörtransfusio) és a megfelelő liquordrainageről. (A. 4.) *Ajkay Zoltán dr.*

Az állsontöbblgennyedés helyi kezelése sulfathiazollal. *Hermann.* (Archiv. f. Ohren-, Nasen- etc. Bd. 153. 3—4. H.) Szerző sulfathiazol port steril vízzel ana péppé kever és a punctiós tűn át fecskendezi be a Highmore üregbe, ami ott a fenékre ülepedik le. Egy két öblítés után betegek legnagyobbbrészt meggyógyulnak. Az öblítéseket nagyobb időközönként kell végezni, hogy a szer alaposan kifejthesse hatását. Eredményeinek köszönheti, hogy a Highmore műtetei e kezelés folytán ritkábbá váltak. (A. 5.) *Ajkay Zoltán dr.*

Ajánljuk

klinikailag kipróbált és megbízható tápszerkészítményeinket:

Az Államkincstár, illetve Közgyógyszerellátás terhére is rendelhetők:

DEMALTOS

CSECSEMŐTÁPCUKOR

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

MALTOSIT

GYERMEKTÁPLISZT

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

SZITMALTIN

IGEN JÓÍZŰ, SZÉNHYDRÁTDÚS, TERMÉSZETES ERŐSÍTŐ TÁPSZER

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

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

Budapest, X., Maglódi-út 17. szám.

**VITAPLEX „B₁”-CHINOIN**

HAZAI GYÁRTÁSÚ, KRISTÁLYOS B₁-VITAMINKÉSZÍTMÉNY

AMPULLA: 3 és 15×2 mg, 3 és 15×10 mg, 5×50 mg, 3×150 mg

TABLETTA: 20×1 mg, 20×3 mg, 20×12 mg

FŐBB JAVALLATAI: Beri-beri, különféle eredetű neuritisek, polyneuritis, neuralgiák, ischias, migraine, herpes zoster, diabetes mellitus, hyperemsiis, myocardialis elváltozások, nephritis, ulcus étrend, gyomor- és bélrák



GRANULOCITOGEN SPECIFICUM

AGRANULOCYTOSISBAN

»CERTA« GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R. T. BUDAPEST

KÖNYVISMERTETÉS

Röntgen-rétegvizsgálatok. Irta: *Erdélyi Mihály dr.* (Kir. Magy. Egy. Nyomda 1944. 106 oldal, számos eredeti ábrával és röntgenfelvétellel.)

A rétegvétel az utolsó két évtized legnagyobb vívmánya, amely a röntgenkórismezés terén nagy haladást jelent. Alkalmazási területe még nincs lezárva, a vele elérhető eredmények még tisztázatlanok, úgyhogy a továbbkutatásnak tág tere nyílik. Egyéni tapasztalata még csak nagyon kevés röntgenológusnak van vele, mert a készülékek magas ára miatt alig egy-két intézet tudta beszerezni. Ezért üdvözljük nagy örömmel a szerző monográfiáját, amelyben más szerzők mellett, főleg saját eredményeit ismerteti, amelyeket a *Bakay*-klinika gazdag anyagán elsősorban sebészi vonatkozásban ért el.

A történelmi, fizikai és technikai kérdések ismertetése után a tüdők rétegbázisával foglalkozik. Ki kell emelnünk a Götthe professzorral végzett gyermekhúls vizsgálatait, amelyek a mirigymegnagyobbodások feltüntetése és azoknak a tracheán és bronchusokon okozott elváltozásainak kimutatására irányultak. Ezután a hörgőtágulatok, tüdőcavernák, tüdőtályogok és tüdődagályok rétegvételét ismerteti és rámutat egy-egy észlelés kapcsán az eljárás nagy előnyeire. Majd a gége rétegvizsgálatával foglalkozik, ahol az eljárás az eddigi módszerekkel szemben ugyancsak nagy eredményekkel kecsegtet. A csonttörésekről szólva kimutatja, hogy ezen a területen is milyen sok finom részlettel gazdagította a kórismézést ez az eljárás, holott eddig azt hittük, hogy ezen a téren már minden lehetőséget kimerítettek. Nagyon érdekes az ízület végék kóros elváltozásainak rétegvizsgálata is, mert eddig itt is ugyanazok a kórismezési nehézségek állottak fenn, mint a tüdőcavernáknál és a központi fekvésű elváltozások tekintélyes része rejtve maradt a többszörös felvételek ellenére is.

Még az orrmelléküregek és a sziklacsont kórismezésében is hozott újabb eredményeket az új eljárás. Az agydaganatok terén sikerült a szerzőknek olyan daganatokat is kimutatni ezzel az eljárással, amelyek nem tartalmaztak meszet, tehát a rendes felvétel számára nem voltak hozzáférhetőek. Az encephalo- és ventriculographiában nagy előnye az eljárásnak, hogy kevés kontrasztanyag esetén is sikerül az agykamrák alakja és helyzete eltéréseiről tájékozódást nyerni és a sokszor zavaró homloköbölárnyékot kikapcsolni. Csúspontja az eljárásnak a foramina inter-ventricularia kóros elváltozásainak kifogástalan ábrázolása. A koponyaüregek belülről elhelyezkedő idegen testek helyzete pontosan megállapítható vele. Eredményesen alkalmazható az eljárás a vese és húgyhólyag röntgenvizsgálatában is.

Mint ebből az összefoglalásból kitűnik, a könyv nélkülözhetetlen a szakorvos számára. A klinikus és gyakorlóorvos tömör tájékoztatást kap belőle az eljárás alkalmazási területe és a várható eredmények felől.

A monográfiához *Bakay* professzor, a sebészet és röntgenológia kapcsolatának legszakavatottabb ismerője, írt gondolatokban gazdag előszót.

Elsőrangú kiállítása és a röntgenfelvételek kifogástalan volta az Egyetemi Nyomda érdeme.

Dr. Jakob Mihály

Teljes szemézetű felszerelés és pantostat, diathermia, mikroszkop eladó. Bővebb értesítést ad: *Beniczky* gyógyszerész, Eger.

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

Lalkus propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra

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

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, pyoderma, excoriatio, impetigó, dyshydrosis, furunkulosis, sycosis, folliculitis, hydradenitis, renyhénygyulladás és gyulladós sebek, alszárfekélyek, égés, fagyás- és minden fertőzött friss sérülés.

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

SEDYLETTA

tabletta 30x0.015 gr

Általános hatású, psychikus megnyugtató, kitűnő spasmolitikum

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

Podmaniczky-gyógyszertár Budapest, VI.

Egy érdekes jubileum.

A német orvosi lapok nagyrésze ünnepi köntösben ünnepel egy négygyermekes család-anyát, az erfurti nőgyógyászati kórház igazgató-főorvosának feleségét, a gyermekorvos *Kayser Konrádnét*, leánynevén *Schubert Mária Elzát*. Egészségügyi intézmények vezetői, gyermek- és szülészeti klinikák igazgatói, gyermek-kórházi főorvosok, bábaszervezetek, stb. köszöntik ezt az érdekes asszonyt és mindnyájan hangsúlyozzák, hogy a német csecsemők és anyák ezrei áldják tevékenységét.

Mit csinált ez a most annyira ünnepeelt orvosnő?

Megszervezte ezelőtt 25 évvel az első »Anyatejgyűjtő állomást« és ezzel a csecsemők megmentésének valósággal új útját jelölte meg.

Azt minden orvos, sőt minden szülő igen jól tudja, hogy a csecsemő akkor fejlődik legjobban, ha anyatej a tápláléka. Csakhogy a sors nem minden anyának adta meg azt az örömet, hogy maga szoptathassa csecsemőjét. Már pedig anyatej nélkül a csecsemő élete soha sincsen biztonságban, amit már az a pusztá tény is bizonyít, hogy a mesterségesen táplált csecsemők közül *legalább hétszer annyi hal meg* az első év folyamán, mint az anyatejjel tápláltak közül. Hiába volt az orvostudomány minden tiszteletreméltó erőfeszítése, az anyatejet pótolni nem tudtuk, s nem tudjuk pótolni ma sem és igen valószínű, hogy nem fogjuk pótolni tudni a jövőben sem. Az anyatej egy olyan »*biológiai folyadék*«, mely még sok olyan ismeretlen anyagot tartalmaz, melyről nekünk egyelőre fogalmunk sincsen.

Érthető tehát, hogy az orvosok mindent elkövettek, hogy akkor is juttassanak anyatejet a rászoruló csecsemőknek, ha már édesanyjuk nem tudta ezt megadni nekik. Így alakult ki a *dajka rendszer*. Azok, akik a gyermekorvosi gyakorlatban élnek, jól tudják, hogy a dajka-rendszer szükséges rossz, melyhez azonban ragaszkodni kell, amíg jobbat nem tudunk helyette nyújtani. Ma még egy csecsemőosztály sem lehet el dajka nélkül, mert a beteg csecsemők legtöbbször csak anyatejjel menthető meg. De szükség van a dajkára a családokban is, ahol a sok mesterségesen táplált csecsemő nem nélkülözheti az anyatej gyógyító hatását. A dajkarendszer azonban *antiszociális intézmény*, mert a dajkák rendszerint leányanyák, akik valahol meg akarnak húzódni, mivel a társadalom kiteszítja őket magából és ezt a kényszerhelyzetüket használjuk ki voltaképpen, amikor életmentő anyatejüket más csecsemőknek adjuk. A magánéletben pedig rendszerint csak az szerezhethet dajkát, akinek elég pénze van hozzá, hogy megfizesse. A dajkák természetesen nem a társadalom legelső rétegeiből kerülnek ki, úgy, hogy a dajka fogalma előttünk, gyermekorvosok előtt bizonyos fokig egybefolyik a megbízhatatlanság, a zsarolás és

egyéb jellembeli hibák fogalmával. Emellett újabb ezeknek az elesett leányanyáknak a száma is egyre jobban csökken. A teherbe esett szobalányok és munkásnők ma már inkább elhajtatták leendő gyermekeiket, mintsem a társadalom kiteszítottjai legyenek. Ez különösen a nyugati államokban feltűnő, úgy, hogy pl. *Keller* a giesseni gyermekklinika igazgatója 1940-ben egy kongresszuson kijelentette, hogy klinikájára 2 év óta nem sikerült egyetlen egy dajkát sem szereznie. *A dajkákérdés tehát krízisbe jutott*. Jól látta ezt az élesszemű és melegszívű *Kayserné* is, *ő azonban cselekedett!* Elsősorban is a tisztességes család-anyákhoz fordult és azok fölösleges tejét igyekezett megszerezni az arra szoruló csecsemőknek, mert az volt a szándéka, hogy beszervez minden anyát, bármilyen társadalmi osztályhoz tartozzék is, hogy felesleges tejét rendelkezésre bocsássa. *Kayserné* mint gyakorló gyermekorvos (később gyakorlatával teljesen felhagyott és csak kedvenc intézményének szentelte munkásságát) rájött arra, hogy *sokkal több felesleges anyatej megy veszendőbe, mint azt gondolnók*, amiben teljesen igaza is van.

Az a szokás, hogy egyes anyák fölösleges anyatejüket szívességéből vagy pénzért mások rendelkezésére bocsássák, már bizonyos fokig régóta kialakult az egész világon, így nálunk is, azonban *teljesen rendszertelenül*. A legnagyobb nehézség az, hogy az anyatejet a csecsemők nyersen fogyasztják, tehát lefejezés után lehetőleg minél gyorsabban el kell juttatni a csecsemőhöz, mert megromlik. *Kayserné* látta, hogy ezen az úton nem lehet haladni, itt csak egy megoldás van: *az anyatej conserválása*, hogy hosszabb ideig is elállhasson és a fölösleg csak akkor kerüljön használatba, amikor arra tényleg szükség van. *Kayserné* tehát összegyűjtötte az anyatejet, *felforraltta* (100 C°-ra 5–8 percig), majd steril üvegekbe téve légmentesen ledugaszolta és jégszekrénybe tette. Mindezt a legnagyobb gonddal végezte el. Később már »anyatejport« is készített, hosszabb távolságra való használat céljára, így egy csecsemő 1937-ben Németországból Sanghajig utazott a *Kayserné*-féle »anyatejporral« és közben igen jól fejlődött.

Kayserné óriási érdeme, hogy az anyatejgyűjtés és conserválás minden egyes részletét *maga dolgozta ki* nagy orvosi tudással, sok gyakorlati érzékkel és meleg anyai szívvel. Tudta azt, hogy az anyák csak akkor adják oda szívesen felesleges tejüket, ha az nem jár számukra különösebb fáradsággal és megfelelően meg is fizetik az árát. Ezért megfelelő üvegekkel látta el őket, megfelelő tejszívoikat küldött nekik, a tejet naponta kétszer *elhozatta* tőlük és az így összegyűjtött anyatejet maga ellenőrizte (közben gondja volt arra is, hogy a tejet adó anyák és csecsemők egészségesek legyenek, tehát azokat is állandó ellenőrzés alatt tartotta). Az összegyűjtött anyatejet az általa

kidolgozott egyszerű, de jól bevált módszerekkel gondosan ellenőrizte, hogy nincs-e *hamisítva* tehéntejjel, nincs-e *higítva*, nem túlságosan *szennyezett-e* (miért is úgy a tej baktériumtartalmát, mint savanyúságát állandóan ellenőrizte). Forralás után ugyancsak megvizsgálta a tej csiratartalmát és csak azután tette el.

Az első anyatejgyűjtő állomást 1919 május hó 19-én nyitotta meg *Magdeburgban*, majd 1925-ben *Erfurtba* tette át működését, miután férjét az ottani nőgyógyászati kórház vezetőjévé nevezték ki. Erfurtban az anyatejgyűjtő állomást a nőgyógyászati kórházzal kapcsolatban állította fel, férjétől azonban csak ingyen helyiségeket kapott. Az első anyatejes üvegeket egy önként vállalkozó ápolónő szedte össze, akinek csak egy aktatáskája volt és villanyoson járt. Később már kerékpáros küldönre is telt, sőt ma már hűtökocsivá átalakított kis teherautó szedi össze a városból az anyatejet. *Mindezt a saját erejéből, minden támogatás nélkül érte el és Németországban ma is minden anyatejgyűjtő állomás önmaga tartja el magát!* Közben állandóan fejlődött a kis állomás, nőttek a gyakorlati tapasztalatok, úgy, hogy ma már az *»erfurti minta«* világhírű lett és egész Németországban az *»erfurti minta«* szerint állítják fel az újabb állomásokat.

Amikor *Kayserné* a tudományos világnak is hírül adta munkássága eredményeit, eleinte igen nagy ellenszenv fogadta. A harmincas években alig volt gyermekorvos-kongresszus Németországban, amelyiken valaki fel nem állt volna és be nem bizonyította volna, hogy a forralt anyatej nem egyenértékű a nyers anyatejjel. Erre *Kayserné* szerényen mindég azt kérdezte:

— És ha nincs nyers anyatej, akkor mi jobb, a forralt anyatej, vagy a forralt tehéntej?

Erre rendszerint csend lett. Különösen hevesen támadta őt egy igen tehetséges és szorgalmas gyermekgyógyász professzor, aki egész cikksorozatban bizonyította be, hogy a nyers anyatej mennyivel jobb, mint a forralt (amit egyébként soha senki sem tagadott) s amikor az illető professzor egyszer megint nagyon megtámadta *Kayserné*t, az csendesen elővette noteszét és felolvasta, hogy az illető professzor klinikája hányszor kért tőle sürgősen forralt anyatejet, és hányszor küldte el őt azt repülőgépen.

Mint minden kérdésre, úgy erre is az *idő adta meg a döntő választ*. Egymás után nyíltak meg Németországban az anyatejgyűjtő állomások, mindenütt az *»erfurti minta«* szerint és ma már 25 német városban működik *Kayserné intézménye*. Berlinben magában 2 állomás is van. Hogy ezek az intézmények milyen eredményesen működnek, arról a mostani jubileumot megelőzően is már sok közlemény számolt be.

Kayserné tehát elérte azt, hogy munkásságának 25. éves évfordulóján az egész német orvostársadalom ünnepli őt és amint egyik ün-

neplője, a müncheni *Eymer* professzor írja: »Tulzás nélkül mondhatjuk, hogy *Kayserné* munkássága számtalan koraszülöttet és beteg csecsemőt mentett meg a német népnek.«

Van azonban ennek a jubileumnak *tanul-sága* is, amit sürgősen le kell vonni. Mi *Kayserné* munkásságát már évek óta igen nagy figyelemmel kísértük, mert szilárdan meg voltunk győződve arról, hogy az az út, amelyen elindult, óriási jelentőségű, s ha most az ünneplők között a bécsi *Reuss* professzor arról számol be, hogy a bécsi anyatejgyűjtő állomás havonta 1700 liter anyatejet oszt szét az arra rászorulóknak, akkor fájdalmasan kérdezzük — mikor mondhatjuk el mi is ezt?

Szerintünk az anyatejgyűjtő állomások megszervezésének nálunk sincs semmi akadály. *Budapesten* a megoldás szinte magától adódik: a Székesfővárosi Anya és Csecsemővédő Intézet kitűnő védőnői, a jól működő csecsemőotthonok, a népszerű csecsemővédő tanácsadásokon keresztül meg van a lehetőség az anyatejgyűjtő állomás megszervezésére. Anyatejgyűjtő állomásokra azonban *vidéken* is szükség van, amit saját 7 éves vidéki klinikai tapasztalataink alapján is állíthatunk, de ezt bizonyítják a németországi kis városok anyatejgyűjtő állomásai is (Magdeburg, Würzburg, Heidelberg, Gleiwitz, Zwickau, stb.). Azt hisszük, hogy vidéki gyermekklinikák, vagy gyermekkórházak a csecsemővédő szervekkel kapcsolatban ezt a kérdést szintén meg tudják oldani. *Kayserné jubileumán mi magyarok akkor fogunk igazán résztvenni, ha majd nálunk is megnyílnak az áldásos anyatejgyűjtő állomások, természetesen az »erfurti minta«* szerint.

Göttche Oszkár
egy. c. rk. tanár,
a Fehérkereszt kórház főorvosa.

MAGYARY KOSSA GYULA *)

(1865—1944.)

Halálával ismét egy kapocs szakadt el, mely a békeévek Magyarországot az ifjú Magyarországgal kapcsolta egybe. Neve fogalommal lett és az orvostudomány elméleti szakjainak azon kevés képviselői közé tartozott, akinek munkássága nemcsak a szakkörökben, hanem a külföld tudományos köreiben volt ismert, hanem hazája laikus közönsége is ismerte. Az orvostudomány történetének újkori pionirjai közé tartozott aki már negyedéves mődikus kora óta foglalkozott e tárggyal. Munkássága Linzbauer munkájába kapcsolódott bele, s Linzbauerhez hasonlóan, levéltári kutatások hosszadalmas, nehéz útjáról hozott gazdag eredményeivel egészítette ki vagy

* Rövid megemlékezésünk után is szívesen közöljük a hú tanítvány emlékeztetését mesteréről.

helyesbítette a magyar ugar gyér adatait. Oknyomozó kritikával boncolta az idézett szerzők forrásait, mutatott rá összefüggésekre, fedett fel új tényeket. A magyar orvostudomány történetének nem volt olyan ága, melyhez szellemesen, európai vagy világkeretben, rendkívüli olvasottság alapján és mindenkor fájának és hazájának szeretetétől mélyen áthatva, ne szólt volna hozzá. Tematikája roppant gazdag: régi idők orvosainak élete, a régiékek orvosképzése, a hazai járványok története, orvosi könyvészet, a régi magyar bonctani és betegségnevek, a magyar királyné vize. Szent Margit asszony öve, stb. stb. a főbb állomásai munkásságának. 1904-ben jelent meg állatorvosi könyvészte és 1929—1940 között Magyar Orvosi Emlékek c. művének négy kötete, Wessprémi Succinctája mellett a magyar orvostudomány történetének kimeríthetetlen forrásai. 1939 óta, amidőn az Országos Levéltár lépcsőjén elesésűva, karját törte, mindinkább érezte a molesta senectust, otthonából egyre ritkábban mozdult ki, élete utolsó éveit 10.000 kötetes szakkönyvtárában, Mozartot és Beethovent zongoráztatva, nagyon szeretett felesége (Sassy Marika, ki léppen egy éve halt meg) és Gyula nevű orvos fia körében csendben töltötte, miközben, mint műve negyedik kötetének előszavában írta, minden elmélkedését arrafelé irányította, hol a tökéletes béke és a zavartalan megnyugvás végtelensége következik. Művét Wessprémi utolsó szavaival bocsátotta útjára: »Sat prata bibere«.

Emlékét szeretettel és kegyelettel örökre megőrizzük!

Nagyértékű könyvtárának és arckép-fénykép- és metszetgyűjteményének nagy része tudomásunk szerint a budapesti orvosi kar birtokába jutott.

diósadi Elekes György.

Megjegyzés Tóth Z. »Védőszemüveget katonáinknak az aknasérülések ellen« c. felhívására.

(O. H. 27. sz.)

Tóth Zoltán elmulasztotta átnézni a vonatkozó hazai irodalmat, mely tökéletesen felöleli az általa tárgyaltakat. (L. »Szemészet« legutóbbi számát! 1943 december, új sorozat, VI. kötet, 1—2. sz., negyedik oldal, első bekezdéstől ötödik oldal első bekezdéséig.) Ezen megjegyzésem igazolásául szolgál azok számára, akik hadiszolgálatot teljesítve, mindjárt a háború elején felismertük volt a telepített aknáknak a szemre különösen veszélyes voltát. Ennek nyomán a honvédség illetékes tényszói foglalkoznak a szóban forgó problémával.

Fésüs Andor dr.,
kórh. szemész-főorvos.



GYÓGYSZER KÜLÖNLEGESSÉGEK.



Aurocard

LIQUIDUM

Perorálisan adagolható Myokardium és cardiotrop növényi kivonatokkal tartalmazó kardiotónikum.



Coffea Königsfeld

PULVIS

Physiologikailag actív hatóanyagokat tartalmazó szénkészítmény. Mint szén adsorbeál, antibactericid hatás, redukáló hatás, deszenzibilizál, desinfectiál.



Echinacin

INJEKCIÓ ÉS LIQUIDUM

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



Hamamelon

KENŐCS

Növényi vitaminokat és sebhatóanyagokat tartalmazó készítmény. Regenerál, desinfectiál, adstringál és vitalisál.

MINTÁVAL, IRODALOMMAL KÉSZSÉGGEL SZOLGÁL!



SZILÁGYI

gyógyszervegyészeti laboratórium

BUDAPEST, II. ERŐD-U. 11.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift 25—26. szám. *Hundemer W.*: A merev térdizület vértelen mobilissatiója narkózisban. — *Stumpffegger L.*: Háborús izületi sérülések utáni plastika. — *Kreglinger G.*: A gerincoszlop sérüléseinek és betegségeinek kezelése. — *Falk P.*: A nyaki csigolyák spondylitis deformansra. — *Grosz H. és Fünfgeld E.*: Trigemínusneuralgia kezelése. — *Brandt H.*: A máj-lép ábrázolása röntgenképen kontrastanyag befeeszkendezésével. — *Penew L.*: Különböző kenyér és sütemény mikroszkopos szerkezete és azok jelentősége az emésztésre. — *Haffner*: Walter Straub.

Wiener Klinische Wochenschrift 23—24. sz. *Auersperg A.*: Neuromuscularis betegségek és kezeléseik. — *Bernhardt F.*: Abortus immirens kezelése. *Loeckle W.*: Anaemia pseudoleucaemia infantum 19 éves leányon. — *Regnier E.*: Tűnő gócsárnyék a tüdőben. — *Satler A.*: Phrenikusműtét javallata kavernás tüdőphthísis kezelésére. — *Siedek H.*: Vérkeringés zavara kiütéses tífuszban.

A frontátvonulások áttekintése 1944. március második feléről. Március hónap második fele is rendkívül gazdag volt frontátvonulásokban és csak a hónap legutolsó napja hozott frontális szempontból némi megnyugvást. Átvonult összesen 42 betörési és 7 felsiklási front. A frontok fejlettsége feltűnően nagy; a betörési frontokból 13 esik az erős, 23 a mérsékelt és csak 6 a gyenge fejlettségű csoportba. A felsiklási frontokból 1 erős, 6 mérsékelt fejlettségű volt. A budapesti frontátvonulások részletes történetéből kiemelendő mindenekelőtt a betörési frontok nagy halmozódása 17-én, 19-én, 20-án, 22—23-án és 30-án. Mint kivételes ritkaság említendő 4 erős betörési front halmozódása március 20-án délután: 4 órán belül lépett fel ez a 4 erősen fejlett front. *Aujeszký dr.*

FELELŐS KIADÓ: VAMOSSY ZOLTÁN

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

PHYLAXIA

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

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

NEUROLYSIN

bakterium lysatum neuralgia
és neuritisek gyógyítására

POLYSAN

a szervezet védekező erejének
fokozására

KOLERA vaccina

TIFUSZ vaccina

TETRA vaccina

(az utóbbi tifusz, paratifusz
és kolera elleni védőoltáshoz)

Pervitin

1-phenyl-2-methylaminopropan-hydrochlorid

Centrális analeptikum tartós hatással a vérkeringésre

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

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

ORVOSI HETILAP

MEGJELENIK MINDEN HÉTEN

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

TARTALOM:

- | | |
|--|--|
| Doby Tibor: A mellékvesekéreg hormon hatásmódja histaminshocban. (351—352. oldal.) | Pöldy László: Ujszülöttkori tetanus szokatlan szövőd-ménnyel. (358. oldal.) |
| Kopasz Ernő: A vér és a csontvelőbeli cytologiai változások agonia alatt. (353—356. oldal.) | Irodalmi szemle. (358. oldal.) |
| Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (57—60. oldal.) | Könyvismertetés. (359. oldal.) |
| | Tóth Zoltán: Válaszom Fésüs Andornak. (360. oldal.) |
| | Larszemle. — Vegyes hírek. (360. oldal.) |



vérkeringési gyengeségnél

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

Liquidum ered. csom. 10 g-mal P 4'09; Felár P -'37*)

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

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

*) A Székesfehérvári Alkalmazottak Segítőalapja terhére főorvosi engedéllyel rendelhető.

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

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

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

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

A budapesti II. sz. Belklinika közleménye. (Igazgató Boros József egyet. ny. r. tanár.)

A mellékvesekéreg hormon hatásmódja histaminshocban. *)

Irta: Doby Tibor dr.

Már régebben feltűnt némelyeknek, hogy a shock és a mellékvesekéreg (mvk) elégtelenségének számos tünete hasonlít egymásra. Először Harrop és Weinstein, majd Swingle hívták fel erre a figyelmet, később sokan mások is. Klinikai sikerek támogatták ezt a feltevést. Tudniillik a mvk hormonnal számos olyan állapotban értek el figyelemreméltó eredményt, amelyek végeredményben shockot okoznak (anaphylaxiás, traumás, postoperatív shock, peritonitis, fertőző betegségek, elégés stb.). Ilyen esetekben a mellékvesékben kórszöveti elváltozásokat lehet találni. A különféle eredetű shockok előidézésében úgy látszik, a histaminnak fontos szerepe van. A histamin és mvk közötti antagonizmust is többen hangsúlyozták, ezért nem látszott érdektelenség, ha histaminshocban megvizsgálom a mvk elégtelenségének két fontos tünetét, tudniillik az izomelfáradást és a vér besűrűsödését, és figyelem e két elváltozásnak kéreghormonnal való befolyásolhatóságát.

A kísérletekhez 200—400 g-os him tengerimalacokat használtam. A vörösvérsejtszámot a kísérlet előtt meghatároztam. A kísérlet előtt közvetlenül a vena jugularisba testsúly kg-onként 10 mg, a farizomzatba pedig testsúly kg-onként 20 mg vízben oldható szintetikus desoxycorticosteronacetat-ot (Percorten Ciba) fecskendeztem. Közvetlenül ezután testsúly kg-onként 1.5 mg histamint kaptak az állatok bőr alá. A kontroll állatok csak histamint kaptak. Percortent nem. Huszonöt perccel a histamin befecskendezése után újra meghatároztam a vörösvérsejtszámot és azonnal ezután (tehát harminc perccel a histamin-adás után) a szabaddá tett gastrocnemiust, amelyet regisztrálás céljából kymograph-fal kötöttem össze, aetheres altatásban percenként kilencevszer inductiós árammal izgattam. Három perces

tartós izgatás után húszszor egy percig izgattam a gastrocnemiust és közben 1/2—1/2 perces szüneteket tartottam. (Hasonló a mvk kéreg elégtelensége okának meghatározására kidolgozott Everse—Fremery-féle eljárás. Az alább bemutatott görbék nem mutatják az első három perces rángás-sorozatot, mert ezalatt az idő alatt a görbében változás nem áll be.)

Az izom rángásai mindig kisebbé lettek és egy idő (kb. 20 perc) múlva az izmot alig, vagy egyáltalában nem lehet ingerelni. Hasonlót észleltem még öt más állaton.

A Percortennel kezelt állatok görbéi viszont egészen mások.

Itt az izomösszehúzódások, bár kezdetben kisebbé válnak, azonban a kezdeti kilengések csupán kb. a felére csökkennek. A legkisebb kilengések kb. 10 perc múlva észlelhetők, azután lassan újra nagyobbá válnak és a kísérlet 15—20. percében újra elérik az eredeti rángás nagyságát. Mind a hat kísérleti állat rángás-görbéje hasonló volt.

Az első és a kísérlet lefolyása alatt tapasztalt legkisebb kilengés hányadosa középtékben a Percortennel kezelt állatok csoportjában 2.3 volt, míg az előkezeletlen csoportban 4.0. Bár a kezdeti kilengések nagysága individualisan igen különböző, úgy tűnik fel nekem, mintha azok a percortenezett állatokban mégis általában nagyobbak volnának, mint a Percortennel nem kezeltekben.

Táblázat.

A vörösvérsejt változása histaminshocban.

VVs millióban Percorten előkezeléssel			Vvs millióban Percorten előkezelés nélkül		
Histamin előtt	után	változás % -ban	Histamin előtt	után	változás % -ban
4,14	4,40	+ 6	4,44	6,68	+50
4,13	4,47	+ 8	4,54	5,60	+23
4,14	4,20	+ 1	4,26	5,07	+19
4,43	4,50	+ 2	4,35	5,38	+24
5,08	5,44	+ 7	4,31	5,50	+27
5,50	5,63	+ 13	4,13	4,86	+18
4,49	4,77	+6.3	4,34	5,51	+27

Az előzetesen Percortennel kezelt állatok vörösvérsejtszáma (ami a vér besűrűsödés indicatora) histamin után alig nő, míg a nem kezelt állatokban tetemesen megnövekedik. Ez

*) A berlini II. sz. belklinikán (igazgató prof. dr. G. von Bergmann) végzett kísérletek alapján készült dolgozat.

azt jelenti, hogy míg az utóbbiakban a vérsűrűsödés tetemes, az előbbieken alig észrevehető. Ebből következik, hogy a histamin által okozott permeabilitási zavart és a vérpályából való plasmakülépést mvk hormonnal meg lehet előzni.

Általános felfogás szerint a shock fő tünetei: a praecapillaris erek tonusának esőknése, a vérpályából a szövetek felé irányuló plasmakülépés, Na veszteség, K és MN felszaporodása a vérben, amely jelenségekhez még mások is járulnak, mint az izmok tonuscsökkenése és gyors kifáradása, tejsav felszaporodása a működő izomzatban, cselekvési tunyaság stb. Mindezek a jelenségek, a mvk elégtelenségében is fellelhetők. Ezért gondolni lehet arra, hogy a histamin shock és hasonló tünetcsoportok, amelyeket Eppinger »protoplasmatikus collapsus« kifejezéssel foglalt össze, nagyrészt mvk hormon hiányából adódnak, a reflektorikus vagy vasomotoros collapsus formákkal ellentétben, amelyekben az említett tünetek legtöbbje nem látható és amelyekben csupán mechanicus-dynamicus incongruentia áll fent a vérpálya és a benne lévő vér között. (Az »erethicus shock« valószínűleg ez utóbbi csoportba tartozik és a vasomotoros collapsusnak pontosan az ellentéte.) Mindenesetre figyelemreméltó, hogy hosszú ideig tartó idegrendszeri-dynamikus collapsus mellékvese-bántalmat okozhat (Beiglböck) és ezáltal átmehet »chemiai shock«-ba.

Bergmann hangsúlyozza, hogy a chemiai és vegetatív idegrendszeri shock-, illetve collapsus-alakokat nehéz egymástól elkülöníteni. Minthogy azonban az egyik összetevő rendszeren túlsúlyban van, a gyógyítás szempontjából fontos, melyik tényező, a chemiai vagy a dynamikai uralkodik-e a képen.

Már most, hogy a histamin a mvk hormont chemiailag támadja-e, a mellékvesékből való kiürülést gátolja-e vagy pedig magát a mellékvesét bántalmazza még kérdéses. Az említett első feltevés mellett szól, hogy a mvk elégtelenség tünetei kísérleti állatokban csak a mellékvesék kiirtása utáni negyedik napon jelentkeznek (Verzár), míg histamin-shockban már a histamin-adás után fél órával. Emellett szólnak Wilson kísérletei is, aki mellékveséjüktől megfosztott állatok magasabb vérhistamin-szintjét mvk hormonnal csökkenteni tudta. Ha a shockban a hajszálerek áteresztő képessége kórosan megnövekedett, természetesen a mellékvesék strukturája is kórosan megváltozhatik.

Az előbbieknél alapján talán fel lehet tenni azt a kérdést, hogy a histamin-shock következményei, minthogy tünetei nagyon hasonlítanak a mvk kiesési tüneteihez és a shock-tünetek nagy részét a mvk hormonnal, tehát a phosphorylálás hormonjával (Verzár) el lehet kerülni, tulajdonképpen nem a phosphorylálás zavarát jelentik-e.

A haránt csíktal izomzat gyors kifáradása

jelentősen csökkenti a légzőizmok teljesítményét, ami viszont a keringés szempontjából nagyfontosságú. De összefüggésben van az izomtonussal is, amelynek fontos szerepét a vérnek szív felé továbbításában újabban különösen hangsúlyozzák. (Eppinger, Henderson.) Ha azonban előbbi feltevéseink szerint általános phosphorylálási zavarról van szó, akkor az egész izomrendszernek, tehát a sima izomzatnak és a szívizomzatnak a teljesítő képességében is észrevehetővé kell válnia e zavaroknak. A sima izomzat szerepére (praecapillaris erek sima izomzata) utalnak Thaddea kísérletei, aki kimutatta, hogy az intravenás histaminra következő vérnyomáscsökkenést hormonnal meg lehet előzni, adrenalinval viszont nem. A szív teljesítőképességének csökkenését shockban Bergmann különösen hangsúlyozta, és ezért a shock-terápiával peripheriás keringési szerek alkalmazása mellett a digitalis-csoport tagjainak használatát is ajánlja. Meg kell említeni ez összefüggésben, hogy a szövetekben csökkent oxydatio következtében histamin keletkezik, ami a shockban circulus vitiosusra vezethet, a digitalis viszont fokozza a szövetekben az oxydatiós folyamatokat. Mindenesetre a szív, mint olyan szerv, amely izomból áll, kell, hogy az általános izomanyagcsere-zavart szintén megérezze. Cornil és munkatársai histamin-shockban jelentős ekg. elváltozásokat láttak. Rauscher pedig kimutatta, hogy izolált békaszívek működését mvk hormonnal fokozni lehet. Ezt az észleletét Galli is megerősítette. Az izolált békaszív mvk hormon ellátás nélküli szívet jelent, tehát ilyen szempontból a shock szívre emlékeztet. Bárhogy van is a szív szerepét a shockban nem szabad lebecsülni. (E kérdés tanulmányozása folyamatban van a klinikán.)

Az említettekől látható, hogy a shockban a vérkeringés egész functionalis egysége: az erek tonusa, a harántcsíktal izmok tonusa, a légzőizmok teljesítőképesége és a szív működés súlyosan bántalmaztatott.

Összefoglalás: 1. A histamin-shockban létrejövő izomkifáradást mvk hormonnal majdnem teljes mértékben sikerül elkerülni.

2. A shock alatti vérsűrűsödést mvk hormonnal meg lehet előzni. A mvk hormon megóvja a kapillarisokat a shock alatt különben létrejövő permeabilitási zavartól.

3. A haemodynamikai collapsussal ellentétben a histamin-shockot és hasonló tünetcsoportokat részben mint mvk hormon kiesést lehet felfogni. A heveny histamin-shock következményeit mvk hormonnal jól meg lehet előzni.

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

A szegedi Belgyógyászati Diagnosztikai Klinika közleménye.

A vér és a csontvelőbeli cytologiai változások agónia alatt.

Irta: *Kopasz Ernő* dr. egyet. tanársegéd.

Lossen gyermekek vérvizsgálati eredményét összehasonlította a boncolás csontvelőleletével és azt találta, hogy igen sok beteg agonalis szövödmények következtében hal meg, melyek teljesen megzavarják az eredeti vérképet. *Arneht* és *Schilling* a fehérvérsejtek agonalis kiűzését tapasztalták. *Bantz* 15 esetben vizsgálta a vérképet a halál előtti utolsó napon és a halál után összehasonlította a csontvelő sejtes összetételével.

Először tulajdonképpen *Schilling*, majd *Yammamoto* mutatott rá arra, hogy az élőben végzett csontvelővizsgálat és a boncolati lelet között nagy különbség tapasztalható. Hasonlót állapítottak meg *Dameshek*, *Markoff* és *Norden* is. E téren azonban a legjelentősebb munkát *Rohr* és *Hafter* végezték: kimutatták, hogy a csontvelő élőbeli és boncoláskori képe teljesen eltérő és az utóbbiból az élő viszonyokra visszakövetkeztetni nem lehet. Jeanneret azonban a csontvelő halál utáni vizsgálatát is szükségesnek tartja, mert ily módon számos csontvelővel kapcsolatos probléma tisztázható.

Csupán *Rohr* és *Hafter*, valamint *Markoff*-nál találunk utalást arra, hogy néhány beteg csontvelőjét az agónia alatt is rendszeresen sorozatosan vizsgálták, azonban csak a fehérvérsejtek viselkedésére nézve. Ezért vizsgálatainkban igyekeztünk kideríteni, hogy az eszméletvesztéstől a halálig milyen elváltozások tapasztalhatók cytologiaiilag a vérben és a csontvelőben. Vizsgálatainkat 16 betegen hajtottuk végre.

A vizsgált betegek kórbonctanilag megerősített kóriméi:

1. 41 é. aortitis luetica, arteriosclerosis gravis aortae, hypostasis pulm.
2. 56 é. endocarditis, pyelonephritis supp., absc. renis sin.
3. 75 é. atrophia et arterioscl. univ. pneumonia.
4. 50 é. nephrosclerosis, arterioscl. grav., tonsillitis absc., bronchopn. plum. l. d.
5. 47 é. glomerulonephritis diff. acuta, uraemia.
6. 20 é. glomerulonephritis acuta, tonsillitis absc. Oedema pulm. et cerebri.
7. 28 é. atrophia flava acuta hepatis. Pneumonia lob. l. dextr. med.
8. 45 é. leptomeningitis fibrosa luetica, arterioscl. bronchopn. hypostatica.
9. 45 é. carcinoma bronchi c. metast., pneumonia hypostatica.
10. 58 é. carcinoma hepatis c. metastat. embolia art. pulm.
11. 74 é. carcinoma hepatis, bronchopn. hypostat.

12. 65. é. carcinoma hepatis et vesicae fel-
leae, bronchopn. hypostat.

13. 49. é. tumor durae matris in reg. vertebr.
dors. III., embolia art. pulm.

14. 68. é. apoplexia cerebi, bronchopn. lob.
inf.

15. 74. é. apoplexia cerebi, bronchopn.
hypostat.

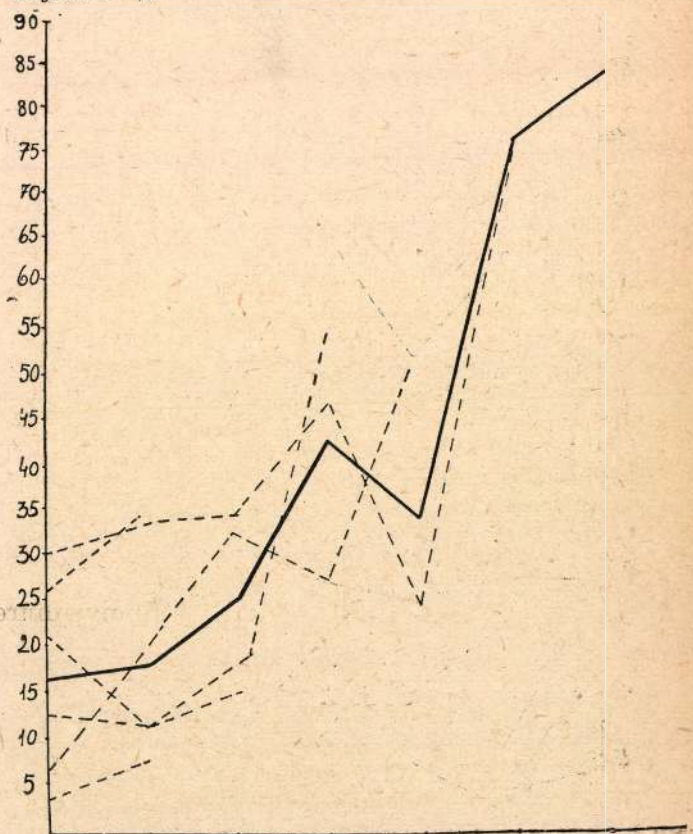
16. 51. é. apoplexia cerebi, bronchopn.
hypostat.

Tehát 16 olyan beteget vizsgáltunk meg, akik nem szenvedtek vérképzőrendszerbeli betegségben.

A vizsgálatot az eszmélet elvesztése után kezdtük és a halálig többször megismételtük. A csontvelő összetételében sorozatos vizsgálatok alkalmával 8—10 órán belül lényeges változás nem várható. Ezért 8—10 óránként végeztük a vizsgálatot, mivel pedig a haldoklás 9—53 óráig tartott, így a különböző betegeken, az agónia időtartamától függően, 2—7 alkalommal ismételtük meg a vizsgálatokat. A csontvelővel párhuzamosan a vér viselkedését is figyelemmel kísértük.

A csontvelői reticulumsejtek számát *Rohr* egészséges egyéneken 8%-nak veszi. A haláltusa kezdetén ezt, 3 eset kivételével (2, 9, 11. beteg) mindig tetemesen túlhaladták (1 graf.). Az agónia alatt a reticulumsejtek száma alapján a betegek 2 csoportba oszthatók, az egyik csoportban 5 esetben (1/a graf.) kisebb-nagyobb

Sejtszám %

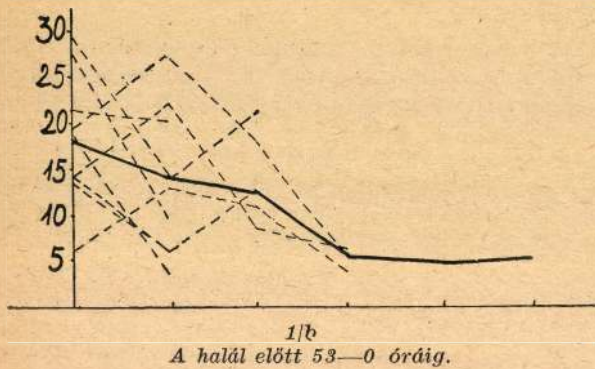


1/a
A halál előtt 53—0 óráig.

ingadozással számuk fokozatos növekedést mutat. A többi beteg esetében (1/b graf.) bár kiindulási értékük itt is a rendes felett volt, számuk általában esökkenő irányzatú, amint ezt az egyes értékek középarányosából adódó vastag vonal is mutatja.

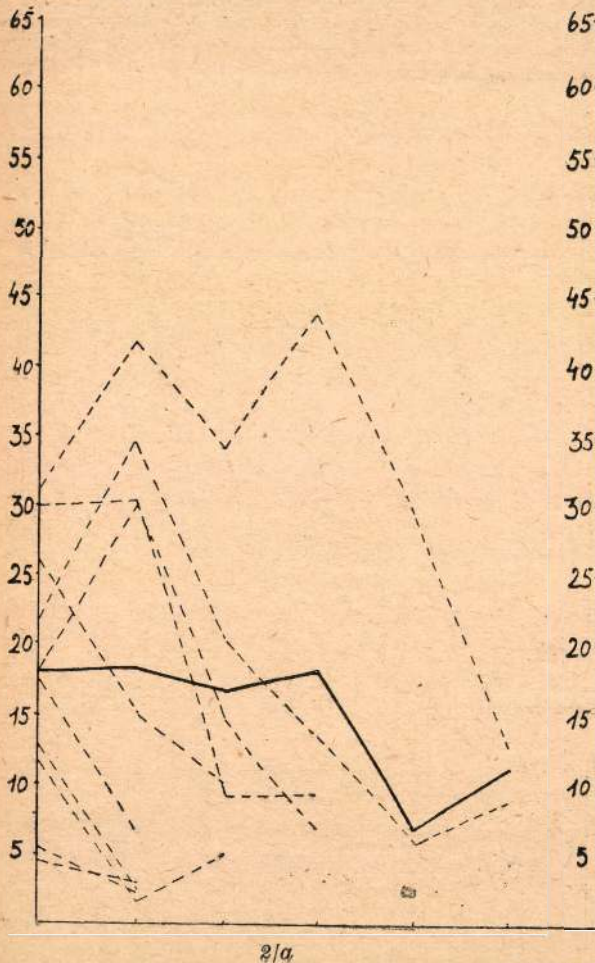
Rohr az erythroblastok számát rendszeren 30%-nak veszi. Ennél valamivel nagyobb értéket az agónia kezdetén csak 3 esetben (1, 2, 15. beteg) észleltünk, a többiek mind jóval alacsonyabb szinten mozogtak. A sejtek megoszlása szerint a betegek két csoportra oszthatók, 5

Sejtszám %



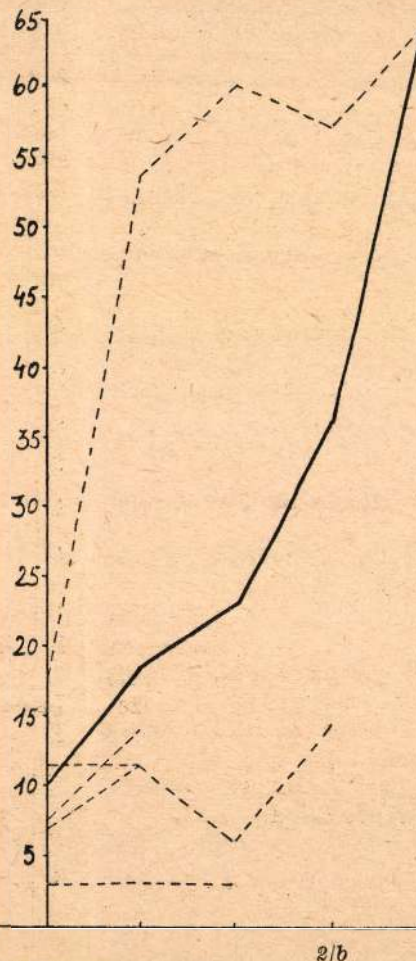
nyabb szinten mozogtak. A sejtek megoszlása szerint a betegek két csoportra oszthatók, 5

Sejtszám %



esetben számuk fokozatosan növekedett (2/b. graf.), a többiben pedig csökkent (2/a graf.) A sejtek kvalitatív megoszlását illetően a halál felé haladva, fokozatos eltolódás észlelhető az oxyphil sejtek javára, ami a vörösvértestképzőrendszer jobbratolódásának felel meg. Rohr és Hafterhez hasonlóan az erythroblastok karyorrhexisét és pyknosisát mi is észleltük. Oszló sejteket csak elenyészően kevés számban láttunk.

Rohr a myelogramm különböző érettségű myelocytáinak számát egészséges embereken 24%-nak veszi. Az agónia kezdetén csupán egy esetben (13. beteg) találtunk ennél kevésbé kisebb kezdeti értéket, a többiekben számuk mindig fölötté volt, tehát az eszméletvesztéskor már mindig a myeloid elemek határozott balratolódását találtuk. A myelogrammok további viselkedése 3 csoportra oszlik. 7 esetben láthatjuk, hogy a kezdeti nagy érték még nő, tehát a balratolódás még fokozódik (3/a graf.), 4 esetben számuk csökkent, tehát fokozatos jobbratolódást észleltünk (3/b graf.), 5 esetben számuk a kezdeti nagy értékről csökkent, tehát a myelogramm jobbra tolódott el, de közvetlenül a halál előtt ismét emelkedett, azaz a myelogramm ismét balra tolódott el. Oszló sejteket elenyészően csekély számban találtunk.



A halál előtt 53—0 óráig.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

A májműködés vizsgálata.

A májnak, a szervezet legnagyobb mirígyes szervének működését a kísérletes vizsgálatok legnagyobb részét felderítették. Mégis a gyakorlóorvosnak, sőt még a klinikusnak is számtalan nehézséggel kell megküzdenie, mikor májműködési próbákat végez s ezek eredményét értelmezni óhajtja. Az állatkísérletek és az emberben talált eredmények között fennálló ellentéteket több tényező magyarázza: 1. az állatkísérletek eredményei az emberre nem vihetők teljesen át, mert májkiirtást, Eck-sipolyt vagy egyéb beavatkozást emberen nem végezhetünk és az emberi kórtanból ismeretes betegségek kísérleti előidézése nagy nehézségbe ütközik; emberen a májszövet pusztulásakor mindig marad vissza annyi parenchyma, mely bizonyos működések elvégzésére képes; 2. a máj egyes részműködései, bár egymással összefonódnak és egymást kölcsönösen befolyásolják, nem nyújtanak biztos felvilágosítást az összműködésről, nem is szólva az anatómiai elváltozásokról; 3. a májműködési próbák eredménye legtöbbször csak a klinikai képpel hasonlítható össze és a klinikai kórisme gyakran nem nyújt kellő alapot az összehasonlításhoz.

E tényezők, bár csökkentik a próbák értékét, jogosultságukat nem teszik vitássá, mert hiszen mindhárom tényezőt bizonyos mértékben befolyásolhatjuk. Ad 1. teljes májműködéskiesés nem fordul elő és súlyos májártalomban éppen a májműködési próbák eredményéből következtethetünk a májsejtpusztulásra. Ad 2. nem elégszünk meg egy részműködésre kiterjedő próbával, hanem igyekszünk a működéskiesést több oldalról kimutatni. Ad 3. fejleszteni kell a klinikai, illetőleg anatómiai kórismézést és ennek helyességét lehetőleg boncolással kell ellenőrizni.

A máj sokoldalú működésén alapulnak az egyes vagy több részműködésre kiterjedő próbák, melyeknek alkalmazási területe a következőkben foglalható össze:

1. Az öröklött és szerzett icterus haemolytikus elkülönítése. Ezek szoros értelemben véve nem is a máj betegségei, csak a sárgaság, mint tünet révén játszanak elkülönítő kórisme szerepet. A májműködési próbák rendesen nem legesek, eltekintve néhány rendellenes vértéktől.

2. A sárgaságnak, mint tünetegyüttesnek, elkülönítő kórisméje és a sárgaság okának megállapítása. Májműködési próbákkal elsősorban a parenchymás és mechanikus sárgaság elkülönítése lehetséges. Messzebbre menő következtetések (icterus simplex, hepatitis epide-

mica, salvansan icterus vagy kő, daganat, heg okozta elzáródás) meghaladják a májműködési próbák teljesítőképességét.

3. Sárgasággal vagy anélkül keletkező hepatopathiákban a májártalom súlyosságának meghatározása.

4. Májsugorodás korai kórisméje.

Áttérve az egyes májműködési próbák tárgyalására, csak azokról lesz szó, melyek a gyakorlatban egyszerű eszközökkel és kevésbé felszerelt laboratóriumban is elvégezhetők.

Minden májfunkciós próbát alapos klinikai vizsgálatnak kell megelőznie. Kiemelendő a sárgaság színárnyalatának megfigyelése. Vörösbehajló, ú. n. rubinicterus inkább parenchymás, zöldesbe hajló, verdinicterus inkább elzáródás mellett szól. Minden májbetegnél ügyeljünk az odor hepaticusra (sajátságos, édeskés szájszag, mely nem azonos a diabeteses kómások acetonszagával, sem az uraemiások bomlott vizeletszagával), melynek észlelése rendszeren rossz kórjelést jelent.

Az egyes részműködések vizsgálatára a következő eljárásokat alkalmazzuk:

A bilirubin anyagcsere keretében vizsgáljuk a vér, vizelet, duodenalis nedv, szék bilirubin, urobilin és urobilinogén tartalmát. Parenchymás sárgaságra jellemző a folyamat elején és végén fellépő erős urobilinuria, elzáródásos sárgaságra teljes obstructió esetén acholias szék, vizeletben hiányzó urobilin. Legfontosabb és legegyszerűbben kivihető a vizelet urobilin és urobilinogén vizsgálata, melyek érzékeny fokmérői a májműködésnek s mint ilyenek, a kezdődő májsugorodás kórisméjére is felhasználhatók.

A szénhidrát anyagcsere vizsgálatára a jól bevált *galaktosepróbát* használjuk. 40 g galaktose elfogyasztása után a 6 órán át gyűjtött vizeletben reductióval, illetve polározással meghatározzuk a kiválasztott cukor mennyiségét. Ha ez 3 g-ot meghalad, a próba pozitív és májártalmat jelent. Legfontosabb alkalmazási területe az egyes sárgaságfajták elkülönítése. Májsugorodásban az eredmények kevésbé kielégítőek.

A fehérje anyagcsere vizsgálatára a vörösvérsejtsüllyedés és a Takata-reakció szolgál. A süllyedés az icterus simplex (catharrhalis) alimentalis formájánál lassult, hepatitis epidemiacában gyorsult s így, ha erőművi elzáródás kizárható, elkülönítő kórisme fontossága van. Kezdődő májsugorodásban lassult, előrehaladott állapotban erősen gyorsult értékeket kapunk. *A Takata-reakció* egyike a legértékesebb próbáknak. Kimenetele a vérfehérjék mennyi- és minőleges elváltozásaitól függ, melyek

májbetegségeknel jellemzően megváltoznak. Eltekintve májonkívüli elváltozásoktól (vesebajok, súlyos gümőkór, fehérvérűség), pozitív Takata mindig súlyos, de nem irreparabilis májártalmat jelent. Legfontosabb alkalmazási területe a májsugorodás: csaknem 100 százalékban pozitív. Súlyos icterus simplexben, hosszú ideje fennálló, biliaris cirrhosisra hajló elzáródásban, heveny és félheveny májsorvadásban, tehát mindazokban az esetekben, ahol a máj epithelialis részének súlyos ártalmáról van szó, pozitív reactiót kapunk. A Takata-reakció minden májbetegségre gyanús esetben elvégzendő; kivitele nem nehéz s elvégzéséhez néhány köbcenti savó beküldése szükséges.

A fehérje- és vitaminanyagcserét együttesen vizsgáljuk a vér prothrombin-tartalmának meghatározásával, mely tulajdonképpen módosított véralvadásmeghatározás. Májbetegségekben a véralvadás zavara kétféleképpen keletkezhetik: 1. a zsírban oldódó K- (koagulációs) vitamin az epeutak elzáródása esetén felszívódni nem tud s a prothrombin-képzés szenved; 2. súlyos májártalomban K-vitamin jelenléte mellett a májsejtek betegsége okozza a prothrombin-képzés zavarát. Az első esetben a K-vitamin hatás gyors és erőteljes, a másodikban a májártalom fokától függően lassú vagy teljesen hiányzik. A vér prothrombin-tartalmának meghatározásából tehát, összekötve K-vitaminkezeléssel, következtethetünk a májműködésre és a diagnózis felállításához is kapunk támpontot. A prothrombin időszükség esetén véralvadás meghatározással is helyettesíthető, ilyenkor azonban a próba finomsága lényegesen kisebb.

Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy májbetegség állapotának megítélésében és az elkülönítő kórisme felállításában a tárgyalt egyszerű próbákat vehetjük igénybe: bórszín, foetor hepaticus, urobilinuria, vörösvérsejtsüllyedés. Takata-reakció, prothrombin idő- (véralvadás) meghatározás.

Parenchymás icterusra jellemző: rubiniicterus, súlyos esetben (átmenet májsorvadásba) foetor hepaticus, urobilinuria, lassult süllyedés, pozitív Takata súlyos esetben, mérsékelten elhúzódo véralvadás, rossz K-vitamin hatás.

Elzáródásos sárgaságra jellemző: verdin icterus; teljes elzáródás esetén vizeletben hiányzik az urobilin, fokozott vérsejtsüllyedés, negatív Takata, elhúzódo véralvadás, jó K-vitamin hatás.

Májsugorodásra jellemző: végstádiumban foetor hepaticus, urobilinuria, kifejtett stádiumban gyorsult süllyedés, erősen pozitív Takata, elhúzódo véralvadás, rossz K-vitamin hatás.

Zemplén Béla dr.,
egyetemi magántanár.

A végtagok lágyrész-daganatairól.

Az alsó és felső végtagon gyakoriak a daganatok s mindkettőn körülbelül egyforma arányban fordulnak elő. A daganatok mai felismerése teszi lehetővé, hogy még gyökeres kiirtásuk esetében sem szenved a végtag használhatósága s így az egyén munkaképessége.

Bizonyos rendszert tartva szem előtt, elsősorban a végtagokat fedő bőr daganatait tárgyaljuk. A fedő hámréteg jóindulatú festékes (pigmentosus), vagy értágulatos (angiomatosus) anyajegyei csupán veleszületett szépséghibák, de rosszindulatúan elfajulhatnak s ilyenkor korai áttételek útján rendszeren halálosak. A bolyhos (papillomás) hámnövedékek, a szemölcsök, (verruca) ritkábban jelentkeznek az alsó végtagon; ezek inkább a kéz ujjain találhatóak. Gyakori edzésük, maratásuk, vagy körömmel való kapargatásuk rosszindulatú elfajulásra vezethet. A bőrben ülő vérerdaganatok (angiomák), mint ritka veleszületett elváltozások észlelhetők.

A kötőszövetes daganatok közül a fibromák gyakoriabbak az alsó végtagon, közelebb-ről a combon. Mint kocsonyás (pendulum) daganat, emberfej nagyságot is elérhetnek. Különösen a comb és felkar belső felszínének felső részén, hónaljban és a fartájékon találjuk. Hosszú fennállás után kifehélyesedhetnek, ami hordozójára nézve igen kényelmetlen s a fekély rosszindulatú elfajulás kiindulópontja lehet. A kásadaganat (atheroma) a comb és felkar bőrében gyakran észlelhető s mint a test bármely más részén, fertőződhet, elgennyedhet, sőt nem is olyan ritkán rákosan is elfajulhat.

A bórallati kötőszövet daganatai közül a zsírdaganat (lipoma) lebenyezett. Olykor tetemes nagyságot érhet el s ezáltal az alapján meglazulva s a bőrt tömlőszerűen elődomborítva, kocsonyássá válhat. A fibroma, mint jól körülírt, ujjunk alatt ugráló, kemény gumihoz hasonló tömötséggű daganat jelentkezik. Nem gyakori. A fentiek idegszövettel való együttes előfordulása a neuro-lipoma és -fibroma. Az utóbbinak testszerte többszörös (multiplex s. generelisata) alakja a neurofibromatosis sec. Recklinghausen. Az olykor jelentékeny fájdalommal járó göbök borsszemtől férfikölnagysáig megnőhetnek s főként a végtagok feszítő oldalain ülnek.

A lágyrészek mélyebb rétegének, az izomzatnak a daganatai közül, mint leggyakoribbat, a vérerdaganatot (haemangioma) kell megemlíteni. Gyakran társul fibromával, lipomával. Puha szivacszerűen összenyomható, megkisebbithető ez a daganat, mely főként a comb izomzatában található. Már kezdeti szakában is fájdalmat okoz, eltérően a test egyéb tájékainak haemangiomáitól. Nagyságánál fogva az izom, illetve a végtag működését zavarja. A fájdalom oka a daganatnak az idegtörzsekre, ágakra gyakorolt nyomása. A daganat helyétől körzeti irányban paraesthesiák,

nyomásérzékeny, illetve érzéketlen területek mutathatók ki. A nyirokérzékeny (lymphangioma) ritkán fordul elő s inkább veleszületett, mint szerzett. A végtagok izomzatának zsírdaganata (lipoma) lapos, nyulványos képlet, amely ágaival az egyes izomtestek, valamint izomrostok közé nő; így ezáltal működési zavart és fájdalmat okozhat. Igen ritkán észleltek az alsó végtag izomzatában harántcsíkolt izomdaganatot (rhabdomyoma). Főként a láb inhuvelyéből indulhat ki az óriászsírsejtes daganat (xanthoma). Szétágazó, nyulványos daganat ez, amely befurakodik az inak, szalagok, csontok közé s az állandó tartós nyomás következtében a csontot is sorvasztja. Ezért a röntgenfelvételen a rosszindulatúság gyanúját keltheti.

A végtagok lágyrészeinek rosszindulatú hámdaganata a rák (carcioma) elsősleges, vagy másodlagos, tehát mint valamely távolabbi szerv daganatának áttétele (metastasis) kerül észlelésre. Az elsősleges rosszindulatú hámdaganatok kiindulását képezhetik: chronikus ekzema, hosszú időn át fennálló fekélyek (ulcus cruris varicosum), sipolyok, hegek, ezeken kívül különböző hámtermékek (anyajegy, szemölcs, bőrszarv, kásadaganat, stb.) és a jóindulatú hámeredetű daganatok.

A rosszindulatú kötőszövetes lágyrészdaganatok (sarkoma) a ráknál gyakoribbak. Lehetnek festékmentesek és festékesek. Az előbbiekek közé sorozhatók: az Unna-féle sarkoma cutaneum multiplex, a Spiegler-féle sarkomatosus cutis, a Kaposi-féle sarkoma haemorrhagicum idiopathicum multiplex. A festékesek közül a melanosarkoma leginkább festékes anyajegyekből, azok elfajulása útján keletkezik. Szomorú példája ez utóbbinak az a szerencsére elég ritka eset, midőn a jelentéktelennek látszó festékes anyajegy halálos sarkomás áttételeket okoz a májban, csontokban, agyvelőben.

A másodlagos rosszindulatú daganatok a test más részein lévő daganatok áttételeként észlelhetők a végtagok lágyrészeiben. A bőrben az általánossá vált, tehát a testben szétterjedt rákosodás (carcinosis) részjelenségeként, vagy közvetlen ráterjedés kapcsán látunk áttételt. A nyirokmirigyek daganatai kevés kivétellel áttétel útján keletkeznek a hónaljban, vagy a lágyéktájban, mint a mellkas, nyak, a külső és belső nemiszervek s a végbélnyílás rosszindulatú daganatainak áttételei. A csontthártya és a csontok daganatairól közvetlen átterjedés kapcsán szintén keletkezhetnek lágyrészdaganatok.

A lágyrészdaganatok közül a jóindulatúak jellemzője, mint általában véve a test egyéb részén is, a környezettől való éles elhatároltság, az alapja fölött való elmozdíthatóság s legfőként az áttételek hiánya. Az elkülönítő kórisme szempontjából számitásba jöhetnek: izomsér, szervült vérömleny, hidegtályog, myositis ossificans (adductorokban) aneurysma, varix, stb. Az izom-sér kórelőzményében meg-

találhatjuk az előidőző sérülést s rendszerint kitapinthatjuk az izompólyán keletkezett rés, vagy hiány éles, feszes szélét, amelyen keresztül az izomtest kisebb-nagyobb része előbugygyan. Szervült vérömleny esetén útbaigazit az előző sérülés, bőrfestenyzés, vérzékenység. A hidegtályog kórisméjét próbacsapolással és a genny göresővi vizsgálatával állíthatjuk fel. Myositis ossificans esetében a röntgenfelvételen óv meg bennünket a helytelen diagnosistól. Az aneurysma fölött surranás hallható, esetleg pulzálás érezhető és látható. A visszértágulat az áttűnő, olykor megalvadtt, öblös, máskor kanyargós lefutású kisebb-nagyobb tágult visszérhálózatáról biztosan felismerhető.

A rosszindulatú daganatok elmosódott határúak, alapjukkal és környezetükkel össze vannak kapaszkodva, nem mozgathatók, áttételeket okoznak s a beteget általában lerontják (testsúlycsökkenés, vérszegénység). Rosszindulatú lágyrészdaganatok esetén gondoljunk az idült nyálkatömlőgyulladásra (bursitis chronica). Idült nyirokmirigy-gyulladás (lymphadenitis chronica) a hónaljban, lágyéktájban összetéveszhető daganattal. Ugyanezen a helyeken összetévesztésre adhatnak még alkalmat az ún. n. lymphomák (tbc., lymphogranuloma, leukaemia, stb.). Ezeknek az elkülönítése a vér minőségi vizsgálatával, valamint próbakimetszéssel a kórsvetani vizsgálattal lehetséges. Izületek környékén (kéztő, kézhát, térdalj, lábközép, stb.) a ganglion (Überbein) vezethet félre. A combserv is okot szolgáltat az összetévesztésre, azonban pontos vizsgálattal a helyes kórisme felállítása nem okoz nehézséget.

A fent vázolt daganatos elváltozások csupán műtéttel gyógyíthatók, bár egyes esetekben a sugaras (radium, röntgen) kezelés is eredményes lehet. A rosszindulatú daganatokat, ha lehet, távol az épből vezetett kimetszéssel távolítjuk el, sokszor azonban csupán csonkolással lehet az életet megmenteni, vagy meghosszabbítani. Ajánlatos úgy a helyi, mint a közvetlen környéki kiújulás megelőzésére a műtét után az erélyes sugaras kezelés. Kétes, vagy rosszindulatúságra gyanús esetekben próbakimetszést kell végezni s ez dönti el azután a sebészi beavatkozás minőségét és mérvét.

Fabó Zoltán dr.,
az I. sz. sebészeti klinika tanársegéde.

Értékesíthető-e a kórelőzmény gyomorbeleredetű bőrbajok esetén?

Bár általánosan elfogadott és hangoztatott tény, hogy a bőrgyógyásznak vizsgálnia és ismernie kell a bőrbeteg egész szervezetét, hogy az esetlegesen fennálló szervi vagy működési zavart összefüggésbe tudja hozni a bőrtünetekkel, mégis a gyakorlatban számtalan esetben látjuk, hogy a bőrelváltozást magában értéke-

lik s nincsenek tekintettel a gyakran önmagától kínálkozó kóroki összefüggésre.

Talán ennek is tulajdonítható, hogy a ma már csaknem különálló tudományág — bőrbetegség és a táplálkozás — olyan lassú ütemben fejlődik s kevés elismerésben van része. A leggyakoribb és legáltalánosabb, amit ismernek és elfogadnak, hogy valamely étel fogyasztása után bőrtünetek lépnek fel. Ennek annál könnyebb a felismerése és elismerése, mivel maga a beteg jön azzal, hogy ezt meg ezt fogyasztott s utána kiütéseket kapott. Ilyenkor a kezelés is egyszerű, mivel purgálás és étrendi megszorítás mellett tüneti kezeléssel hamarosan gyógyulnak a betegek. Leggyakrabban a kórelőzmény felvételénél is erre helyezik a súlyt: evett-e valamely különleges ételt, vagy hibásan összeválogatott étrendet. A másik, amire még ügyelni szoktak, hogy van-e rendszeren széke. Rendszerint megelégednek azzal, ha a beteg erre igenlő választ ad. Ellenkező esetben hashajtót adnak, várván a bőrtünetek gyógyulását. Néha ez bekövetkezhet, legtöbbször nem s a beteg elmegy másik orvoshoz, ahol újból kezdődik csaknem ugyanez.

Egy példával szeretném megvilágítani a fentieket: 34 éves sebész kartárs keresett fel f. év márciusában, arcán és mindkét kezén levő nedvező, pörkös ekzémával. Kórelőzményben elmondja, hogy csaknem 1 éve néha javuló, máskor rosszabbodó bőrelváltozásai miatt több bőrgyógyászt keresett fel, mutatván azok kenőcsös receptjeit. Más esetben is észrevette, így hozzámjövetelekor is, hogy a pár nap előtti, a szokásosnál bővebb vacsora után a bőrtünetek feltűnően rosszabbodtak. Szereti a zsíros és fűszeres ételeket s utána kevés bort. Ő erről mindegyik orvosának beszámolt. A sablónos kérdés az volt: van-e mindennap széke s mert ez rendszerben volt, további vizsgálat nem látszott szükségesnek. Mindenféle irányban vizsgálták, csak a gyomorból részéről nem. Gégszeti lelete negatív, fogak rendszerben, röntgen mellkasi eltérést nem mutat, vérkép, vércukor, süllyedés normális.

Tekintettel arra, hogy az elváltozások a kezén voltak legsúlyosabbak, gondolni kellett a gumikesztyű iránti túlérzékenységre is, valamint a dysidrosis-szerű hólyagesák miatt a mycoticus-eredetet is tisztázni akartuk. Emiatt a felkaron a használt gumikesztyű egy kis darabját a zsírtalanított bőrre leukoplasztal rögzítettük 24 órán keresztül. A bőr ezután teljesen reakciómentes volt. A gombás eredet kimutatására a Polymycin 0.1 cm³-ét használtuk i. c. oltás alakjában. Ez is negatív eredményt adott. Az ezután megejtett gyomorvizsgálat hypaciditást mutatott, erősen nyákos gyomortartalommal. A kezelésben meghagyva az addig is alkalmazott alumenes kenőcsöt, a gyomorleletnek megfelelően pár napi éheztető, majd kímélő étrend mellett sósav-pepsin sze-

dést írtam elő. A csaknem éves, makacsul fennálló ekzéma kb. 3 hét alatt teljesen elmúlt s az eltelt pár hónap alatt sem jelentkezett.

Jelen esetben annál feltűnőbb volt a kórelőzmény felvevésének hiányossága, mivel az orvos-beteg maga több ízben felhívta a figyelmet a gyomoreredetre s arra, hogy a táplálkozása nem éppen kímélő és könnyű. A vizsgáló orvosok viszont megelégedtek azzal, hogy a széketét rendszerben van.

Az általánosan ismert táplálkozási túlérzékenység mellett már a kórelőzmény felvételénél gondolni kell az emésztőrendszer betegségére vagy elválasztási zavarára. S mivel a betegnek nem mindig van panasza az emésztésre, ajánlatos legalább az egyszerűbb vizsgálatokat elvégezni: gyomorműködés (savviszonyok), motilitás, a bélhuzam működésének a vizsgálata a gyomortartalom mikorszkópos vizsgálata, röntgenvizsgálat. Ami a beteg kikerdezését illeti, rendszerint szinte semmi támpontot nem kapunk, sőt azzal tiltakoznak a gyomorvizsgálat ellen, hogy nekik a gyomruk »fájni nem szokott«. Viszont ismeretes, hogy a gyomorbélhuzam számos idült megbetegedése, működési zavara nem jár fájdalommal s így a beteg maga egészen figyelmen kívül hagyja, másfelől bizonyos fokig kikerüli a neki ártalmas ételeket.

Felmerülhet a kérdés, hogy mikor végezzük el ezeket a gyomorbélhuzamra vonatkozó vizsgálatokat. Elsősorban minden esetben, mikor a beteg panaszai a táplálkozásra vagy emésztésre vonatkozólag támpontot adnak. De célszerűnek látszik makacs bőrbetegségekben (ekzéma, urticaria, pruritus, rosacea, akné) stb., amelyekben közismerten a gyomor és a bél megbetegedése kórokként szerepelhet s amelyek esetleg már évek óta dacolnak a különféle kezelésekkal. Ilyenkor sem történhet más, minthogy megállapítjuk, hogy az emésztőszervek részéről nincs elváltozás, vagy más esetben: a megtalált zavart gyógyítjuk, anélkül, hogy a bőrbetegséget befolyásolni tudtuk volna. De gyakoribb lesz az az eset, amikor a minden kezeléssel dacoló bőrelváltozás a megfelelő gyógyszeres és diétás kezelésre hamarosan javulni fog, majd meggyógyul. Ezek az esetek a gyógyító orvos számára a leghálásabb feladatot képezik, míg figyelembe nem vételük a »gyógyíthatatlan« bőrbetegségek számát gyarapítja.

A kórelőzmény tehát gyomorbéleredetű bőrbajokban igen ritkán értékesíthető. Néha alapos és hosszadalmas kikerdezés nyújt valami támpontot, legtöbbször azonban csak a vizsgálat útján jövünk rá, — orvos és beteg egyaránt — hogy zavar van erről a részből, amit a beteg szokás és ételek kerülése révén jól-rosszul kompenzált s egészséges tünetként könyvelt el.

Kibédi Varga Aladár m. tanár,
Budapest.

A lymphoid elemek száma rendes 13% alatt maradt és viselkedésükben semmi említésreméltó nem volt észlelhető.

A reticulocyták viselkedését is vizsgáltuk; számukat a görbék abszcissáján tüntettük fel. Számuk mind a vérben, mind a csontvelőben a rendesnek alsó határán mozgott és az agónia alatt kevésbé változott.

A vérben minden esetben leucocytosist tapasztaltunk 10—39, 800-ig. A kvalitatív vérkép mindig határozott eltolódást mutatott a pálcikamagvú neutrophil leucocyták irányában.

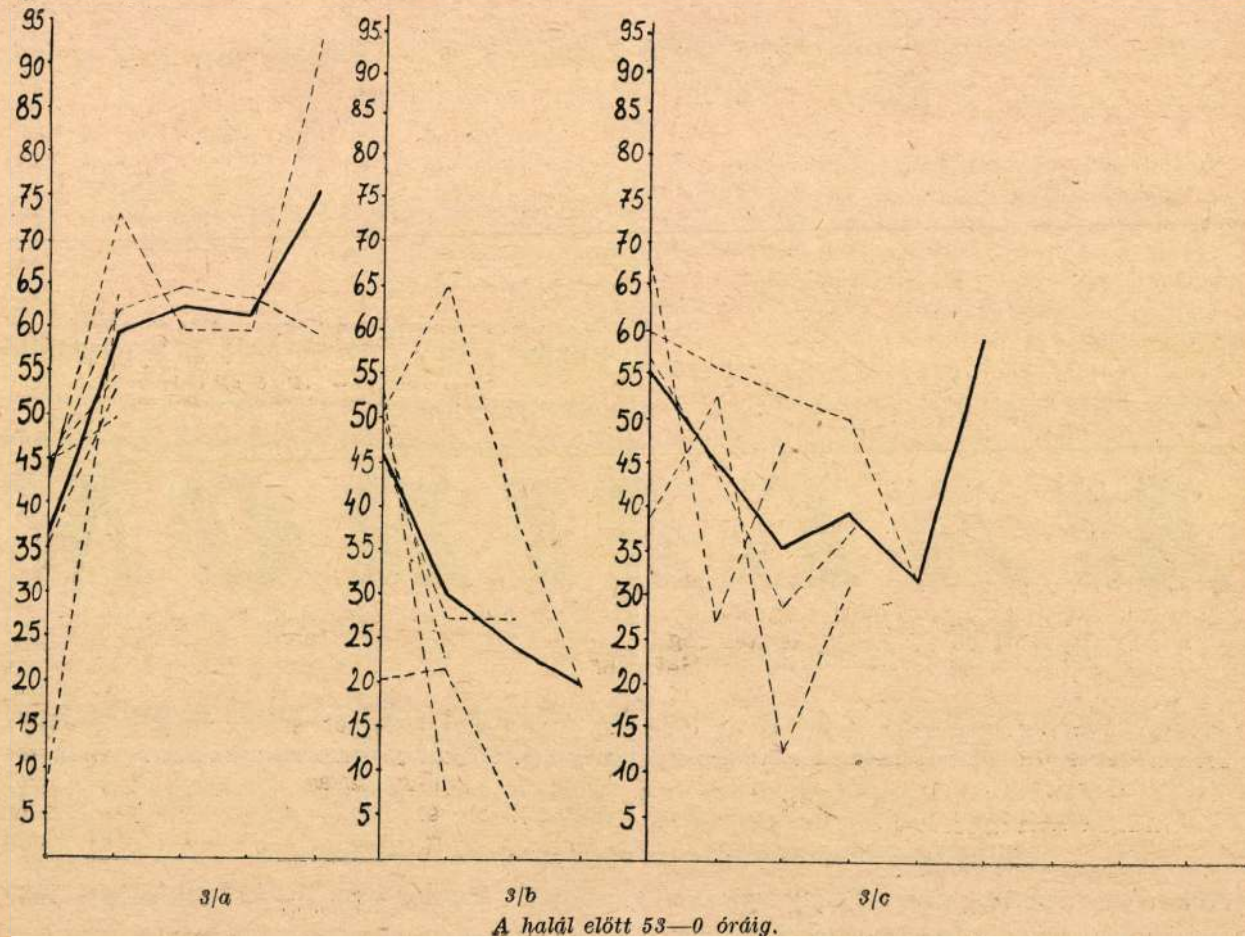
A thrombocytákat is megszámloltuk a vérben. Ezek száma, bár elég jelentősen ingadozott, a haláltusa előrehaladtával mégis fokozatosan csökkent, általában a rendesnek alsó határához közelebb mozgott. Ez összefüggésbe hozható *Jeanneret* azon eredményével, hogy a thrombocyták a halál után 3—4 óra alatt eltűnnek a vérből. Vizsgálatainkból az látszik, hogy fogyásuk már az agónia alatt megkezdődött. Egy eset kivétel; a 12. betegnél ugyanis számuk az eszméletvesztéskor 580.000 volt és a halálig 900.000-re nőtt. Ebben az esetben a thrombocyták jelentős hányada igen nagy, atypikus, néha csaknem a vörösvértest nagyságot elérő thrombocytá volt.

Láthattuk, hogy a reticulumsejtek száma minden esetben jóval a szabályos fölött moz-

gott, kivétel csupán a 9. beteg volt. Ez összhangban áll *Rohr* és *Haft* leletével. Ők azt találták, hogy a reticulumsejtek a halál után mindinkább előtérbe kerülnek; ennek oka alkalmasint az, hogy a reticulumsejtek kapcsolata meglazul és így ezeket könnyebben lehet aspirálni. Vizsgálatainkból úgy látszik, hogy némely betegnél ez már az agónia alatt megindul (1, 2, 4, 9, 13, 15. beteg) és ezért növekedik a reticulumsejtek száma. Azokban az esetekben, ahol számuk az agónia alatt növekedett (1/a graf.), ez ilyen módon magyarázható. A másik csoportra azonban, melyben számuk csökkent, ez a magyarázat nem lehet érvényes.

Csupán az 1, és 2. beteg erythroblastjainak száma haladta túl a rendes értéket, különben mindenütt az erythropoesis jelentős csökkenését tapasztalhattuk. Ugyanezt igazolja a reticulocyták csekély száma is. Erről a kicsiny kiindulási értékről az erythroblastok száma még csökken, ezekben az esetekben vagy fokozatos kiűzésről vagy az erythroblastok termelésének folyamatos megszűnéséről lehetne szó. Ha az ok a vérbe való fokozódó kiűzés volna, a reticulocyták számának nőnie kellene, esetleg magvas vörösvértestek is megjelenhetnek a vérben. A 10. 12. beteg vérében valóban találtunk normoblastokat és a reticulocytaszám is kevésbé szaporodott. Ezekben az ese-

Sejtszám %



tekben a vörösvértetszám is jóval kisebb volt (2,000,000) és úgy látszik, ennek fedezésére a csontvelő már fokozott termeléssel nem lévén képes reagálni, kidobta a keringésbe a tartalékot. A többi betegen (1, 3, 5, 8, 9, 11, 14, 15, 16.) a vörösvértettképzés fokozatos csökkenését kell feltételeznünk, itt ugyanis rendes vagy kevésbé csökkent vörösvértetszámot találtunk. Azokban az esetekben, melyekben számuk fokozatosan nőtt (2, 4, 6, 7, 13. beteg), folyamatosan erősödő csontvelőzárát vélhetünk.

A vizsgált betegek mindegyikén az agónia alatt az alapbetegséghez olyan szövödmény társult, ami leukocytosissal szokott járni. Ennek ellenére a fehérvérsejtképzőrendszer háromféleképpen viselkedett. Azokban az esetekben, amelyekben a myelocyták száma a haláltusa előrehaladtával fokozatosan szaporodott (1, 2, 4, 6, 9, 16. beteg), tehát ahol balratolódással találkozunk, nem lehet szó csontvelőzáróról, mert pl. a 6. beteg fehérvérsejtszáma 39.800 volt, de a többi betegen is leukocytosist találtunk. Ez csak úgy képzelhető el, ahogyan *Yammamoto* a postmortalis csontvelőleletre is vélte, azaz, hogy az éretlen myelocyták ebben a szakban megmaradnak, mert továbbfejlődésükhöz további oszlásra volna szükség, erre viszont a halódó szervezet csontveleje már nem képes, viszont az érettebb generatióknak a segmentált megvünakig nincs szüksége további oszlásra, hanem ezek magukban is továbbfejlődhetnek, kiúszhatnak és létrehozhatják a nagy leucocytaszámot. A csontvelőben visszamaradt nagyszámú éretlen myelocytá pedig olyan myelogramot okoz, mint amelyet csontvelőzáránál kapunk.

A betegek második csoportjában (5, 8, 11, 12, 13. beteg) a myelocyták száma fokozatosan csökken, azaz a myeloid elemek jobbratolódását találtuk. Ezzel párhuzamosan a fehérvérsejtszám is nőtt a vérben. Itt tehát valószínűleg növekvő kiúszásról van szó a környéki szükséglet fedezésére.

A harmadik csoportban (3, 7, 14, 15. beteg) az erősen balra eltoló fehérvérsejtképző rend-

szerben az agónia előrehaladtával fokozatos jobbratolódást észleltünk és az utolsó vizsgálat alkalmával, tehát a halál előtt közvetlenül ismét gátlás, tehát balratolódás következett be. Ennek magyarázata alkalmasint abban keresendő, hogy a halál előtt közvetlenül megszűnt a csontvelősejtek kiúszása, mert a szervezet feladta a harcot és így a fokozott környéki szükséglet okozta nagyobb kiúszás fontossága is megszűnt, amit támogat az a körülmény is, hogy ilyenkor a fehérvérsejtszám is csökkent.

Mindezekből láthatjuk, hogy nem vérképzőrendszerbeli betegségben szenvedő betegek agóniája alatt a vérképzőrendszerben nagy eltolódások következtek be. Láthatjuk, hogy a vörösvértettképzés tulajdonképpen megszűnt, így az esetek egy részében a környéki szükségletet a csontvelő fokozott kiúszással igyekszik fedezni, míg a többiekénél, ahol erre nincs szükség, az erythropoesis fokozatosan megszűnik. *Markoff* szerint haláltusa alatt a myelocyták száma nő, a neutrophil leukocytáké pedig fogy. *Rohr* és *Hafter* szerint az agónia a csontvelő myeloid elemeire semmi hatással nincs. Ezzel szemben vizsgálatainkból kiderült, hogy haldoklás alatt a myeloid elemekben nagy eltolódások lehetnek. Az esetek egy részében a csontvelő újraképző működése tulajdonképpen megszűnt, amit tanúsít az oszló sejtek hiánya is, csupán a meglevő elemek kiérése (3/a graf.) vagy kiúszása (3/b graf.) révén fedezi a szükségletet a halálig, míg egy harmadik csoportban (3/c graf.) jelentős kiúszás után már a halál előtt néhány órával megszűnt mind a kiúszás, mind az újraképzés.

Az eddigi irodalmi adatokkal szemben megállapíthattuk, hogy haldoklás alatt a csontvelőben is jelentős eltolódások keletkeznek és a vérképzőrendszer az utolsó pillanatig igyekszik alkalmazkodni és szolgálni az egész szervezet szükségletét.

Szent Lukács Gyógyfürdő és Gyógyszálló

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

MALTIRON

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

Hasmenéses csecsemők részére

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

Szabadon rendelhető: Közgyógyyszerellátás terhére

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

Quadronox

megbízható altatószer

**mely már kis adagnál (fél tableta) is
üdítő álmat és üde ébredést biztosít.**

10 és 20 tablettás csomagolások

Adatokkal készséggel szolgál!

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

Különleges eljárással keserítlenített, könnyen bevehető sörélesztő

KEPTAMIN

Tartalmazza a természetes teljes B-vitamin complexumot

KEPTAMIN fontosabb alkotórészel: vitamin B₁, vitamin B₂, nicotinsavamid, pantothensav, vitamin B₆, ergosterin, glykogen, phosphorsavas sók

KEPTAMIN javallatai: graviditas, lactatio, reconvalescentia, neuritisek, különböző anaemiák, ideges zavarok és bőrbetegségek

A MÁV. terhére szabadon, az O. T. I. terhére főorvosi engedéllyel rendelhető!

Forgalomba kerül: poralakban 100 g-ot tartalmazó dobozokban

Kapható minden gyógyszertárban

FORGALOMBA HOZZA:

PARACELSUS RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

VITAMIN ÉS GYÓGYKÉSZITMÉNYEK BUDAPEST, X., HALOM-U. 42.

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

Újszülöttkori tetanus szokatlan szövődményel.

Írta: Páldy László dr.

A tetanus irodalmában *Wiedemann* emlékezik meg először arról, hogy a görcsös roham alatt a hasizomzat túlsúlyba kerülhet, úgyhogy a beteg teste előre hajlik. *Grenet* és *Vogt* újszülöttkori tetanusban a görcsök alatt keletkező mellkasdeformitásról és kyphoskoliosisról számolnak be.

Klinikánkon a közelmúltban olyan újszülöttkori tetanust észleltünk, amelyben a hasizomzat görcse okozta tartós hasprés a medencefenék izomzatát annyira megnyújtotta, hogy ebből súlyos szövődmény származott. Minthogy az újszülöttkori tetanus ilyen szövődményéről nem olvastunk, esetünket ismeretjük.

A 4600 g-os, ép viszonyok között világra jött leányecsemő életének 4. napján már rosszul szopik és 7. napján nem tudja száját kinyitni, három napja lázas is, a 3. napon levált a köldökesonkja és a köldöke azóta gennyes. Kezelő orvosa tetanusra gondol és 2500 egység gyógyysavot adva a klinikára küldi. Felvételnél már risus sardonius és trismuszt találunk. A felvétel után a görcsök minden igyekezetünk ellenére fokozódnak s csakhamar általánossá válnak. Főleg a hasizomzat desztakaménysége feltűnő; az általános, egész testre kiterjedő görcsök hol alább hagynak, hol folkozódnak, a hasizomzat görcsös tonusában szűnet alig van. A felvétel utáni 15. napon némi javulás mutatkozik, a végbélnyílás azonban tátongani kezd és két nap múlva már a végbél is előesik, majd amikor később a görcsök ismét erősödnek, a nagy hasúri nyomás hatására most már a végbélkörüli kék is elődomborodik, úgyhogy a következő napokban egészen szokatlan kép tárul elénk (l. a fényképeket). A medencefenék a farokcsonttól a symphysisig s két oldalt az ülőgumóig jó gyermekökölnyi, kissé kúp alakú képlet formájában elődomborodik, a kúp csúcsán a kifordult végbél haragosvörös-kékes nyálkahártyájával jó kisalmányi csontkakúp alakú második kiemelkedést alkot. A vulva lefelé s előre húzódtott, úgyhogy a szeméremrés csaknem párhuzamos a test hossz tengelyével. A végbélelőesés viszszahelyezése még ágyéki érzéstelenítésben sem sikerül.

A ecsemőt klinikai tartózkodásának 31. napján tüdőgyulladásban vesztítettük el.

Bonco úsákor a tüdőgyulladásán kívül a következő lelet volt feltűnő. »A végbélnyílás tátong, a mutatóujjat jól befogadja, a végbél pedig mintegy 3 cm-es darabon nyálkahártyájával kifelé fordulva előre esett. A medencefenék izomzata igen laza, a hólyag a kismedencébe süllyedt, az uterus az adnexekkel a hólyag mögött és alatt helyezkedik el.«

A tetanus e szokatlan s tudomásunk szerint még le nem írt szövődménye úgy jöhetett létre, hogy az újszülött medencefenéki izomzata a hasprésben szereplő izmokhoz viszonyítva aránytalanul gyenge volt.

IRODALMI SZEMLE

SZEMÉSZET

Rovatvezető: Györffy István

Szemhíjgörcs gyógyítása alkohol befeeskendéssel. *P. Knapp.* (Schweiz. Med. Woch. 1944, 6). Az orbicularis clonikus összehúzódása többnyire senilis jelenség. A szerző 70% alkohol periferiás befeeskendésével jó esőleges eredményt ér el, bár visszaesés gyakori. 2 cm³ 2%-os novocain után 1–2 cm³ alkoholt ad a járomív szemüregi nyúlványától temporalisan. (Gy 3)

Györffy István dr.

Náthálaz utáni transitorikus myopia egy esete. *F. Geist* (Klin. Monatsbl. 109).

Lundsgard 3, Kadyi 2 influenza utáni transitorikus myopiás esetet ismertet, Előbbi a lencse fénytörésének változását veszi oknak a lencserosók feszülésváltozása kapcán, utóbbi akkomodációs görcsöt tételez fel. Szerző 7.5 D.-ás egyoldali transitorikus myopiát észlelt. Erős náthával, feloldali 2 mm-es protrusióval, conjunctivitissal kezdődött. A tünetek kezdete óta a beteg naponta kétszer atropint kapott. Előadta, hogy azelőtt ezen a szemén teljes látása volt (vasúti alkalmazott). Most 7.5 D. myopiát állapítottak meg. 5 nap múlva ellenőrző vizsgálaton újra teljes látása volt. Protrusio és conjunctivitis eltűnt.

A myopia keletkezésére szerző feltevésekre szorítkozik; alkalmazkodási görcs kizárható, mert atropint kapott; gyógyszerből nem eredhet, mert nem szedett. A protrusiót orbialis oedema okozhatta, ennek következménye lehetett nyomás következtében vagy tengelyhosszabbodás, vagy a zonula rostjainak ellazulása és ez vezethetett a myopiára. (G. 6)

Németh Béla dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Kerpel-Fronóus Ödön.

Rachitisprophylaxis. *Freudentberg.* (Ann. Paed. 161. 5/6.) Hangsúlyozza a vidékre kiterjedő, széleskörű rachitismegelőzés fontosságát. Ajánlatos háromszor mindig 7.5 mg D2-vitamint adni. Két D2-lökés után még megfigyeltek könnyű rachitises elváltozásokat. A prophylactikusan D2-vel kezelték 7%-a rachitises lett és a lökést meg kellett ismételtetni. Már rachitikusaknál 9.4% ban léptek fel angolkóros jelek, úgyhogy második, sőt harmadik injectiót is kellett adni. A koraszülöttek és ikrek kezelése elengedhetetlen. (K. 17.)

Takáts István dr.

Allergiás jelenségek és belső secretiók egyensúly közötti vonatkozások. *Kousmine.* (Ann. Paed. 161. 5/6.) Az allergiás betegségek és belső secretiók zavarok gyakran fordulnak elő egyszerre egymás mellett egy családban, vagy ugyanazon személynél. Kérdés, hogy nem fokozta e bizonyos hormonok kiválasztódása allergiás betegségeknek is? Zondek szerinti gonadotrop hormon meghatározást végeztek 10 esetben allergiás betegnek és 9 esetben 200 egéregységnyi, egy esetben 500 egéregységnyi hormont találtak a vizetben a normalis 90 egység helyett. Mindezekből azt következtetjük, hogy a hypophysis elülső lebeny allergiás betegségeknek különösen ingerékeny és ezt a fokozott működést tartja az allergiás bajok okának. A peripheriás endocrin mirigyek működésbeli csökkenése a hypophysis hyperfunctióját vonja maga után. Az allergiás krízisek gyógykezelése céljából az elülső lebeny működését kell lehetőleg csökkenteni. (K. 16.)

Takáts István dr.

GRANULOCITOGEN

SPECIFICUM
AGRANULOCYTOSISBAN

»CERTA« GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R. T. BUDAPEST

KÖNYVISMERTETÉS

Szervelem kémiai elemző módszerek. Irta: *Pank Jenő* műegyetemi tanár. Kiadja a Hungaria MTE »Molékula«-csoportja. Kémiai szakirodalmunk az utóbbi években örvendetes fejlődést mutat, mégis újabb kémiai analitikai tankönyvünk nem volt; a régebbi, ilyen irányú művek pedig régen elfogytak. Ennek határozottan hiányát érezzük és a felsőbb oktatásban kárát láttuk. *Pank Jenő* professzor most megjelent »Szervelem kémiai elemzési módszerek« című könyve tehát hiányt pótol. A könyv felépítése igen szerencsés. Külön fejezet fogja össze a kémiai elemzés elméletére vonatkozó legújabb tudnivalókat. Külön tárgyalja az elemzés eszközeit és műveleteit. Ezt követi az ionok reakcióit összefoglaló fejezet, majd a minőségi elemzés módja, mely az ú. n. összetett elemzést tárgyalja. Az utolsó fejezetben közölt táblázatok a könyv használhatóságát nagymértékben elősegítik. Nagy erénye a könyvnek, hogy a ritkábban előforduló ionok reakcióit is lefoglalja s az egyes ionok szerves vegyületekkel képzett komplexeiről, mint igen értékes és érzékeny reakciókról sem feledkezik meg. A könyv a műegyetemi hallgatók igényeit tartja elsősorban szem előtt, de hasznosul fogathatják azt orvosaink is a kémiai alapismertetek elsajátításában. Reméljük, a mű első részét képező »minőségi elemzés« rövidesen követi a »menyütségi elemzés« is. A 304 oldalas könyv eszmos kiállítása a »Mérnökök nyomdájá«-t dícséri.

Schulek E. prof.

A

SUPER LYSOFORM

1%-os oldata a legtöbb pathogen-csírát 1 perc alatt megöl
Nem mérgező, kellemes illatú és olcsó

Máj- és epebántalmak esetében

CHOLOGEN

tabletta No. 1, 2 és 3

Cholagogum és cholereticum baktericid és spasmolytikus hatással

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

Adagolás:

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

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

Teljes szemészeti felszerelés és pantostat, diathermia, mikroszkop eladó. Bővebb értesítést ad: Beniczky gyógyszerész, Eger.

Perorális roboráns:

HEPORAL

és semmi más!

Válasz Fésüs Andornak

(O. H. 29. sz.)

Sajnálom, hogy Fésüs Andor elmulasztotta cikkemet pontosan elolvasni. A 2. bekezdésben azt írom: »az irodalomhoz fordultam, hogy használják-e már védőszemüveget?«. Hazai irodalmunkban errenézve adatot természetesen nem találhattam.

Fésüs Andor és mások önzetlen munkásságát e téren ismerjük s cikkemmel annak is mielőbbi megvalósítását csak *sürgetni* igyekeztem akkor, amikor ezt a rendkívül fontos ügyet nagyobb publicitású lapban hoztam elő csupán katonáink *mielőbbi* üdvére! *Tóth Zoltán dr.*
egy. m. tanár

LAPSZEMLE

Wiener Klinische Wochenschrift 25—26. sz.

Schönbauer L.: Hadisebészet. *Harrer G.*: Az idegrendszer roncóló folyamatainak immunbiológiája és pathophysiológiája különös tekintettel a schizophreniára. *Schneider F.*: Strychnin olajos oldata mint kényszerítő zavarok gyógyszere. *Serotzka H.*: A diagnózis nehézségeiről »Agyszerülések«. *Durig A.*: Castagna Lajos 7.

Wiener Medizinische Wochenschrift 25—26. sz.

Finsterer H.: Gyomorműtétek utáni panaszok és azok kezelése. *Polzer K.*: Dekompensációs szívzavarok korai diagnózisa. *Daniclopulo D.*: A vegetatív kémiai faktorok »amphomimetizmusa«. *Kese G.*: Tüszőhormonkezelés utáni méhen kívüli terhesség. *Juvara I. és Gerova D.*: A heveny arteritis sebészi kezelése kiütéses typhusban.

VEGYES HIREK

Jankovich László professort 10 éves jubileuma alkalmával »Emlékkönyv«-vel lepték meg tamítványai. A 238 oldalas kifogástalan kiállítású könyvben 19 szerző szerepel, a végén *Törő Imrével*, ki a reticuloendothel szerkezetéről és biliogiójáról értekezik egy nagyobb, bőven illusztrált munkában. De éppen ilyen értékes és érdekes *Ókrös Sándor* írása is az injectiósról a műhibák perек tükrében, vagy *Juhász Pálé* a hátsó koponyagödör oligodendrogliomáiról — és a többieké is mind, akik az ünneplés e szép módjával a tamítványi hűségnek és hálának adták megható jelét. Örömmel esztalokozunk hozzájuk és tisztelettel üdvözljük jubiláló Mesterüket.

Személyi hírek. A vallás- és közoktatásügyi miniszter a budapesti Pázmány Péter tudományegyetem orvostudományi karán *dr. Baros De. só* orvos-örngagnak »A háborús járványok« c. tárgykörből, *dr. Kisfaludy Pál* kórházi főorvosnak a »Rádium-gyógymód« című tárgykörből, *dr. Baumann Jenő* egyetemi tanársegédnek a »Szülészeti propedeutika« című tárgykörből, *dr. Korompai Imre* egyetemi tanársegédnek »A női betegségek sugaras kezelése« című tárgykörből, *dr. Palik Frigyes* egyetemi tanársegédnek »A női betegségek körismézése« című tárgykörből és *dr. Hazay Lajos* egyetemi tanársegédnek »A terhesség élet- és kórtana« című tárgykörből egyetemi magántanárrá történt képesítését jóváhagyólag tudomásul vette és nevezetteket ebben a minőségükben megerősítette.

Orvosdoktorrá avatott a Pécsi Tud. Egyetemen július 6-án *Radcey Vaszil*. Üdvözljük az új karthársat.

Betöltendő orvosi állás. A márianostrai bñtetőintézet X. fiz. oszt. orvosi állásra a Budapesti Közlönyjúlius 16-iki számában pályázat jelent meg. Felvilágosítást nyújt az igazságügyminisztérium.

FELELŐS KIADÓ: VAMOSSY ZOLTAN

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

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

Lalkus propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra

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

DERMASEPT KENŐCS
sec. ZOMBORY

15, 30, 50 g-os csomagolásban

INDICATIO: Ekzema, pyoderma, excoriatio, impetigó, dyshydrosis furunculosis, sycosis, folliculitis, hydradenitis, renyhény gyógyuló és gyulladásoo sebek, alszárfekélyek, égés, fagyás- és minden fertőzött friss sérülés.

Az összes fővárosi közórházakban, OTI, MABI, MÁV, Magyar Házózás 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.

TETRACOR-CHINOIN

(pentamethylentetrazol)

A légző és érmozgató központ izgatószeré

Tabletta

Injectio

Solutio

Pulvis

ORVOSI HETILAP

MEGJELENIK MINDEN HÉTEN

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

TARTALOM:

- Tamási Gyula:** A dysenteriás csecsemő táplálása. (361—363. oldal.)
Kovács Zsigmond: Mély bőrblastomykosis. (363—365. oldal.)
Cserna Kálmán: A him hormon hatása a genitális és endokrin szervekre. (365—367. oldal.)
Aigner Károly: A terhességi renális glykosuria mechanizmusa. (367—368. oldal.)
Irodalmi szemle. (370—371. oldal.)
Zemplényi Imre: Az üzemi orvos. (372—374. oldal.)
Vegyes hírek. (374. oldal.)

SYMPATOL

A SZÍV ÉS VÉRKERINGÉS GYÓGYSZERE.

Indikációk:

Az erek hypotóniával párosult tónuscsökkenése:

Rekonvalescentia - Hypotónia - Terhesség - Öregkori panaszok

Általános keringési gyengeség:

Influenza - Diphtheria - Tuberculosis - Typhus - Pneumonia

Súlyos kollapsus:

Műtétek - Szülések - Vérvesztés - Shock

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



Forgalomban.
Ampullák 0,06 g
és 10%-os liquidum.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

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

A budapesti Gyermekklinika közleménye.
(Igazgató: Hainiss Elemér ny. r. tanár.)

A dysenteriás csecsemő táplálása.

Írta: Tamási Gyula dr. tanársegéd.

A dysenteriás székletre jellemző tömeges nyálka, illetve véres genny nem kóros rothadásnak, vagy erjedésnek következménye, hanem a dysenteria-bacillus által létrehozott specifikus vastagbélbeli gyulladási folyamat terméke. A betegség kórbonctanilag a vastagbélre localizált, a vékonybél általában ép. Ebből következik, hogy a fehérjének és a cukornak a táplálékból hosszú időre történő megvonása dysentériánál kóroktani szempontból indokolatlan, mivel elbontásuk és felszívódásuk a vékonybélben történik.

Hogyan tápláljuk a dysenteriás csecsemőt? E szempontból különbséget kell tennünk: a) a természetes úton, csak női tejjel táplált, b) a vegyesen — női tejjel és tehéntejjel — táplált, c) a mesterségesen — női tej nélkül, kevert táplálék — tartott csecsemő között.

a) A női tejen tartott dysenteriás csecsemő táplálása a legkönnyebb és gyógyítás szempontjából is a legeredményesebb két oknál fogva: 1. tisztán női tejjel táplált csecsemőnél a női tej által teremtett bélközeg nem kedvez a dysenteria-bacillus fejlődésének: valószínűleg ez egyik oka annak, hogy súlyos, toxikus dysenteriát női tejen tartott csecsemőn igen ritkán látunk. 2. A női tej az egészséges és még inkább a beteg csecsemő részére a legideálisabb táplálék, mert physiológiás: a legkönnyebben emészthető fehérjét a legfinomabb dispersióban tartalmazza, emellett immun anyagokat is juttat a szervezetbe. Ebből következik, hogy a női tejet táplálékul a dysenteriás csecsemőnek is meghagyjuk. Sőt ideális állapot az lenne, ha minden, előzőleg már mesterségesen táplált dysenteriás csecsemőnek is legalább részben női tejet tudnánk biztosítani. Ezt plausibilissé teszi Hainiss prof. azon megállapítása, hogy »a női tejnek a dysentériánál nemcsak azt az előnyét kell tekintetbe venni, hogy a legkisebb terhet jelenti a béltraktusra, különösképpen azt a hatást, hogy olyan bél-

közeget teremt, amely a legközelebb áll ahhoz, ami a dysenteria-bacillus részére az életlehetőséget megszünteti. A dysenteria-bacillusok savanyú közeggel szemben igen érzékenyek, 5.4—5.3 pH-nál testhőmérsékleten 24 óra alatt, 4.6—4.3 pH mellett már 3 óra alatt elpusztulnak. Az előbit női tej táplálással lehet leginkább megközelíteni, így a női tej táplálásnak csaknem baktericid jelentőséget lehet tulajdonítani.« (Orvosképzés 1933., 4. sz.)

Az anyatejen tartott csecsemő könnyű lefolyású dysentériájánál a táplálás a következő: Ha a csecsemő étvágya jó, mellre tetetjük 4 óránként ötször vagy 3½ óránként hatszor, emellett minden szopás előtt 2 kávéskanál 10%-os rizsnyákot adunk. A dysenteriás csecsemő étvágya azonban rendszerint erősen megcsappant és nem fogyasztja el a kívánt mennyiséget. Ilyenkor úgy járunk el, hogy az egész napra járó táplálék mennyiséget kisebb adagokra osztva adjuk: 2½ óránként nyolcszor, 2 óránként tízszer, 1½ óránként tizenháromszor, stb. lefejt tej alakjában. Igen lényeges az étkezési idők pontos betartása, mert rendszertelen táplálás mellett pangás léphet fel a gyomorban és a vastagbélbeli dysenteriás folyamathoz vékonybélbeli erjedési folyamat is társulhat. Éjjel, ha a csecsemő nyugodtan alszik, nem zavarjuk, ha felébred, téaval megkínálhatjuk (világos tea, 1 decire 1 kávéskanál Hordenzym, 1—2 tabl. saccharin, csipetnyi konyhasó), de táplálékot éjjel legalább 6 órán keresztül semmiképp sem adjunk. Mennyi női tejet adjunk? Jó étvágy mellett a mellén hagyott csecsemő maga szabja meg szükségletét. Rossz étvágy esetén lefejt tejből annyit adunk, hogy 24 órára számítva testsúly kg-ként már a betegség 3—4. napján legalább 1 decit kapjon. (Fenntartási caloria.) Pl. 5 kg-os csecsemő 500 grammot egész napra. Emellett azonban Hordenzymes-sós teából szopások, ill. etetések után iparkodjunk annyit megitatni, hogy a tea egész napi mennyisége a női tejjel együtt a testsúly ¼ részét tegye ki. Ilyen női tej mennyiségen a rossz étvágyú, fiatalabb csecsemőt hetekig tarthatjuk: ezen gyarapodni nem fog, mert ez a táplálék mennyiség — fenntartási caloria — csak a elhasznált táplálékalkatrészek pótlására szolgál.

Ha a csecsemő étvágya, közérzete jó, gennyveseres székürítés mellett is gyorsabb ütemben emelhetjük a női tejet: testsúly kg-ként 120—140—150 grammot adhatunk már a betegség kezdetétől számítva egy hét múlva. Ez a táplálékmenyiség — testsúly kg-ként egész napra 1.5 deci női tej — egészséges csecsemő normális gyarapodását biztosítja. Az esetek nagy részében a dysenteriás csecsemő ilyen táplálékmenyiség elfogyasztása mellett sem gyarapszik a betegség kezdetén: ennek egyrészt az az oka, hogy a szervezet a gyakori székürítéssel folyadékot és sókat veszít, másrészt az, hogy a dysenteriás szervezetben a táplálék felraktározódása is zavart szenved: mielőtt a reconvalescencia fokozatos előrehaladásával a táplálék adaptálása is consolidálódik, a súlygyarapodás is megindul. Ha ez bekövetkezett és a széklet is normálissá válik, az étkezések előtt adott rizsnyákat napi 2 kávéskanállal csökkentve 5—6 nap alatt teljesen elhagyjuk. Női tejjel táplált toxikus dysenteriás csecsemő gyógyítása mindenképpen intézeti kezelést igényel, mert ezeknél a toxikus állapotot mindig bakt. toxin hozza létre, mégpedig, vagy a női tejen tartott csecsemőknél igen ritkán jelentkező enterális toxicosis formájában, magával a dysenteria-bacillus toxinjával okozva, vagy a sokkal gyakrabban előforduló parenterális toxicosis formájában, pl. otitis, cystitis, stb. Bármelyik esetről lenne szó, gyógyítása nem pusztán alimentaris feladat: a gyakorló orvosnak szerepe csak az lehet, hogy a csecsemőt 24—36 órán keresztül böven teáztassa, mialatt a kórházbaszállítás megtörténhetik.

b) Vegyesen — női tejen és tehéntejen — tartott dysenteriás csecsemő táplálása. A lényeg: a még meglévő női tej lehetőség szerinti kihasználása a betegség egész időtartamára. Ha tehát pl. az elválasztás idején levő csecsemő a betegségét megelőzően csak 2—3 alkalommal szopott naponta, az étkezési idők pontos betartásával minden étkezési időben ismét szoptatjuk, minden alkalommal mindkét mellből felváltva történő kezdéssel és 2 napon keresztül minden szopás után $\frac{1}{3}$ -os rizsnyákos tejet adunk pótlásul (1 rész sovány tej, 2 rész 10%-os rizsnyák, 5% Hordenzym), a 4. naptól $\frac{1}{2}$ -es rizsnyákos sovány tejet (1 rész sovány tej, 1 rész 10%-os rizsnyák, 5% Hordenzym). Mennyi táplálékot adjunk? Ha mérleg nem áll rendelkezésre, jó étvágy esetén annyi pótlást adunk szopások után, amennyit a csecsemő szívesen elfogyaszt. Rossz étvágy esetén a lefejt női tejet a fentebb tárgyalt rizsnyákos tejhígításokkal egészítjük ki és az egész napi táplálékot rövidebb időközökben, kisebb adagokban adjuk. (Lásd fentebb.) A táplálék mennyiségére vonatkozólag szabály legyen az, hogy a dysenteriás csecsemőnek betegsége 4. napjától — székletére való tekintet nélkül — a fentartási caloria-

szükségletet meg kell kapnia. (Tekintettel arra, hogy úgy az orvosok, mint a szülők körében a csecsemők táplálékszükségletét a testsúly bizonyos hányadával szokás kifejezni, könnyebb megértés kedvéért én is ezt követem.) Ha 3 hónaposnál fiatalabb, egészséges csecsemő testsúlya $\frac{1}{6}$ részének megfelelő anyatejet, 3 hónaposnál idősebb csecsemő testsúlya $\frac{1}{7}$ részének megfelelő anyatejmenyiséget kap 24 órára, ez a táplálékmenyiség a normális gyarapodást biztosítja. A fentartási caloria a normális viszonyok között megkívánt táplálékmenyiségnek kb. $\frac{3}{4}$ része. Pl. 5300 grammos, 4 hónapos csecsemő táplálékszüksége normális viszonyok között: $5300:7 = 750$ gr női tej. Dysenteria esetén egy ilyen korú és súlyú csecsemőnek betegsége 4. napjától kezdve a táplálékszüksége: $750:4 = 187 \times 3 = 560$ gr női tej lenne. Mivel a csecsemő táplálékának csak egy részét kapja női tejből, $3\frac{1}{2}$ óránként hatszor szoptatjuk, vagy rossz étvágy esetén a lefejt női tejet adjuk, utána az anyatejet kiegészítjük rizsnyákos sovány tejjel egyik alkalommal 90 gr-ra, másik alkalommal 100 gr-ra. Makacs étvágytalanság esetén adhatjuk a táplálékot 2 óránként tízszer 50—60 gr-nyi mennyiségben, vagy még gyakrabban és még kisebb adagokban. Ilyen minőségű és mennyiségű táplálékot hosszabb ideig tarthatjuk a csecsemőt, ha állapota, vagy rossz étvágya nem teszi lehetővé a rizsnyákos tej koncentrációját, vagy a táplálék mennyiségének emelését. Természetes, a táplálékot felül még iparkodjunk a csecsemővel bőséges mennyiségben teát megitatni. Mivel a $\frac{1}{2}$ -es rizsnyákos tej cal-értéke jóval kisebb a női tejénél, jó étvágy esetén még gyakori véres-gennyves székürítés mellett is emelhetjük a táplálékot akár a normális körülmények között megkívánt mennyiségre. (A testsúly $\frac{1}{6}$, ill. $\frac{1}{7}$ részéig.)

Ha a székletek száma csökken, $\frac{2}{3}$ -os rizsnyákos sovány tejből annyit adunk pótlásul (2 rész sovány tej, 1 rész 10%-os, vagy 5%-os rizsnyák, 5% Hordenzym), hogy az anyatej és a pótlás együttvéve 24 órára a testsúly $\frac{1}{6}$ részét, 3 hónaposnál idősebb csecsemőnél a testsúly $\frac{1}{7}$ részét tegye ki. Természetes, ettől eltérések is lehetnek: fejlődésben erősen visszamaradt, sovány csecsemő testsúlya $\frac{1}{5}$ részének megfelelő táplálékmenyiséget is kaphat egész napra, pastosus, kövér csecsemő esetleg testsúlya $\frac{1}{8}$ részének megfelelő táplálékmenyiséggel is megelégszik. Általában az a helyes, ha az étrend bővítését elsősorban nem a székletek száma és milyensége, hanem a betegről nyert összbemutató irányítja: jó étvágy, jó közérzet esetén még gyakori véres-gennyves székürítés mellett is nyugodtan adhatunk koncentráltabb táplálékot is ($\frac{2}{3}$ -os rizsnyákos tej). Kevés vér és nyálka még a reconvalescencia idején is heteken keresztül jelentkezhetnek a székletben, mert a kifehélyesedett vastagbél nyálkahártya behá-

mosodása hosszabb időt vesz igénybe: ez azonban nem gátolhatja meg akár a normális étrendre való áttérést sem. Pépes székürítés esetén a nyákot fokozatosan elhagyjuk úgy, hogy az egész napi nyákos tejhez naponta 1 evőkanállal kevesebb Orizát vagy Flossint adunk, majd ennek teljes elvonása után $\frac{2}{3}$ -os tejet adunk 5% Hordenzimmal (2 rész tej, 1 rész víz, decinként 1 kávéskanál Hordenzym és saccharin). Formált széklet esetén az egész napra elkészített pótlásból naponta 1—2 kávéskanál Hordenzimet kieserélünk ugyanannyi kocka vagy kávéskanál kristálycukorra. Természetes, 2 hónaposnál fiatalabb csecsemőnél teljes gyógyulás esetén is a pótlással csak $\frac{1}{2}$ -es koncentrációig emelkedhetünk, 2 hónaposnál idősebb csecsemőnek gyógyulás után pótlásul $\frac{2}{3}$ -os tejet adunk 5% cukorral. (Decinként 1 kocka, vagy 1 kávéskanál cukor.) 5 hónapos csecsemőnél gyógyulás után az eddig elmondottakhoz bevezetjük a leves-főzeléket. (Zöldségleves darával, burgonyapép.) A déli étkezés előtt az első nap 2 kávéskanál levest és ugyanannyi burgonyapépet adunk, majd naponta mindkettőt 2—2 kávéskanállal emelve kb. 10 nap alatt cseréljük át a déli étkezést leves-főzelékre. Utána adunk uzsonnára $\frac{1}{2}$ -es tejen darát.

c) Mesterségesen — női tej nélkül — táplált dysenteriás csecsemő táplálása. E szempontból különbséget teszünk: 1. 5 hónaposnál fiatalabb, 2. 5 hónaposnál idősebb csecsemők között.

ad 1. 5 hónaposnál fiatalabb csecsemő tápláléka a betegség kezdeti szakában ugyanaz, mint amit pótlásul adunk az előbb tárgyalt, részben anyatejen tartott dysenteriás csecsemőnek. Tehát 12—24 órás teáztatás után az első 2 nap $\frac{1}{3}$ -os rizsnyákos soványtejet adunk (1 rész soványtej, 2 rész 10%-os rizsnyák, 5% Hordenzym) olyan mennyiségben, *hogy az egész napi táplálék a testsúly $\frac{1}{3}$ -ának, ill. $\frac{1}{4}$ -ének $\frac{3}{4}$ részét tegye ki.* A 4. naptól kezdve $\frac{1}{2}$ -es rizsnyákos soványtejet adunk (1 rész soványtej, 1 rész 10%-os rizsnyák, 5% Hordenzym). A táplálás lényege itt is az, *hogy a csecsemő betegségének 4. napjától kezdve — székletére való tekintet nélkül — megkapja azt a minimális táplálékmenyiséget, ami fennmaradásához feltétlenül szükséges.* Javulás esetén $\frac{2}{3}$ -os rizsnyákos tejet adunk (2 rész tej, 1 rész 10%-os, később 5%-os rizsnyák, 5% Hordenzym). A gyógytáplálékról a normálisra áttérés ugyanúgy történik, mint a részben anyatejen táplálaknál.

ad 2. 5 hónaposnál idősebb dysenteriás csecsemő táplálása annyiban térhet el az 5 hónaposnál fiatalabbtól, hogy nagyobb változottságot tudunk biztosítani étrendjükben már a betegség kezdetén, mert pl. naponta 2 etetésre finomra kapart nyers almát, ebédre burgonyapépet adhatunk rizsnyákos tejjel pépesre ke-

verve. Egyébként a betegség kezdetén a tejet ugyanúgy $\frac{1}{3}$ -os, ill. $\frac{1}{2}$ -es rizsnyákos sovány tej alakjában adjuk, mint az előbbieknél. Gyógyulás esetén a rizsnyákos tej koncentrációja és a normális, vegyes táplálékra való áttérés is gyorsabb ütemben történhet.

A rizsnyákos tej készítésénél a következőket kell szem előtt tartanunk: 1 tetézett evőkanál Oriza vagy Flossin 6 gr, 1 tetézett kávéskanál Hordenzym 5 gr. A tejet soványan kell használnunk: nyers állapotban, szobahőmérsékleten, lapos edényben 2—4 óráig állni hagyjuk, utána kanállal a »fölet« leszedjük és a megmaradt soványtejet használjuk a rizsnyákos tej készítéséhez. Pl. $\frac{1}{2}$ -es, 5%-os rizsnyákos tej készítése 5% Hordenzimmal: 4,5 deci vízhez adunk $3\frac{1}{2}$ tetézett evőkanál Orizát és kavaráss közben 5 percig forraljuk. (A fél deci víz a beforráshoz szükséges.) 4 deci soványtejhez adunk 4 tetézett kávéskanál Hordenzimet, felforraljuk és az előbbi módon elkészített rizsnyákkal összekeverve 5—8 tabl. saccharinul édesítjük.

A mesterségesen — anyatej nélkül táplált — toxikus dysenteriás csecsemőnek éppúgy intézeti kezelésre van szüksége, mint a női tejrel táplált, toxikus dysenteriás csecsemőnek. Természetes, a könnyű lefolyásának látszó dysenteriában megbetegedett csecsemő gyógyítása sem szorítkozhat csupán alimentáris feladatra. Azonban a gyógyulásnak — minden más beavatkozást megelőzően — elengedhetetlen feltétele, hogy a beteg egy bizonyos idő eltelte után az életbenmaradáshoz szükséges táplálékot megkapja. Ha ezt biztosítjuk részére, esetleg komolyabb therápiás beavatkozás nélkül is meggyógyul, ha heteken keresztül koplaltatjuk, minden másirányú aktivitásunk ellenére éhenhalhat. A tápláléknak ez a látszólagos sablonizálása nem jelent veszélyt a csecsemőre, mert ez a minimum, amit meg kell kapnia és az adott körülmények között a legkímélőbb étrend. Viszont a hetekre történő fehérje és szénhidrát-megvonás semmiféle individuális gyógyítás keretében sem illeszthető be a csecsemő életbenmaradásának komoly veszélyeztetése nélkül.

A budapesti Bőr- és Nemibetegségek Klinikájának közleménye. (Igazgató: Neuber Ede ny. r. tanár.)

Mély bőrblastomykosis.

(Busse-Buschlee f. typus.)

Írta: Kovács Zsigmond dr.,
egyetemi tanársegéd.

A sarjadzó gombák okozta bőrelváltozásoknak igen sok fajtája ismeretes; közülük a felületesek a leggyakrabban előforduló dermatosisek közé tartoznak. A sarjadzó gombák okozta mélybe terjedő folyamatok sokkal ritkábbak; éghajlatunk alatt közülük kétféle szokott előfordulni. Az egyiket, az ú. n. európai alakot (blastomykosis profunda purulenta) 1894-ben

Busse és Buschke észlelték először. Ez volt az első mély bőrblastomykosis eset, amelyből a sarjadzó gombát, mégpedig a *cryptococcus* hominist ki lehetett tenyészteni. A másik fajtát, az amerikai typust (blastomykosis verrucosa) Gilchrist írta le először, valamivel később. Ismeretes még kétfajta mély bőrblastomykosisos folyamat is, úgymint a granuloma coccidioides (okozója a coccidioides immitis) és a chromoblastomykosis (okozója a *phialispora verrucosa*); ezek azonban a trópusokon szoktak előfordulni.

Az amerikai típusú (Gilchrist-f.) blastomykosisnak legszembevetőbb tulajdonsága az európaival (Busse—Buschke-f.) szemben a verrucosus jelleg. Előfordulása sokkal gyakoribb, mint az európai alaké és Európában éppúgy kerül észlelésre, mint Amerikában. Magyarországon is a Gilchrist-typus a gyakoribb; míg ebből a típusból az utolsó 20 év alatt számos eset került észlelésre, — nagyrészt Neuber, a többi Vámos, Melzer és Dósa, valamint Somogyi észlelte — addig az európai alakból mindössze a szegedi bőrklinikáról a Dósa által bemutatott eset ismeretes.

Buschke az európai blastomykosiszt az irodalomban közölt esetek alapján a megjelenési formák szerint következő csoportokba osztja:

1. Beszűrődött gummosus ulcerosus alak, ami csak a bőrre szorítkozik és csak egy vagy egynéhány gócból áll. Ez a legenyhébb alakja az európai blastomykosisnak.

2. Csak a bőrre szorítkozó alak, de többszörös és szétszört.

3. A belső szervek éppúgy résztvesznek a folyamatban, mint a bőr.

4. Csak az elsődleges góc van a bőrön, a folyamat lényegében a belső szervekben folyik le.

Esetünk a gummosus-ulcerosus formának felel meg, amely csak a bőrön szokott kevés gócot képezni és áttéteket nem hoz létre. Egy 29 éves műszerészről van szó, akit körülményei földművesmunkára kényszerítettek. — Érdekes megemlíteni, hogy a szegedi bőrklinikáról közölt eset ugyancsak földműves-betegnek észleltetett, kezdetben a typusa is hasonló volt és csak később képezett áttéteket. — A folyamat a beteg jelentkezése előtt kb. fél évvel kezdődött az arc jobboldalán diónyi, bőr alatt fejlődő csomó képében. Ez a csomó lassankint növekedett és mintegy két és fél hónap alatt érte el a beteg jelentkezésekor fennálló kiterjedését.

Allapota felvételkor: (1. ábra) elváltozások ellepik az arc jobboldalát a fül előtti tájék kivételével, ráterjednek az orra, felsőajakra és az állkapocs alatti tájékra is. A folyamatot a duzzanat, mély, tömött beszűrődés és az egyenetlen felszín jellemzi, melyen számos borsónyi, mandulányi, többé-kevésbé lapos, puhatapintató csomó, több gennyes hólyag és apró sipoly, valamint pörkők láthatók. A jobb pofa-

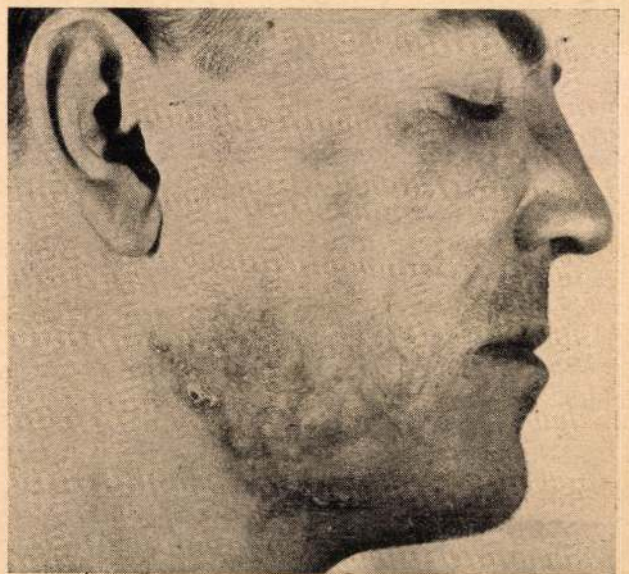
nyálkahártya duzzadt, bővérű; lényeges elváltozást nem mutat. Mérsékelt szájjár. Az érintett terület tapintásra fájdalmas. Az állkapocs röntgenfelvétele kórosat nem mutat. Belső szervi baj nem volt kimutatható. Általános állapot jó.



1. ábra.

Az 1:5 hígítású blastomykosis-antigennel végzett allergiás próba pozitív eredménnyel járt. Az ugyanilyen hígítású aktinomykosis-antigennel végzett reactio, valamint a Pirquet-reactio enyhén pozitív volt. Wassermann és társ-reactiók negatív eredményűek voltak. Vércsejtsüllyedés egy óra alatt 25 mm.

A szöveti leletben az idült sarjadzás képe látható. A hám acanthotikus, a papillaris réteg vizenyős. A lényeges elváltozások az irhában vannak, ahol mikroabscessusok, plasmasejtekből, leukocytákból, fibroblastokból álló beszűrődések láthatók, valamint vizenyő, tárgult hajszálerek és helyenként vérzés, elvértve



2. ábra.

1—1 óriássejt. A Gram-szerint festett készítményben gombaelemek nem mutathatók ki. Erleváltozások a hajszálértágulatok kivételével nem láthatók.

A sterilen vett kikent gennyben bakterium nem volt. A készítmények kis töredékében tudunk intracellularisan elhelyezkedő kerek, Gram-positív, sarjadzó, gombaszerű képleteket kimutatni. A Sabouraud-féle glukose-agar táptalajon ismételt leoltás után fehéres színű, nyúlós telepek fejlődtek, melyek kettősen fénytörő, kerek blastosporákból állottak. A kitegyesztett gomba kulturális és mikroszkópos lelete megfelel a *Cryptococcus hominis* nevű sarjadzó gombafajtának.

A klinikai kép, az allergiás reactio és a gombaelet alapján állítottuk fel diagnosisunkat. Az elkülönítő kórisme szempontjából a gümőkór és a syphilis jött számba, azonban a gümős folyamat ellen az elváltozás gyors szétterjedése és a szövettani lelet; syphilis ellen pedig elsősorban a mikroabscessusok, a hígan folyó genny jelenléte és a negatív War. szól.

Az eset 9 hónapja került klinikánkra. Minthogy a felvétel akadályokba ütközött, csak bejáró betegként kezelhettük. Azt az eljárást alkalmaztuk, melyet Neuber a Gilchrist-typusú blastomykosis eseteiben dolgozott ki és alkalmazott kiváló eredménnyel. Arany-sajátvér-autovaccina-kezelést kezdtünk meg és az elmúlt 9 hónap alatt 7 bismuth, 2,24 g Solganal B. oleosum, 35 sajátvér és 25 autovaccina befeeskendezést kapott, majd 2 hónapi szünet után hasonló kezelésben részesítettük. Az autovaccinás kezelést csak kéthónapi aranyelőkészítés után kezdtük meg. Helyileg párakötésen s rövidhullámon kívül egyebet nem kapott. Érdekes megemlíteni, hogy a kezelés folyamán többször következett be erős gócreactio, részben vaccina, főleg azonban Solganal B. oleosum befeeskendezések után. A kezelés eredményeként — elsősorban az autovaccina bevezetése után — nagyfokú javulás mutatkozott. A gennyezés nagyrészt megszűnt, a sipolyok begyógyultak, az egyenetlenségek elsímultak, a beszűrődések az orrkörnyéket és az állalatti tájat kivéve, erősen csökkentek, a szájjár oldódott. A leromlásnak nyoma sincs, a beteg a kezelés folyamán hizott. Még szembetűnőbb a javulás a második kezelés megkezdése után (0,83 g Solganal B. ol., 10 sajátvér és 3 vaccina befeeskendezés); az eddigi beszűrődések oldódása is megindult, a gennyezés pedig teljesen megszűnt. (2. ábra.)

A folyamat igen nehezen befolyásolható. Arra hogy körülírt maradjon, még hosszabb idő eltelté után sem lehet biztosan számítani. Áttétek a folyamat megindulása után még hosszú idő múltán is keletkezhetnek. Betegünkön ¼ éves észlelés alatt metastasis nem mutatkozott és ezideig úgy látszik, hogy valóban a legkevésbé rosszindulatú csoportjába tartozik a mély gennyező bőrblastomykosisoknak.

A pécsi ideg- és elmegyógyászati klinika közleménye.
(Igazgató Reuter Kamilló ny. r. tanár.)

A hím hormon hatása a genitális és endokrin szervekre.

Irta: Cserna Kálmán dr. idegszakorvos.

A testnek minden szerve valamilyen rá jellemző vegyületet termel a szervezet, mint egész számára. Ez az elgondolás volt az »école vitalistique« szerteágazó elméleteinek alap-tétele, amint azt Théophile de Bordeau a XVIII. sz. második felében hirdette. Ma pedig annak a nagy fejlődésnek eredményeként, amelyen a szervek belső működésének és a voltaképeni belsőelválasztású szerveknek az ismerte keresztülment, ezeket a hosszú időn át csak feltételezett anyagokat sikerült nagyrészt már a gyógyítás szolgálatába állítani.

Ismeretes, hogy az egyes szervek különböző működése hormonok által befolyásolható, de nem csupán a somatikus és a szűkebb értelemben vett vegetatív tevékenységek, hanem a lelki élet megnyilvánulásai is az értelem és az érzélem terén. Ennek megfelelően igen sokoldalú a hormonok alkalmazásának lehetősége és talán még inkább az esetek sokasága, ahol az egyes hormonokat alkalmazzák.

Valamelyik endokrin mirigy magános betegségén kívül pluriglandularis kórképek volnának a hormongyógymód klasszikus esetei, de ezeket számbelileg sokszor felülmúlják az ú. n. határesetek és a gyakran közelebből meg nem határozható elváltozások, ahol a hormonos gyógyítás sokszor eredményesnek látszik. Mindezeknek a megítélésében tekintetbe kell vennünk azt a tényt, hogy habár ma sok hormonnak ismerjük a tapasztalati képletét, sőt szerkezetét és különböző változatait, valamint azoknak hatásait, melyek összehasonlíthatók egymással a nemzetközileg elfogadott egységek segítségével, — mégsem áll rendelkezésünkre olyan módszer, mellyel legalább egyes vitaminokhoz hasonlóan, a vérben quantitativ hormonmeghatározást végezhetnénk, ill. ha ezt megtehetnénk is, megnyugtató bizonyossággal látnók, hogy egy adott csökkent érték hiányos termelésnek, fokozott felhasználásnak, vagy a megváltozott lebontás és kiválasztás következményeként tekintendő-e. Az a kép pedig, amelyet adott esetben magunk előtt látunk, közvetlen vagy közvetett eredője lehet egy vagy több endokrin szerv működésében beállott időleges vagy állandósult zavaroknak, vagy legalábbis módosítást szenvedhet azoktól. Ennélfogva sokszor nehéz feladat valamely kórkép tisztázása és méginkább a gyógyítás menetének a kidolgozása, annál is inkább, mert esetleges psychogen superpositio megjelentészerűen átalakíthatja a tüneteket.

Mindezeknek a figyelembevételével a kórkép lehető legpontosabb pathológiai és diagnostikai elemzése után az egyes esetekben megkezdhetjük a hormonkezelést, de még akkor

is arra kell gondoljunk, hogy az endokrin bajoknak a mindenkori klinikai képe egy dinamikai folyamatnak csak keresztmetszete, amelyet időleges vagy állandósult működésbeli zavarok befolyásolnak a reactive közbelépő compensatiós mechanizmusokkal együtt olyannyira, hogy gyakran olyan endokrin szervre utalnak a tünetek, amelyek esetleg nem is betegek.

Az egyes hormonalis szervek önálló tevékenysége s méginkább a többivel való összefüggése ma még sok tekintetben nem eléggé világos. Ez érvényes a gonadokra is, amelyeknek felkutatása volt időrendben a legelső a belsőelválasztású szervek vizsgálata során. Néhány fontosabb kapcsolat: a hypophysis kiesése a gonadok sorvadását eredményezheti, míg fordított esetben a hypophysis hypertrophiája lehetséges, ezzel kapcsolatban pedig az eunuch vonások kialakulása. A thymus gátlóan hat a gonadokra. A thyreoida eltávolítása fékezheti a nemi mirigyek növekedését. A gonadok és a mellékvese működése bizonyos kapcsoltságot mutat, így az utóbbinak kiesését rendszerint a genitálék aplasiája, vagy anomáliája követi.

A sexualis hormonok gyógyító alkalmazása elsősorban a nemi szervek fejlődési vagy működési zavaraira irányul, így a hypo- és dysfunctiós jelenségekre, a senilis elváltozásokra, mint a prostatahypertrophya csökkenésére, a bőrfüggelék megbetegedésére, számos pluriglandularis betegségre és az utóbbi években a peripheriás idegek sérüléseinek gyorsabb és functionalisán teljesebb gyógyulásának elősegítésére.

A felsorolt esetekben és ezeken kívül legalább experimentálisan sok más javallattal kerülnek alkalmazásba a him hormonok, a legkülönbözőbb, gyakran aránylag nagy mennyiségben. Így nem érdektelen megfigyelni hatásukat a huzamos időn keresztül való adagolás eseteiben mind általánosságban, mind részleteiben az egyes szervekre vonatkozólag

Ez irányban végzett kísérleteimről számolok be a következőkben: 10—18 hónapos himnyulak kaptak sorozatosan testosteronacetatot, ezenkívül egy 4 és egy 5 éves állat is. Az állatok minden harmadik napon kaptak egy i. m. befecskendést, mégpedig 4 állat 0.5 mg-ot, 5 állat 15 mg-ot, az idősebbek mindkettőn 15 mg-ot. Testsúlyuk 1900—2400 g között volt. 2 kontrollállat is volt, mindegyik 0.5 cm³ ol. oliv.-ot kapott, a szintetikus hormon oldószerét. A testosteron kisebb adagja megfelel emberre átszámítva kb. 20 mg-nak, ami a szokásos dosisokkal kb. egyezik, a nagyobb adag pedig ennek 30-szorosa, esetleg toxikus mellékhatások megfigyelése céljából. Mindegyik állat 22 injectiót kapott, egy részük 3 nappal, más részük 30 nappal a kísérlet befejezése után került vizsgálat alá. Az állatok általános állapota, testsúlya a kisebb adagokra nem igen változott, a 15 mg-osakra

30—40%-os súlycsökkenés állt elő, bár az állatok étvágya látszólag nem változott.

Az egyes szervekre való hatásban nem volt 15%-ot meghaladó különbség a fiatal és az idősebb állatok között.

A nemi szervekre való hatás részletei: A herék zsugorodtak, állományuk fellazult, súlyuk a kisebb adagokra kb. 35%, a nagyobbakra 25% csökkenést mutatott. A vesicula seminalisok súlya az első csoportban nem mutatott számottevő változást, a másodikban pedig 80%-ot elérő növekedést. Faluk megvastagodott, bennük mindkét esetben bőségesen voltak mozgékony spermiumok. 40% körüli növekedés volt a prostata és a penis részéről a fiatalabb állatokban és ennek alig a fele az idősekben. Valamennyi elváltozás szembe-tűnőbb volt a 30 nap után vizsgált állatokban. Az állatok környezetüktől visszavonultak.

Néhány endokrin mirigy reakciója: a hypophysis a kontrollállatokkal szemben nem mutatott eltérést. A thyreoida egy 0.5 mg-os és két 15 mg-os állaton szimmetrikus megnagyobbodást mutatott, 15% súlytöbblettel. A thymus, főleg a 30 napos állatokban alig találhatóan visszafejlődött. A pankreas változatlan volt. A mellékvesék kérge bár nem vastagodott meg, de sárgásan elszíneződött az esetek felében.

Idegrendszeri változások: a 15 mg-os állatokban az indentált mozgások meglassúbbodtak, az elérhető peripheriás idegtörzsekben pedig quantitative fokozódott a galvános áramra való ingerlékenység, a reactiv mozgások nagyobb excursiókkal és rövidebb időn belül történtek majdnem minden esetben. Qualitativ elváltozás nem volt észlelhető.

Mindezekben a változásokban nem volt számottevő különbség a fiatalabb és idősebb állatok között.

Összefoglalás: Mind a therapiás adagoknak megfelelő, mind az ezeket lényegesen meghaladó mennyiségű him hormon parenteralis bevitele után mind a fiatal, mind az idős állatokban a spontaneitás csökkenése és a testsúly fogyása látható aránylagosan. Mind-egyik korú állat kevesebbet törődött környezetével, mint a kísérlet megkezdése előtt, mind a kisebb, mind a nagyobb adagokra. A genitálék közül a testisek megkisebbedtek, de élő spermiumokat termeltek, a másodlagos nemi szervek pedig megnövekedtek, sajátosságosan még az idős állatok prostatája is. Az endokrin mirigyeken esetenkénti pajzsmirigymegnagyobbodáson és a mellékvesekéregben látható mérsékelt lipoidlerakódásokon kívül nem volt számottevő makroszkopikus elváltozás. A peripheriás idegrendszer ingerlékenysége megnagyobbodott.

Ezek voltak azok a tapasztalati eredmények, melyek talán részben megnyugtatóak lehetnek a huzamos időn keresztül alkalmazandó him hormonok javallatának megválasztásában, de részben meggondolandók is, ha a

testisek megkisebbedését, a környezettől való visszavonultságot és a peripheriás idegrendszer ingerlékenységének növekedését tekintetbe vesszük. További vizsgálatok tárgya lehet még az egyes megbeszélte szervek mikroszkópos elváltozásainak rendszeres észlelése, valamint egyes serumértékek quantitativ meghatározása a vizsgálat alatt.

A szegedi Női klinika közleménye (Igazgató: Batiz Ialvy János ny. r. tanár)

A terhességi renális glykosuria mechanizmusa.

Irta: Aigner Károly dr.

Hofbauer, Maase, Novak, Porges és Strisover vizsgálataiból tudjuk, hogy a terhességben a vese ú. n. cukorküszöbe a normálnál alacsonyabb. Néha rendes vércukorszint mellett cukorvizelés észlelhető s már a terhesség elején majdnem mindig nagyfokú phloridzin-érzékenység mutatható ki. Ezt a jelenséget, valamint az ezzel teljesen analóg alimentáris glykosuriát a terhesség korai felismerésére is felhasználták. A vizsgálatot úgy végezték, hogy az asszonnyal 100 gr. szőlőcukrot etettek meg, mire a vizeletben az esetek többségében cukor jelent meg anélkül, hogy a vércukor a »kritikus« szintre (kb. 170 mg%) emelkedett volna. Hetényi Liebmannal kimutatta, hogy más monosaccharidakkal a kísérlet éppen így elvégezhető: 100 gr. laevulose-t tartalmazó tea itatása után minden esetben megjelent a vizeletben a laevulose. Hetényi vizsgálatai szerint a laevulose cukorküszöbe a dextrose küszöbénel alacsonyabb; ez is arra mutat, hogy a terhességi glykosuria nem pankreatogén, hanem renális eredetű. Küstner a terhességi cukorvizelés létrejöttében a corpus luteumnak tulajdonít döntő fontosságú szerepet.

Mióta Hoff kimutatta, hogy a phloridzin-glykosuria és a nem terhes nőknél fellépő normoglykaemiás glykosuria lactoflavin, vagy mellékvesekéreg hormon befecskendezésével csökkenthető, illetve megszüntethető, a renális és phloridzin-diabetest Verzár szellemében a vese tubulussejtjeinek phosphorylálási zavarával magyarázzuk. A cukrok ugyanis phosphorylált állapotban szívódnak fel a bélből és a veséből a vérbe és a vérből a szövetekbe és ehhez a folyamathoz lactoflavinphosphorsavesterre is szükség van; mind a cukrok, mind a B₂ vitamin phosphorylálását a mellékvesekéreg hormon teszi lehetővé. A renális diabetes lényege tehát az, hogy a tubulusok képtelenek maradéktalanul visszaszívni a glomerulusokban normális mennyiségben filtrált cukrot. Thaddea szerint renális diabetesben a mellékveseelégtelenség egyéb jelei is fellelhetők.

Jelen dolgozatunk — a vizsgálatokat Földi Mihálylyal végeztük — célja a terhes nők alacsony cukorküszöbének mechanizmusát tisztá-

zni. Különösen érdekesnek tűnt ez a kérdés azért, mert, mint ismeretes, a terhesség alatt a mellékvese kéregállománya túlteng és így — már amennyire morfológiai megfigyelések alapján a functióra általában következtetni lehet — nem valószínű, hogy cortinhiány lenne az oka a tubuláris apparatus csökkent cukorresorbeáló képességének.

Kísérleteink első csoportjában a Női klinika háziterheseit vizsgáltuk meg oly módon, hogy a hólyag teljes kiürítése után 10 cm³ 1%-os phloridzin oldatot fecskendeztünk be intravénásan, majd vért vettünk és pontosan egy óra hosszat gyűjtöttük a vizeletet. A vér (P.) és vizelet (U.) kreatininconcentrációjának, a vér (Dp.) és a vizelet (Du.) cukortartalmának és az egy perc alatt ürített vizelet (V.) mennyiségének ismerete alapján kiszámítottuk a clearance-t (C), valamint az időegységben filtrált (FD.), kivizelt (KD.) és resorbeált (RD.) cukor mennyiségét.* (L. 1. tábl.)

Ezután a Belklinika nőbetegein végeztük el ugyanezt a vizsgálatot, ügyelvén arra, hogy »alacsony cukorküszöböt« okozó betegségek ne szerepeljenek. (L. 2. tábl.)

Az első, amit a két táblázat összehasonlítása alapján láthatunk, az, hogy a terhesek többsége ugyanakkora phloridzin adag hatására az időegységben lényegesen több cukrot vizelet ki, mint a nem terhesek; csak az V., VII., VIII. és X. sz. terhes képez kivételt.

A terhességben fennálló phloridzin-érzékenységet, másszóval alacsony cukorküszöböt tehát mi is ki tudtuk mutatni. Teljesen váratlan és meglepő azonban az, hogy az egy perc alatt visszaszívott cukor mennyisége a terheseknél nagyobb, mint a nem terheseknél, tehát a terhesek alacsony cukorküszöbét nem a tubuláris cukorresorptio csökkent volta okozza, szemben a más eredetű renális glykosuriával. A terhesek »cukorküszöbe« azért alacsonyabb a rendesnél, mert a filtrált cukor mennyisége rendkívül nagy. A megnövekedett cukorfiltratio oka pedig az, hogy a terhes nők glomerulus filtrátuma nagyobb a normális 80—120 cm³-nél egy perc alatt. Különösen óriási a IV. sz. terhes clearance-e.

Eredményeink alapján magyarázatot tudjuk adni azoknak az eseteknek is, melyek nem mutatták a terhesekre jellemző phloridzin-érzékenységet. Az V. és X. sz. terhes azért nem ürít több cukrot, mint a kontroll betegek, mert a nagy filtrációt a szintén igen nagy cukorresorptio ellensúlyozza. A VIII. sz. terhes nem filtrált a rendesnél több cukrot, a VII. sz. clearance-e pedig a normálnál jóval alacsonyabb.

Figyelembe véve a terhes nő szervezetében bekövetkező elváltozásokat, érthetővé válik a glomerulusfiltratio fokozódása. A terhes nő ke-

* A számítás részleteire vonatkozóan lásd: Földi Mihály »A vese cukorküszöbének lényege« című közleményeit. (Orvostudományi Közlemények, 1943. 8. és 20. sz.)

1. sz. Táblázat.

Szám	V cm ³	U mg%	P mg%	U/P	C cm ³	Dp mg%	Du mg%	FD mg	KD mg	RD mg
I.	3.1	28.75	0.67	45.9	142.3	108	1050	153.7	32.5	121.2
II.	1.9	60	0.5	120	228	112	2100	255.4	39.9	215.5
III.	2	40.5	0.45	90	180	114	2650	205.2	53	152.2
IV.	4.5	39	0.3	130	585	86	1090	503.1	45	458.1
V.	1.6	76	0.65	116.9	187	100	1400	187	22.4	164.6
VI.	4.2	20.25	0.45	45	189	126	1200	238.1	50.4	187.7
VII.	0.6	67	0.98	68.3	41	130	4500	53.3	27	26.3
VIII.	1.7	60	0.85	70.4	120	96	1200	115.2	20.4	94.8
IX.	5.5	17.5	0.68	25.7	141.3	80	650	113	35.7	77.3
X.	1.6	78	0.45	173.3	277.3	80	1000	221.8	16	205.8

2. sz. Táblázat.

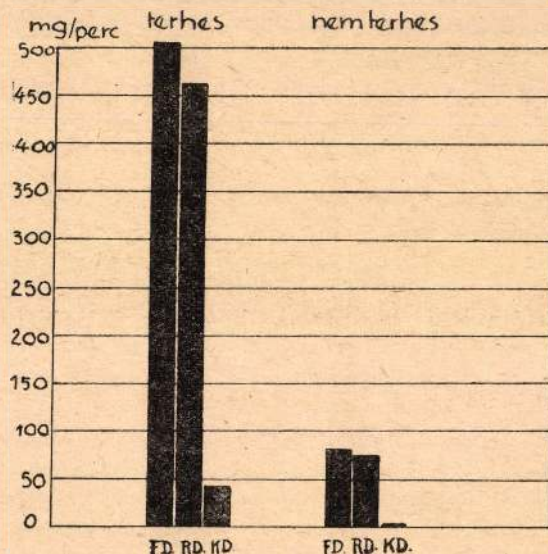
Szám	Diagnózis	V cm ³	U mg%	P mg%	U/P	C cm ³	Dp mg%	Du mg%	FD mg	KD mg	RD mg
I.	Akroscler.	0.75	115	0.98	117.3	88	100	3076	117.3	23.1	94.2
II.	Hyperton	1.9	30	0.49	61	116	101	1065	120.6	20.14	100.5
III.	Polyar RH.	1	90	1	90	90	98	1536	88.2	15.4	72.8
IV.	Neurasth.	0.58	130	0.54	240.7	140	102	3900	142.8	22.6	120.2
V.	Ulc. Ventr.	0.7	56	0.7	80	56	97	3084	54.3	21.6	32.7
VI.	Gastrit.	0.55	123	0.5	246	135.3	84	3240	113.6	17.8	95.8
VII.	Cholelith.	0.5	120	0.5	240	120	92	2640	110.4	13.2	97.2
VIII.	Cholecyst.	0.5	80	0.47	170.2	85.1	92	1500	78.3	7.5	70.8

ringő vérmennyisége — a terhesség végén kb. 1 literrel — szaporodik, úgy, hogy a testsúly 7.7%-át teszi ki a normális 6.3%-kal szemben (*Albers*). A terhes nő hydraemiás, emellett nagyfokú hypalbuminaemia és hyperglobulinaemia van jelen; ennek következtében a vérplasma kolloid-osmosis nyomása csökkent. Ezen elváltozások, amelyeket nephrosisban is látunk és amelyeket experimentálisan plasmapheresis révén lehet létrehozni, a glomerulus-capillárisokban uralkodó filtrációs nyomás emelkedésére vezetnek. Nephrosisban a vese anatómiai elváltozásai, a plasmapheresises állapotban pedig — amint azt *Földi Korányi András*s kimutatta, — a vértetés következménye gyanánt fellépő vérnyomás-csökkenés az oka annak, hogy a filtrációs nyomás fokozódása ellenére a clearance mégis alacsony. Az egészséges terhes azonban úgy viselkedik, amint az a physikochemiai erők ismeretében tulajdonképpen előre várható.

A fokozott tubuláris cukor-resorptio oka — legalább is részben — valószínűleg a mellékvese kéregállományának terhességi hypertrophiája.

Összefoglalás: Renális diabetes — Hetényi szavai szerint idült normoglykaemiás glykosuria — oka a vese tubulussejtjeinek csökkent cukorresorptiója; a phosphorylálás zavara következtében a normális mennyiségben filtrálódó cukor egy része nem szívódik fel. Munkánkban a renális glykosuriának új, eddig ismeretlen, »glomeruláris« formáját közöljük, mely terhességében észlelhető s melynek oka a normálisnál jóval nagyobb mértékű cukorfil-

tratio. A már régóta ismert »tubuláris« formával szemben a terhességben a cukor-resorptio is fokozott.



1. ábra.

Az ábra (baloldalt IV. sz. terhes, jobboldalt X. sz. kontroll beteg) a mondottakat szembevetően érzékelteti.

Teljes szemészeti felszerelés és pantostat, diathermia, mikroszkop eladó. Bővebb értesítést ad: Beniczky gyógyszerész, Eger.

SEDYLETTA

tabletta 30×0·015 gr

Általános hatású psychikus megnyugtató, kitűnő spasmolitikum

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

Podmaniczky-gyógyszertár
Budapest, VI.

CAPHOSEIN

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

az erjedéscsökkentő dyspepsiák kiváló gyógyszere

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

Szabadon rendelhető az összes betegségbiztosító intézetek terhére.

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

Tonopar sol.

kellemes ízű máj-, vitamin- és réztartalmú
antianaemicum, tonicum, roborans

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



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

VITACHINA DRAGÉE

Gyártja és forgalomba hozza:

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

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET

Rovatvezető: *Benes Lajos és Rhorer László.*

Uj eljárás a lövések utáni fertőzött »sontcavernák« kezeléséhez (tengeri fővény plomb). *Hetzár W.* (Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 258. 6—8.) Steril fővényt gennyedő sebek kezelésében Thies használt először 1911-ben. Az azóta elfelejtett kezelési eljárás Golz (1939) hívta fel újra a figyelmet. A szerző főleg silicium oxydot tartalmazó finom szemcsés, sterilizált tengeri fővénnel dolgozott, a csontokból eltávolított háborús lövedékek helyén keletkező osteomyelitises üregek kezelésében. Hangsúlyozza, hogy a tengeri fővény kezelést csak elhatárolódott idült osteomyelitises folyamatok gyógyításában használhatjuk jó eredménnyel, míg az acut, vagy subacut eseteket ezzel kezelni nem szabad. A csontláda felett feltárja a lágyrészeket, a kilökődőben lévő csontdarabot, vagy idegentestet eltávolítja és helyét egészen a bőr felszínéig kitölti fővénnel. A sebet 8 napon át magára hagyja. A beteg nyugodtan fekteti, majd a fővényt 8—8 naponként addig cseréli, míg a csont ürege kitelődik. (B. 8.)

Kovács Zoltán dr.

A Bomskow-féle thymushormon problémáról. *H. Günther, E. Schairer, J. Rechenberger.* (Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 258. 3—5.) Bomskow kísérletei révén kialakult thymus hypothesisek, a thymus problémát egészen új beállításba helyezték és működését legalább nagyjából tisztázták. Az utánvizsgálók azonban nem tudták Bomskow kísérleteit igazolni. Így a thymus-hormon hatására létrejövő májglycogen mobilizálást, melyet Bomskow, mint a thymus-hormon jelenlétét biztosan igazoló, jellemző tulajdonságát, nem tud-

ták kimutatni. Ugyancsak ebből folyó status thymo-lymphaticus és a thymus-halál létrejöttét szintén tagadják. Nem találtak alapot a lymphocyták thymusban való »feltöltési elméletére« sem. De Bomskow tengerimalac kísérleteit, melyekben a thymus és a pajzsmirigy antagonizmusát igyekezett kimutatni, szintén nem tudták megismételni. A Basedow-kép kialakulásában sem tulajdonítanak jelentőséget a thymusnak. A nemimirigyekre és a hypophysis elülső lebenyére azonban thymus-hormonnal valóban sikerült kísérletet hatást létrehozni. A hypophysis elülső lebenye thymotrop hormonját valószínűtlennek tartják és csupán a pajzsmirigyre és a csirimirigyekre ható hormonját veszik bebizonyítottan. Hypophysektomisált állatok thymushormon adására törtenként növekedésének kontrollvizsgálatai még folyamatban vannak, azonban annyit már is biztosan megállapítanak, hogy a thymus rejtélyt Bomskow-vizsgálatai egyáltalában nem oldották meg. (B. 9.)

vitéz László Dezső dr.

BÖRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő.*

Az életet fenyegető bőrbetegségek. *Fuhs H.* (Wiener Klin. Wochenschr. 1944. I.) Bőrbetegségek között ritkábban fordulnak elő. Legtöbbször halálos végű az erythematodes heveny alakja, mely septikus állapothoz hasonló lefolyású. A pemphigus, átmeneti javulások dacára, lassú leromlást okoz. Takonykór heveny alakja, lépene nyirokutakon terjedve, halálos szokott lenni. Tularaemia elsődleges jelensége olykor a bőrön van, typhus-szerű lefolyása esetén 3—4%-ban halálos. Orbánc idősebb korban vagy leromlott egyénnél veszélyes. Sugárgomba belső, hasi és mellkasi szövődményei nehezen és ritkán gyógy-

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

EPHERIT-CHINOIN

(phenyl-methylamino-propanol-hydrochlorid)

**Asthma, hypotonin
légzőközpont bénulás**

Ampulla**Tabletta****Pulvis**

GRANULOCITOGÉN

SPECIFICUM
AGRANULOCYTOSISBAN

»CERTA« GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R. T. BUDAPEST

gyíthatók, Impetigo herpetiformis Hebrae az epitheltestek zavara folytán az esetek felében halálos, Werlhof-kór a fokozódó vérszegénység folytán halálos, Salvansan-bőrgyulladás kiterjedt alakja gondos ápolás dacára is néha kedvezőtlen kimenetelű, Mykosis fungoidea senyvesseget okoz és így halálosvégű betegség. (Sz. 13.)

Kertész Tivadar dr.

Az allergia és parallergia befolyásolása lupusos betegek általános kezelésével. *Zurhelle E.* (Deutsche Med. Wochenschr. 1944. I.) Lupusos betegeknek a visszaesés gyakorisága az általános kezelés szükségességére hívja fel a figyelmet. Ezen kezeléshez tartozik a *Neuber* által ajánlott reconvalescens savó, arany és sajátvér befecskendezéséből álló kezelés; kedvező eredményeit mások is megerősítik. Ezek mellett ajánlják a rubrophon, kékfény, normál savó és tuberculin-kezelést. A beteget lehetőleg szakintézetben kell elhelyezni, ahol fekvés, étrend, stb. révén reakció készségüket gyorsan lehet fokozni, másrészt a fokozott vegetatív és allergiás érzékenységet csökkenteni. Fertőző gócotak lehetőleg helyi kezeléssel ki kell kapcsolni. A fajlagos és nem fajlagos desensibilisatio ajánlható. A lupusos egyén általános kezelése kezdetben tehát megnyugtatás, majd a test védekező erejének fokozása legyen. (Sz. 12.)

Kertész Tivadar dr.

A férfi trichomonas-urethritis. *E. Zahn.* (Derm. Wschr. 116. 13/14.) 12 trichomonas-urethritisről számol be férfinél. A fertőzés nemi érintkezés útján keletkezik és létrejöttében a húgyeső bizonyos bakterium-flórája és a trichomonasok virulentiája játszik szerepet. (Sz. 14.)

Ifj. Nékám Lajos dr.

ORR-, TOROK-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

A tonsillektomia esetén használatos helyi érzéstelenítés kapcsán bekövetkezett késői halálról. *Ruf.* (Msehr. f. Ohrenheilk. etc. 1944. 5.) Halálos esetek tonsillektomiák kapcsán nem tartoznak a ritkaságok közé. Halálhoz vezethet: I. az érzéstelenítőszer, ha 1. Túladagolt; 2. Egyéni túlérzékenység áll fenn; 3. A carotis-sinusreflex kikapcsolása által, 4. Intravasális; 5. Perivasális befecskendezés esetében. II. A műtét alatt: 1. Vérzés; 2. Vegetatív shock miatt. III. Műtét után: 1. Vérzés; 2. septikus szövődmények miatt. A tulajdonképpeni novocainhalál a befecskendezés után jellegzetesen rövid idő alatt — pár másodperc vagy perc alatt — áll be, de leírtak eseteket, amikor a beteg az érzéstelenítés után több órával, sőt napokkal később halt meg. Szerző esetében a mandulakiirtással kapcsolatos novocainérzéstelenítés után a 40 éves férfibeteg 30 óra múlva meghalt. Közvetlen az érzéstelenítés után collabált, de később magához tért, úgy, hogy a műtétet is el lehetett végezni. A műtét után 9 órával ismét elveszítette eszméletét, göresök léptek fel, később baloldali hemiplegia, majd exitus. A boncolás a jobb carotis interna pars petrosa-sphenoideálisában thrombust mutatott ki, mely a megfelelő agyrészletekben

táplálkozási zavarhoz vezetett. A carotis interna pars cervicalisa semmiféle elváltozást sem mutatott. Szerző ezt a következőkkel magyarázza: a befecskendezett novocain periarterialisán helyezkedvén el, carotis kontrakturához vezetett. Ez átmenetileg agyanaemiát okozott, ami megmagyarázza a gyorsan kifejlődött, de gyorsan tovatűnő collapsust. Az ezután beálló és izolált thrombosis az összehúzódott cervikális carotisrészlet feletti pars petrosa-sphenoideálisban fellépő statikus köszönhetette kifejlődését, lassan — 9 óra alatt — képződött és tüneteket csak a megfelelő érzéslet teljes elzárása után okozott. Azt, hogy a pars petrosa-sphenoidealis az összehúzódásban nem vett részt, szerző a két érszakasz bonctani, szövettani és élettani különbségei alapján magyarázza. A novocainhalál szempontjából a tonsillektomia veszedelmes beavatkozás. Seeger statisztikája szerint az össze esetek 3/4-ada tonsillektomia kapcsán jelentkezett. Szerző esete eddig egyedülálló az irodalomban. (A. 9.)

DERMASEPT KENŐCS

sec. ZOMBORY

15, 30, 50 g-os csomagolásban

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

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

LAXOPTIN

Ideális, enyhe hatású hashajtó. Éveken át jó eredménnyel szedhető

Lalkus propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra

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

METALIX RÖNTGEN

RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KORÚT 37

TEL. 182-580, 383-135.

Szent Lukács Gyógyfürdő és Gyógyszálló

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

Az üzemi orvos.*

Az üzemi orvos egészségvédelmi, balesetvédelmi és szociális munkát végző, iparegészségügyi, gyakorlati szakember. Működésére az üzem, a munkás és a köz érdekében egyaránt szükség van. Az üzemben munkája révén csökken a munkamulasztás, fokozódik a teljesítmény. Csökken a balesetek száma és gyógytartama. Ezek folytán és ezek arányában csökken a társadalombiztosítás betegségi és baleseti ágazatában a táppénz és baleseti járadék összege. Növekszik az üzem biztonsága, termelése, az egy emberre eső teljesítmény. Ennek arányában csökkenthető a létszám és az ügykezelési költség. Az egyenletes üzemmenet és egészségvédelem nagy hatással van az üzemi békére is, mert az egészséges és jólkereső munkás szívesen, nyugodtan és megbízhatóan dolgozik. Az üzemi orvos alkalmazása tehát nem meddő teher, hanem hasznos befektetés. Sajnos, a tárgyilagos szociális szellem ma még azokban a körökben is hiányzik, ahol szociálpolitikával és társadalombiztosítással, emberek sorsának anyagi és szellemi irányításával foglalkoznak. Ezért sokan nem tudják és nem értik azt, hogy a szociális kérdések szakszerű elintézése nem kidobott pénz, hanem hasznos befektetés, célszerű takarékoskodás, jó üzlet.

Az OTI legnagyobb hibái közé tartozik az, hogy a kirótt törvényes járulékok befizetésén, a törvények, rendeletek, iparfelügyelői előírások betartásán túl a munkaadó semmire sem köteles, az OTI orvosával semmiféle kapcsolatban sincs. Ez végét vetette a vállalati pénztárak régebbi, nagyértékű, szociális kezdeményező munkájának, amellyel intézményeket létesítettek alkalmazottaik gyógyítására, egészségének védelmére, kedélyének és tudásának nemesítésére. Ezzel tehát egy olyan nemes és hasznos verseny szűnt meg, amelyért az OTI cserébe csak bürokráciát adott. A vállalatok újabb önkéntes kezdeményezései elsősorban reklámcélokat szolgáltak és a rendszeresség, szakszerűség, szociális szellem hármas követelményének kielégítésére nem mindig voltak alkalmasak. A bürokrata szellemre a hatásköri tabu a legjellemzőbb. A szakértelmet ez a rendszer se nem keresi, se nem szolgálja. De a hatáskörért körömszakadtáig harcol. A szanálás éveinek nagy gerinctörő munkája a vezetők szarvait még csak jobban megnövelte; önteltségüket, hiúságukat fokozta, a hatalmi szóval történő elintézés rendszeresítette. Ennek eredménye az egészségügyi és szociális intézmények népszerűtlensége lett, az érdekeltek bizalmatlansága.

* Az üzemi orvos munkarendjével lapunk 28. sz. ban foglalkozott Rottenbiller A., a szkf. egészségvizsgáló intézet vezetője. Örvendünk, hogy Zemplényi I. más szempontból ír, rámutat a kérdés fontosságára és avval szemben az állam, a hatóságok és üzemek kötelességére.



GYÓGYSZER KÜLÖNLEGESSÉGEK.



Aurocard

LIQUIDUM

Perorálisan adagolható Myokardium és cardiotrop növényi kivonatokat tartalmazó kardiotónikum.

Coffea
Königsfeld

PULVIS

Physiologailag actív hatóanyagokat tartalmazó szénkészítmény. Mint szén adsorbeál, antibactericid hatás, redukáló hatás, deszenzibilizál, desinficiál.



Echinacin

INJEKCIÓ ÉS LIQUIDUM

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



Hamamelon

KENŐCS

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

MINTÁVAL, IRODALOMMAL KÉSZSÉGGEL SZOLGÁL:

SLZ SZILÁGYI
gyógyszervegyészeti laboratórium
BUDAPEST, II. ERŐD-U. 11.

Bármilyen nagyra értékeljük is ezért a Budapesti Egyetemi Közegészségtani Intézet gyár- és üzemorvosi tanfolyamait, ahol 150 orvos nyert iparegészségügyi és szociális szakképzést, valamint a legszociálisabb munkaadó, a főváros példaadó kezdeményezését, az üzemi orvosi állások megszervezésével és a székesfővárosi Egészségvizsgáló Intézet felállításával, a fővárosi üzemeken kívül nem látjuk azt a szellemet, amely a szakképzett gyár- és üzemorvos munkáját megértené, annak szükségét érezné, azt dolgozni engedné, hatáskörhöz juttatná, munkájában az eredmény elérése érdekében nélkülözhetetlen támogatásban részesítené. Nem csodálkozunk ezen azért, mert a műszaki főiskolák, ahol az üzemek vezetőit nevelik, a műszaki tudomány rohamos fejlődése miatt a szorosán vett szakkérdések óriási anyagával is alig tudnak megbirkózni, nem-hogy a hallgatóságot erősen elfoglaló, időrabló rajzok mellett még kellő szellemben és terjedelemben, iparegészségügyi és szociális tárgykört is tudnának túlszűfolt tanrendjükbe illeszteni. Főleg azért, mert az egészségügyi műveltség minden társadalmi rétegben elégtelen, arra a középiskola semmiféle alapot nem szolgáltat.

A gyári és üzemi szakorvosi intézmény megalapozása tehát csak két úton lehetséges. Vagy úgy, hogy ezek az orvosok hatósági jellegű nyernekek és az iparfelügyelet keretében helyezkednek el. Ez esetben joguk van az üzemi egészségügyi és szociális vezetésébe irányító módon beleszólni, a munkásság érdekében a szakértelem által megkívánt módon eljárni. Vagy úgy, hogy az összes műszaki iskolákon felállítják az orvosi tanszéket, amelynek feladata a hallgatóság egyéni egészségügyének gondozása, iparegészségügyi kiképzése és olyan üzemi mérnökök nevelése, akik az üzemi orvos-sal való célszerű együttműködést érdeküknek és kötelességüknek tartják. Mindaddig, amíg ez meg nem valósul, az üzemvezető hatását a gazdaságos termelésben látja; kellő egészségügyi és szociális műveltség nélkül világos, hogy az orvosban olyan laikust lát, aki az üzemben zavart kelt, költségeket okoz, belenéz a kártyákba, ellesi a gyártási titkokat, szociális javaslatával lovat ad a munkások alá, vagyis zavarja a fegyelmet, békét, termelést, veszélyezteti a hasznot, csökkenti az üzemvezető tekintélyét és hatáskörét, veszélyezteti az üzem jóhírét, vizsgálat esetén a hatóságoknak kellemtelen dolgokat juttat tudomására. Ez a jellegzetesen liberális-kapitalista üzemvezetőtípus az idősebb nemzedékben sajnálatosan gyakori. Közüzemekben, ahol a busás haszon nem az egyetlen szempont, a helyzet e téren jobb volna. Ott viszont a bürokrácia akadályoz meg minden gyors és alkalomszerű cselekvést.

Az üzemi szakorvos munkájára ipartelepeken van legnagyobb szükség. A józan ész azt kívánná, hogy az üzemi orvosnak már az üzemi és lakóépületek megtervezésénél szava legyen,

mert az egészségügyi szempontok ismeretlensége vagy mellőzése olyan bajokat okoz, amelyeket később alig lehet jóténni, de a félmegoldások is állandó költséget és bosszúságot okoznak. Maga az egészségügyi mérnöki szakma olyan újkeletű, hogy a közönséges üzemi építkezéseknél nem veszik igénybe. Sajnos, lakótelepek építkezésénél sem. Már pedig a munkahelyek és munkáslakások egészséges kiviteléhez az üzem és munkás fontos érdekei fűződnek. Maga egy olyan ipartelep a gyakorlati közegészségtan alapos ismerete nélkül meg nem tervezhető és üzemben sem tartható úgy, hogy azt korszerűnek, célszerűnek és szakszerűnek minősíthessük. Maguk a különböző építési szabályrendeletek egyáltalában nem pótolják a közegészségügyi és iparegészségügyi szaktudást, mert a dolog jellegénél fogva általános érvényűek és különböző színvonalon való kivitt tesznek lehetővé.

Az üzemek és ipartelepek egészségügyének ellátása formailag a tisztiorvosok hatáskörébe tartozik. Ez azonban a valóságban tisztán bürokratikus munka és futólagos, legfeljebb fél-évenkénti ellenőrzés. Ami teljesen alkalmatlan arra, hogy az üzem és ipartelep életét az egészség szellemében irányítsa. Erre csak helyben lakó és főoglalkozású, üzemi szakorvos alkalmas. Munkájára fokozott szükség van az egészségügyi intézmények tervezésében, létesítésében és fenntartásában, berendezés, felszerelés, személyzet, munkarend szempontjából. Az üzemorvos legfontosabb feladata mégis a munkások felvételével kapcsolatos egészség-, képesség- és alkalmasságvizsgálat. Ettől függ az üzem sorsa; a dolgot azonban a laikus üzemvezetőség rendszerint hatalmi kérdésnek tekintti. Pedig nyilvánvaló, hogy testi, szellemi és erkölcsi fogyatékoságokban szenvedő munkásoknak alkalmazása és ipartelepi lakásba juttatása a legkülönbözőbb bajok, veszedelmek, kellemetlenségek forrása, amelyek nemzedékekre is kihatnak. Ugyanilyen fontos feladat a munkában állók egészségének időszakos ellenőrzése, a selejtezés és foglalkozásválttatás, amiben az üzemi orvosnak szintén az üzem és közösség érdekében van — illetve volna — szabad kézre szüksége.

Aki a szociális haladást figyeli, láthatja az e téren vezető Németország példáját. Ezt a példát eredményei teszik követendővé, annál is inkább, mert munkásaink ezrei dolgoznak ott és szereznek olyan igényeket, amelynek korszerűségéhez és jogosságához szó nem férhet, tehát hazatérésük után itthon ugyanazt a joggal követelhetik. Németországban 2500 üzemi orvos működik megfelelő számú egészségügyi segédcsapat és szociális gondozórendszer élén. Egyre nagyobb a munkásság részvétele az üzem vezetésében, részben tehetős embereinek gyors haladásával a legmagasabb állásokig, részben örömmel várt és szívesen díjazott javaslatának a termelésben való

alkalmazásával. Ez az oka annak, hogy ott a közös kenyér tisztelete megvan és az emberfeletti teljesítményt a közös munka, az összefogás biztosítja, az osztályharc és bérharc elavult, romboló szelleme helyett. Amiből azt a végső következtetést kell levonni, hogy az üzemi orvosi szolgálat megteremtése hazánkban is szükséges és annak helyes módszere nem a hatósági iparfelügyelői jellegű — kívülálló — üzemi szakorvosi rendszer, hanem a saját embernek tartott üzemi orvos, aki a munkás és munkaadó bizalmát egyaránt bírja és a kettő közös munkájából álló üzemet a maga tudásával és tevékenységével eredményesen szolgálja.

Zemplényi Imre dr.

VEGYES HIREK

Kitüntetett honvédorvosok. A Kormányzó Úr Ö Főméltósága az alant felsorolt orvosoknak a következő kitüntetéseket adományozta:

Magyar Erdemrend Tiszti Keresztjét: Maurer Frigyes dr. és Brandenburg József dr. orvos-vezérőrnagyoknak a honvéd egészségügyi szolgálat terén kifejtett kiválóan eredményes és igen hasznos teljesítésükért. — *Magyar Nagy Ézús Vitézségi Ermet* a hősi halált halt *Szűcs János dr.* tart. karp. orvos-honvédnek az ellenség előtt tanúsított vitéz és önfeláldozó magatartásáért. — *Dicsérő elismerés* a *hadiszalagon a kardokkal Topán Miklós dr.* tart. karp. e. orvos-zászlósnak az ellenség előtt tanúsított vitéz és önfeláldozó magatartásáért. — *Dicsérő elismerést a hadiszalag egyidejű adományozása mellel Tarján Jenő dr.* orvos-alezredes, *Újó ag, Rózsa Iván dr.* orvos-százados, *Farkas Imre dr.* orvos-százados, *Csaplár Mihály dr.* orvos-őrnagy, *Domokos Károly dr.* tart. orvos-főhadnagy, *Bruza Béla dr.*, *Pósfay István dr.*, *Stuber István dr.* és *Csanád György dr.* tart. orvos-zászlósoknak az ellenség előtt teljesített kitünő szolgálataikért. — *Vezérkar Főnöki okirati dicsérő elismerést Lonkay László dr.* orvos-zászlósnak a Szovjet elleni hadműveletek alkalmával teljesített kitünő szolgálataért.

Orsós professor könyvének III. kiadása megjelent. Ez a *«Vezérfonal a Kórbonctani, rendőri és törvényszéki boncoláshoz»*, 238 oldalon kitünő beosztásban tárgyalja a szükséges tudnivalókat. Tanításait 12 mintaboncjegyzőkönyv egészíti ki és számos ábra szöveg között és 7 műmellékleten.

A könyv a könyvkereskedésekben s kiadóhivatalunkban 12 pengőért kapható, megrendelésre utánvétellel a megrendelő költségére megküldjük.

Szakképesítésük érvényesítése érdekében felhívjuk azon kártársainkat, akik elmulasztották az 1938-ban megjelent rendelet értelmében képesítő okleveleiket a polgármesteri hivatalnál bemutatni és ennek következtében szakképesítésük érvénytelenített, hogy annak újabb érvényesítése érdekében a budapesti orvostudományi dékán hivatalban a közös kérvény aláírása végett sürgősen jelentkezzenek, vagy akadályoztatás esetén a hivatalhoz intézett levélben jelentsék be csatlakozásukat a kérelemhez.

Az Erdélyi Múzeum-Egyesület orvosi szakosztályának 57. Értesítője megjelent. A 220 oldalas szakkönyv intenzív tudományos kutató munkáságról és élénk szakosztályi életéről tesz tanúságot. Berde K.: Hógyes-émlékbeszédem kívül 19, nagyobbárméretű elméleti kutatómunka és 17 ülés-egyzőkönyv ad értékes tartalmat az értesítőnek. A dolgozatokat számos ábra és műmelléklet tarkítja. A legközelebbi kötetet még ez év nyarára (?) igérik.

Most jelent meg!

ORSÓS:

Vezérfonal

a kórbonctani, rendőri és törvényszéki boncoláshoz 238 oldal és 13 oldal színes műmelléklettel

Ára 12.— pengő

Kapható Kiadóhivatalunkban az összeg előzetes beküldésével (utánvétellel drágább) és a könyvkereskedésekben

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: VAMOSSY ZOLTAN

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



BETAXIN 100 mg



Gyártja:

Magyar Pharma Gyógyszer Rt.
BUDAPEST

a legmakacsabb neuritisek
és neuralgiák esetén is bevált