86. évfolyam. 10. szám. Budapest, 1942. március 7.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26., IV. em.
Telefon: 345-113.
Ingyenes illíthasználat.
(Kérje a portástól.)

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámlánk javára. *Jugoszláviában* az Avala bármely kirendeltségénél az »O.H.« számlájára. *Romániában: Borsos Béla dr.* Arad, Str. G. Gringorescu 5. *Slovákiában: Eleőd Solt.* Handels u. Kredit-B. Bratislava. *Egyéb külföldről:* az előfizetést levélben küldött dollárchequeben kérjük a kiadóhivatalba.

Előfizetési díj: az **»Orvosi Hetilap«**-ra az **»Orvostudományi közlemények«**-kel együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 350 dínár, 1000 lei, egyéb külföldre 6 dollár, vagy a belföldi díjak + portóköltség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyedévre negyede, egy hóra 2·50 P. A **»Magyar Orvosi Archivum«** egész évre 10 P., 70 slk., 100 dínár, 400 lei, 2 dollár.

SYMPATOL
A SZIV ÉS VÉRKERINGÉS GYÓGYSZERE

Indikációk:

Az erek hypotóniával párosult tónuscsökkenése:
Rekonvalescentia – Hypotónia – Terhesség – Öregkori panaszok

Általános keringési gyengeség:
Grippe – Diphtéria – Tuberculosis – Typhus – Pneumonia

Sulyos kollapsus:
Mütétek – Szülések – Vérveszteség – Shok

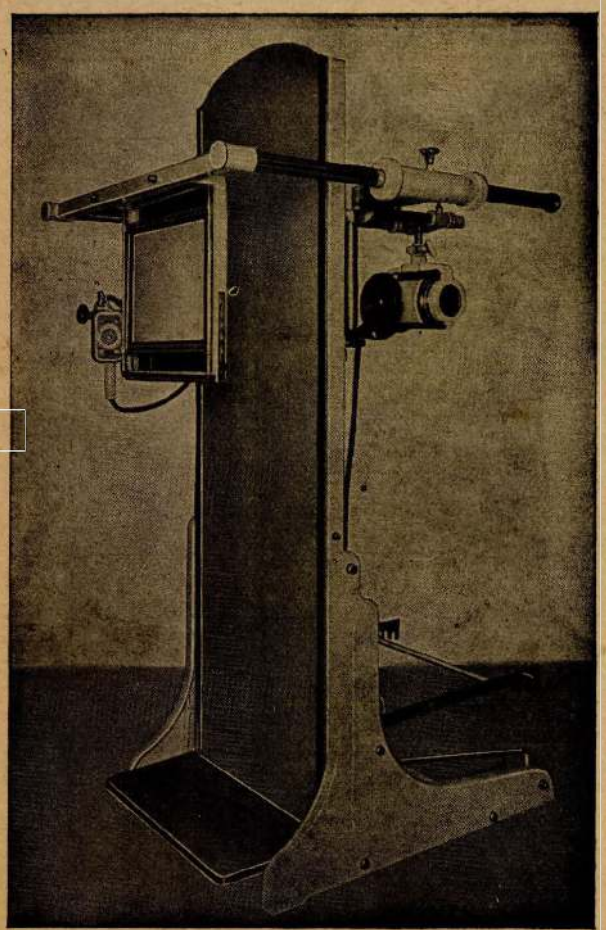
Forgalomban:
Ampullák á 0,06 gr.
és Liquidum 10%

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

ETOVAL

Hatásos elaltató
és átaltató szer

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



PRAKTIX

a legideálisabb

UNIVERZÁLIS RÖNTGENKÉSZÜLÉK

hosszú átvilágításokra és felvételekre thermikus önműködő kikapcsolóval.

METALIX vonalfókuszú röntgencsővel, fém vagy fa egyetemes vizsgálószerkezettel átvilágításra és felvételre.

A Praktix teljesen védett, túl nem terhelhető, egytankrendszerű röntgengép.

Magyarországi vezérképviselet és gyártás:

METALIX RÖNTGEN RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KÖRÚT 37

TELEFON 182-680, 383-135

SÜRGÖNYCIM: METALIX

86. évfolyam. 10. szám. Budapest, 1942. március 7.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

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

TARTALOM:

Vámos László: Adatok az élősdis bőrbetegek eosinophiliájához. (115—116. oldal.)
Gábor György: Az elektromos diastole (T—P-távolság) mérésének jelentősége. (116—118. oldal.)
Irodalmi szemle. (118—119. oldal.)
Melléklet. Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (17—20. oldal.)
Könyvismertetés. (121. oldal.)
Kecskés Zoltán: Válasz György Ede dr. megjegyzésére. (121. oldal.)
Lapszemle. (122. oldal.)
Vegyes hírek. (122. oldal.)
Hetirend. (122. oldal.)

A budapesti Tudományegyetem bőr- és nemibetegségek klinikájának közleménye. (Igazgató: Neuber Ede ny. r. tanár.)

Adatok az élősdis bőrbetegek eosinophiliájához.

Írta: *Vámos László dr.*

Általános megfigyelés, hogy a viszketéssel járó folyamatokban, mint mykosis fungoidesben, dermatitis herpetiformisban, prurigoban, öregkori pruritusban, a bőr parsitaer megbetegedéseiben, stb. az eosinophil sejtek, úgy a vérkeringésben, mint a szöveti elváltozásokban felszaporodnak, közelebbit azonban a viszketésnek, illetőleg a vakaródzásnak és az eosinophiliának összefüggéséről még nem tudunk. Minthogy a bőr parasitaer betegségeit az egész szervezet szempontjából, mint allergiás folyamatokat foghatjuk fel, azért talán érdemes felemlíteni, hogy *Mayr* és *Moncorps* szerint az anaphylaxiás jelenségek és az eosinophilia egymással párhuzamosan folynak le. Ennek megfelelően *Birke* lép eltávolítása után nagyfokú eosinophiliát észlelt, de ugyanekkor az anaphylaxiás jelenségek is súlyosbodtak. Viszont lép-extraktumok adagolása, vagy a lép röntgenbesugárzása után az anaphilaxiás jelenségek, valamint a viszketés is csökken.

Hogy az eosinophil-sejtek a szervezetben hol keletkeznek, arra vonatkozólag érdekesek *Homma* vizsgálatai. Szerinte a csontvelőben mindig feltalálhatók, ahonnan a különböző toxinok hatására a vérkeringésbe, majd onnan a bőrbe kerülnek. Ennek következtében az eosinophil-sejtek száma a szervezetben azonos maradna, csupán kóros esetekben kerülnének a toxinok hatására a csontvelőből a vérkeringésbe és egyes szervekbe. Hogy az eosinophil-sejteknek egyedüli képzőhelye a csontvelő lenne, azt *Homma* azon észlelésével támasztja alá, amely szerint eosinophil-myelocytákat és mitosisokat csak a csontvelőben észlelt. Kísérleteit kutyákon és patkányokon végezte és elsősorban az emberben és állatokban előforduló bélférgek és ezek extraktumán kívül egyéb szöveti anyagok (máj, lép, gyomor, bél, stb.) extractumait fecskendezte subcutan vagy subserosusan a kísérleti állatokba. Minthogy az ilymódon végzett vizsgálataiban az eosinophil-sejtek száma emelkedett, szerinte az eosinophiliához nem szükségesek feltétlenül maguk az élőállatok, hanem azok extractumai és az elpusztult állatok kivonatai is elegendők. *Homma* feltételezte, hogy a bélférgek és a szövet-extractumok eosino-taktikus anyagokat tartalmaznak, amelyek hatására az eosinophil-sejtek a csontvelőből a vérkeringésbe, a szövetekbe, illetőleg a bőrbe kerülnek.

Schwartz szerint a lép az eosinophiliával szemben antagonista hatást fejtene ki, amely *Mayr* szerint abban is megnyilvánulna, hogy a léptelenített állatokban az eosinophil-sejtek száma emelkedik, viszont lép-extractumok adagolása után csökken.

Rothman a viszketés és az eosinophilia kapcsolatára vonatkozóan megemlíti, hogy az öregkori pruritus gyakran nem jár eosinophiliával.

Ezzel szemben a bőr parasitaer megbetegedéseinek szinte állandó kísérőtünete egyrészt az eosinophil-sejtek felszaporodása, másrészt a bőr kínzó viszketése. Egy előbbi dolgozatunkban volt alkalmunk rámutatni, hogy a bőr parasitaer megbetegedései közül az eosinophilia legkifejezettebb scabiesben. Igen érdekes volt, hogy *Homma*-val ellentétben, aki feltételezte, hogy az eosinophilia foka a szervezetbe bevitt eosino-taktikus anyagok mennyiségével és a bevitel óta eltelt idővel arányos, vizsgálataink szerint az eosinophilia foka nem halad párhuzamosan a betegség tartamával és a jelenségek kiterjedésével, vagy súlyosságával, hanem elsősorban a parasiták által megtámadott szervezetek különböző reactióképességétől függ.

Érdekes volt még *Hajós*, *Németh* és *Enyedy* észlelése, akik vagus izgalomra az eosinophil-sejtek szaporodását figyelték meg. A vakaródzás folytán az autonóm idegrendszer izgalma és az eosinophilia között ily módon valamelyes összefüggés esetleg feltételezhető.

Míg tehát az eosinophilia foka, úgy látszik, első-

sorban a szervezet reactióképességétől függ, addig a másik fontos kérdés ezután is függőben maradt, hogy az eosinophiliát a parasiták toxinjai maguk, vagy a vakaródzás és az ezáltal szétesett szövettermékek, vagy pedig a vakaródzás következtében az autonóm idegrendszer idézik-e elő.

A kérdés nehézségeit főleg az okozta, hogy a bőr parasitaer megbetegedéseiben minden esetben az eosinophilián kívül a vakaródzás is fennáll és a kettőt egymástól szétválasztani, illetőleg elkülöníteni alig lehetséges.

Esetünknek az élősdis eosinophilia katamnesticus felderítése szempontjából van fontossága.

46 éves férfi, alsó- és felső végtagjaira kiterjedő teljes paraplegiában szenved. Vizsgálatkor fejét kivéve, az egész test felületét nagyrészt papulosus jelenségek borították, amelyeket a paraplegia miatt szedett nagyobb mennyiségű jóddal hoztak összefüggésbe. Vérképében 15%-os eosinophilia volt, amelyből annak a gyanuja merült fel, hogy paraplégiáját esetleg echinococcusos tömlő okozza. Bőrgyógyászati vizsgálatkor kitűnt, hogy a bőrjelenségek a beteg kezein, csuklótájain, lábfejein, bokáin számtalan teljesen ép járatból, testén szétszórtan pedig a vakaródzás hiányában érintetlen, nem excoriált papulákból állottak. A vizsgálat tehát tisztázta, hogy nem a jód, hanem scabies okozta elváltozásait, amelyek habár a kínzó viszketés fennállt, a beteg paraplégiája folytán (vakaródzni nem tudott) teljesen érintetlenek maradtak.

A beteg ideggyógyászati vizsgálata később meningo-myelitist állapított meg, amely legfeljebb a lymphocyták felszaporodását válthatja ki, de az eosinophil-sejtek számában eltérést nem okoz. Az eosinophil-sejtek elég nagymérvű felszaporodása (15%) a parasitaer betegségeket kísérő vakaródzástól, illetőleg annak következményeitől szintén nem származhatott, mert hiszen a beteg végtagjait egyáltalában nem tudta mozgatni és így a vakaródzásra teljesen képtelen volt, amit különben a teljesen ép járatok és papulák is bizonyítottak. Fel lehetne tételezni, hogy az eosinophiliát a beszedett jód váltotta ki. Erre vonatkozólag az irodalom támpontot nem szolgáltat és jódodermás esetekben az eosinophil-sejtek felszaporodását nem észlelték. Nagyobb mennyiségű jód adagolása közben mi is végeztünk vizsgálatokat, de a betegek vérképében az eosinophil-sejtek számában eltérést nem találtunk.

Minthogy tehát a betegnek eosinophiliáját sem az ideg-, sem a bel-status, sem egyéb bőrelváltozás nem okolta meg és minthogy a beteg végtagjának paraplégiája miatt vakaródzni képtelen volt, azért kétségtelennek látszik, hogy esetünkben az eosinophilia *oka egyedül a rühatkának a szervezetben felszívódott mérge, illetőleg magának a szétesett rühatkának a felszívódása volt.*

Fell kell tehát tételeznünk, hogy scabiesben és valószínűleg egyéb *élősdis bőrbetegségben a viszketés, illetőleg a vakaródzás és az eosinophilia egymással ugyan párhuzamosan, de lényegében egymástól függetlenül folynak le és egymással ok- és okozati összefüggésbe nem hozhatók*, ellenben valószínűleg mind a vakaródzás, mind az eosinophilia egyformán következménye a betegséget kiváltó parasitáknak, illetőleg azok toxinjainak.

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

A székesfővárosi Szent Rókus Központi Közkórház II. belosztályának közleménye. (Főorvos: Szöllössy Lajos).

Az elektromos diastole (T—P-távolság) mérésének jelentősége.

Irta: *Gábor György dr.*

Az élettani kutatások már csaknem teljesen tisztázták az ép szív működésének lefolyását. Megfigyelték, hogy a szívverések számának szaporodásával úgy a systole, mint a diastole ideje megrövidül, azonban a systole aránylag kevésbbé mint a diastole. A systole idejének a frequentiával való összefüggését *Fredericia* képlet alakjában is meghatározta, eszerint $QT = 8.22 \sqrt{\text{periodus szám}}$. A diastole alatt »piheni ki« magát a szív és ezért fontos lenne tudni: mekkora az a minimális diastoles idő, ami ezen pihenésre elegendő, anélkül, hogy a szív ártalmára lenne. *Wenckebach* szerint bizonyos szaporaságon túl a diastole ideje annyira megrövidül, hogy a szív már nem tud gazdaságosan dolgozni. Ezt a szaporaságot ő »kritikus frequentiának« nevezi. A diastole idejének jelentőségére mutatott rá *Kutschera* is, aki szerint a diastole idejének nagyobbnak kell lennie, mint a helyreállítási időnek, azaz a kettő viszonya helyreállítási quotiens (Wiederherstellungquotient) normális viszonyok között egynél nagyobb kell hogy legyen. Wenckebach csak szapora szívműködés esetén foglalkozik a diastole idejének jelentőségével, míg Kutschera képlete gyakorlatilag nem alkalmazható.

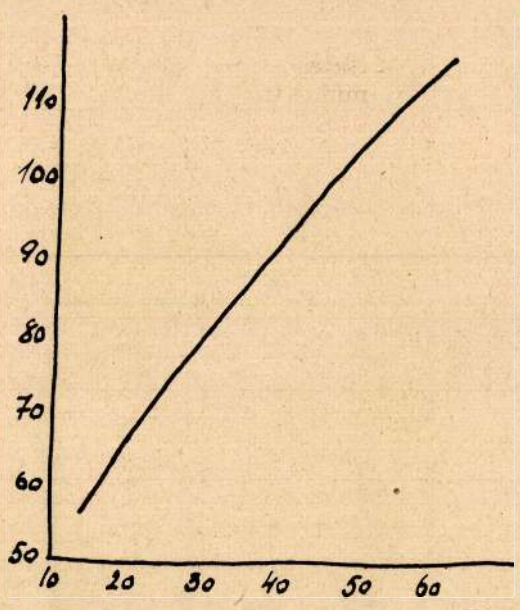
Úgy gondoltuk, hogy a szív gazdaságos működése szempontjából talán használható lenne egy olyan egyszerű vizsgálati módszer, amely a diastole idejének mérésén alapulna. Miután a rendelkezésünkre álló irodalmat átnéztük és hasonló vizsgálati módszernek nyomát nem találtuk, feladatunkul tűztük ki annak a megfigyelését, hogyan változik a diastoles idő egészséges és kóros viszonyok között, tachy-, normo- és bradycardia esetén és mi ennek a jelentősége.

Az a tény, hogy elektrocardiogrammban a pitvari contractio kezdete, valamint a kamrai contractio vége élesen van jelezve, különösen alkalmassá tette az ekg.-görbéket annak vizsgálatára, hogy milyen összefüggés van az egyes szívrevolutio (illetve a frequentia) és a diastole között és hogy ezen összefüggés mennyiben értékesíthető a gyakorlat részére.

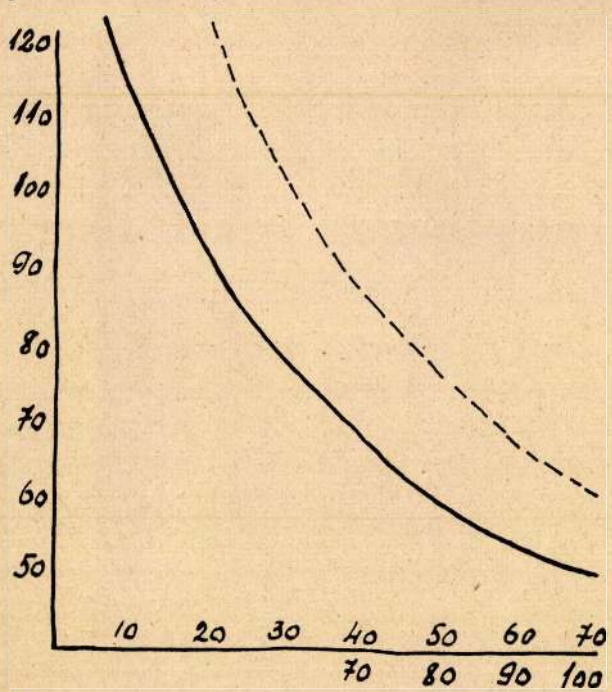
A pitvari és kamrai systolenak az ekg.-ban a P kezdetétől a T végéig terjedő idő felel meg, míg a T végétől a P kezdetéig terjedő távolság a diastole kifejezője. Ezért úgy jártunk el, hogy pontosan lemértük egy szívrevolutio nagyságát P-től P-ig, majd ugyanezen távolságon belül mértük le a T-től P-ig terjedő távolságot is. Igen fontosnak tartottuk, hogy a TP távolságot mindig ugyanott mérjük, ahol a PP távolságot mértük, mert igen kis arhythmia már lényeges eltérést okozhat (pl. légzési arhythmia). Lehetőleg mindig a II. elvezetésben végeztük a méréseket, de olyankor, amikor akár a P kezdete, akár a T vége a II. elvezetésben elmosódott diphasisos vagy isoelektromos volt az I. illetve a III. elvzetésben mértük le a kívánt távolságokat. Méréseink folyamatban voltak, amikor tudomásunkra jutott Schellong új módszere, hogy a film gyorsabb forgatásával az idő pontosabban mérhető. Ezt a módszert azonban technikai okokból nem tudtuk alkalmazni.

I. Első feladatunknak tartottuk a TP és PP idő

közti összefüggés vizsgálatát teljesen egészséges szívű embereken. A rendelkezésre álló anyagból 250 ekg. volt olyan, amely ezen kívánalomnak megfelelt. A PP távolság és a TP távolság idejét lemérve, mindkét értéket felmértük egy coordinata rendszer két szárára. Kiszámítottuk a frequentiát is és a TP távolságnak a szívverések számától való függését szintén grafikusan ábrázoltuk. Az 1. sz. görbe a TP és PP grafikonját, a 2. sz. görbe a frequentia és TP viszonyát mutatja. Ez utóbbi görbe mellé belerajzoltuk még a frequentia és a PP viszonyát kifejező grafikus görbét is. Az 1. sz. ábrán egyeneshez közelálló görbét láthatunk, ez azt jelenti, hogy a PP távolság (egyes szívrevolutio) és a TP távolság (diastoles idő) nem arányos egymással. A 2. sz. ábrán az első görbe egy hyperbolát mutat, ami azt jelenti, hogy a frequentia növekedésével a diastole megkisebbedik ugyan, de a TP a frequentiával nem arányos.



1. sz. görbe. Függélyes: PP:0.01 mp-ben. Vízszintes: TP:0.01 mp-ben.



2. sz. görbe. ———— TP és frequentia összefüggése. – – – – – TP és PP összefüggése. Függélyes: Percenkénti frequentia szám. Vízszintes: felül TP:0.01 mp-ben, alul PP:0.01 mp-ben.

A 2. sz. ábrán látható első görbe tapasztalati görbe, melynek képlete nem határozható meg. Az ezt fedő elméleti görbétől az eltérés 0–0.5%-ot tesz ki. Ezen elméleti görbe képlete:

$$TP = \frac{1000\ PP}{1000+0{\cdot}5\ PP} + \frac{888}{PP} - 55.35$$

Ha ezen TP-t PP-vel arányba állítjuk, a következő értéket kapjuk:

$$\frac{TP}{PP} = \frac{1000}{1000+0.6\ PP} + \frac{882}{PP^2} - \frac{55.35}{PP}$$

A fenti képletek és grafikonok jelentését összefoglalva a 250 ekg.-n végzett mérések eredményei a következők:

1. Egészségesen működő szív esetén ugyanazon szaporaság mellett a TP idő mindig ugyanaz.

2. A TP (diastoles) idő a PP idővel (egy szívrevolutio ideje) együtt változik, de nem arányosan. A TP távolság mindig jobban csökken, mint a PP távolság.

3. A TP (diastoles idő) a frequentiával fordítottan változik, arány azonban itt sincs. Így érthető, hogy a frequentia változásával a diastole ideje hol fele, hol negyede, hol harmada az egész szívrevolutiónak.

A fenti képletek és grafikonok megadják a változó frequentiának és változó PP időnek megfelelő TP időt egészséges viszonyok között. Meg kell jegyeznem, hogy ezen összefüggés csak 180-as frequentiáig érvényes, ami megegyezik Wenckebach kritikus frequentiájával.

II. Miután meghatároztuk egészséges viszonyok között a diastole idejének összefüggését a frequentiával, illetve az egyes szívrevolutio idejével, azt vizsgáltuk meg, hogyan változik ez a relativ diastoles idő kóros szívműködés esetén.

A rendelkezésünkre álló anyagból 471 ekg.-t vizsgáltunk meg. Ezek közül 269-et találtunk olyant, amelynek a relativ TP ideje normális volt. Ezen 269 ekg. közül klinikailag és egyéb laboratoriumi vizsgálatokkal is egészségesnek bizonyult 257 (95.6%), míg 12 (4.4%) beteg myocardium laesiójának jelei fellelhetők voltak az ekg.-ban. Ezen 12 beteg közül, sajnos, nyolcnak a sorsa előttünk ismeretlen, tekintve, hogy ezek idegen osztályon voltak. Négy beteg a II. belosztályon feküdt, úgy hogy ezek anamnezisét és betegségük lefolyását figyelemmel kísérhettük. Mind a négy betegen sorozatosan vettük fel az ekg.-okat, amelyeken szívizom bántalma mellett a TP idő is megrövidült. Kitűnt, hogy a betegség fokozatos javulásával a relativ TP idő fokozatosan megnyúlt, míg végül normális lett, bár a szívizombántalom jelei az ekg.-ban még fellelhetők voltak. Könnyebb áttekinthetőség kedvéért a fenti négy esetről táblázatot készítettünk:

Évek	ekg. száma	Freq.	Rel. TP idő		Megjegyzés
1.	335/41	60	42	(46)	decompenzált, digitalist kap
	402/41	68	32	(35)	digitalist elhagyjuk
	433/41	68	28	(35)	Strophantint kap
	545/41	63	13	(40)	Strophantint kap
	735/41	73	32	(32)	a beteg jól van, compensált
2.	672/41	107	10	(14)	decompensált, Strophant. kap
	702/41	88	20	(20)	compensált, munkaképes
3.	518/41	77	23	(28)	decompensált, digitalist kap
	568/41	91	19	(19)	compensált, munkaképes
4.	763/41	69	30	(36)	decompensált, digitalist kap
	848/41	70	38	(38)	compensált, munkaképes

Zárójelben a normális TP időt tüntettük fel.

Különösen érdekes az 1. sz. esetünk, aki kezdetben digitalis hatására subjektive és objektive is javult, pár nap mulva azonban a digitalis szedését abba kellett hagyatnunk, mert érzékenynek mutatkozott iránta. Ekkor állapota rosszabbodott és ezzel párhuzamosan csökkent a relativ TP idő is. A később bevezetett óvatos strophantin therapiára állapota rohamosan javult és ugyanígy nőtt a relativ TP idő is. Jelenleg két hónap óta folytatja munkáját, panasz- és tünetmentes és az azóta készített kontroll ekg.-ban a szívizombántalom jelei fellelhetők ugyan, a relativ TP idő azonban normális.

A 2., 3., 4. sz. eseteink ugyancsak szoros párhuzamot mutatnak a betegség javulása és a TP idő megnyúlása között.

A közölt esetek azt látszanak bizonyítani, hogy a relativ TP idő viselkedése a szív ép vagy kóros működésének kifejezője.

III. A továbbiakban 202 olyan ekg.-t találtunk, amelyekben a relativ TP idő megrövidült. Ezek közül 189 (97%) esetben a szívizombántalom kimutatható volt, míg 13 esetben kóros elváltozást az ekg.-n nem találtunk. Ebből a 13 betegből nyolc állott a klinikai vizsgálat és megfigyelés rendelkezésére. Ezek közül kettőnek súlyos vérszegénysége volt, egynek vitiuma és öt volt hyperthyreotikus. Eseteinket az alábbi táblázatban foglaltuk össze:

Eset	ekg száma	Frequ.	Rel. TP idő	Kórisme	Megjegyzés
1.		84	20	cc. ventr.	vvs. 2,000.000 Hgb 38%
2.	675/41	68	28	anaemia	vvs. 2,020.000 Hgb 35%
4.	615/41	100	10	hyperthyr.	alapanyagcsere + 32%
3.	580/41	111	9	hyperthyr.	alapanyagcsere + 30%
5.	707/41	75	29	hyperthyr.	alapanyagcsere + 59%
6.	749/41	70	32	hyperthyr.	
7.	327/41	80	24	hyperthyr.	
8.	317/41	75	28	insuff. valv. bicusp.	

Sajnos, rajtunk kívül álló okokból a betegek javulása, illetve gyógyulása alkalmával nem állott módunkban ismét ekg.-t készíteni. Részben ez okból, részben az esetek kevés száma és a megfigyelés rövid ideje miatt tartozkodunk attól, hogy végső következtetést vonjunk le. Úgy hisszük azonban, joggal tulajdoníthatunk jelentőséget a relativ diastoles idő megrövidülésének. Eltekintve ugyanis a 8. sz. esetünktől, melyben tényleges szívbetegséggel volt dolgunk, a másik hét esetben nem a szív volt elsődlegesen beteg, a kórházi felvétel okául szolgáló betegség természete azonban olyan volt, amely a szív optimális működését leronthatta. Ezekben az esetekben a relativ TP idő megrövidült a szívizom ártalmának jelei nélkül.

Összegezve vizsgálataink eredményét, azt mondhatjuk, hogy a relativ TP idő az általunk normálisnak vett értékkel megegyezik akkor, ha a szívnek klinikailag, vagy elektrocardiographiailag kimutatható baja nincs és fiziológiásan működik. Rövidebb a relativ TP idő akkor, amikor a szívnek akár csak klinikailag, akár klinikailag és elektrocardiographiailag kimutatható baja van. Kiderült az is, hogy egyrészt a szívizom ártalmának jeleit mutató szív relativ TP ideje normálissá vált akkor, amikor a szív functióját már el tudta látni, másrészt azokban az esetekben, amikor a szív optimális működése valamely okból (anaemia, hyperthyreosis, stb.) szenved, a relativ TP idő megrövidült.

A fenti eredményeket mérlegelve arra a gondolatra jutottunk, hogy a relativ TP idő nem a szívizomzat anatomiai, hanem inkább functionális épségének kifejezője. Hiszen normális TP időt kaptunk akkor, amikor az ekg. szívizombántalmat mutatott, de a beteg munkaképes volt, másrészt rövidebb volt a relativ TP idő, ha a szív épnek mutatkozott ugyan, de olyan feladatok elé volt állítva, amelyek közeli kimerülését okozhatták. Úgy hisszük, hogy a megrövidült relativ TP idő kifejezője annak, hogy a szív nem dolgozik gazdaságosan és így előbb-utóbb kimerül, emellett a relativ TP idő változásának vizsgálata talán felhasználható lesz a rejtett szívgyengeség kimutatására olyképpen, hogy terheléssel a normális ritmusban levő és normális TP idejű szív tachycardiássá lesz és a relativ TP ideje megrövidül.

Ha további vizsgálatok ezen feltevésünket igazolni fogják, akkor a szívbetegségek korai felismerése és prognosisa szempontjából értékes vizsgálati módszert nyertünk.

Mint már fentebb említettük, az eddigi vizsgálatok számát magunk sem tartjuk elégségesnek végső következtetések levonására, azonban azt hisszük, hogy legalább egy jól megalapozott munkahypothesis alapjául elfogadhatók.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

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

Heparin thrombosis ellen. *Crafoord* és *Jorpes.* (J. amer. med. Assoc. 116. k. 2831. o. 1941.) A heparin chemiailag polysaccharid természetű mucoitin trisulfid, 40% kénsavtartalommal rendkívül erős negativ töltéssel. Hormon természetű, termelésének helye a kis capillárisok körüli kötőszövet hízósejtjei amelynek metachromatikus szemcséit heparin adja. Innen kerül állandóan a vérkeringésbe. A kísérletekben használt heparint a svéd Vitrum Company állította elő. Hasi és egyéb nagy operatiókban 325 heparinizált beteg közül egy sem, 1111 nem heparinizáltból 9% kapott thrombosist. Nőgyógyászati operatiókból 88 heparinizált közül egy sem kapott thrombosist, 1059 nem kezelt közül 4%-nál fordult elő thrombosis. A heparint az operatio után 4 órával kezdi kadagolni, általában 4 óránként 50 mgr-os adagokban, este 100 mgr az adag. Az adagolás 4—5 napig tart és csak fokozatosan szabad abbahagyni, thrombosis-gyanú esetén azonban korlátlanul folytatható. A heparin inj. 201 beteg közül csak egynél okozott anaphylaxiás jelenséget. Kevésbbé tiszta készítmény 2 órán belül hidegrázást és múló hőemelkedést okozhat. (B. 8.) *Kuchárik József dr.*

Előkelő Gyógyszervegyészeti Vállalat keres
állandó alkalmazásra
orvosi szakmunkák fordítására,
a német és magyar nyelvet
egyaránt jól beszélő,
őskeresztény
ORVOSNŐT
vagy ORVOST
Gépírni tudók előnyben.
Ajánlatokat fizetési feltételek megjelölésével
„Egész napi elfoglaltság"
jeligére a kiadóba kérünk.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

A tüdőbetegek házassági engedélye.

A tüdőgümőkórban szenvedett férfi vagy nő házassági engedélyének kérdése elméletben egyszerűen fogalmazható: megengedhető a házasság mindazoknak, akiknek folyamata gyógyult, azaz a klinikai vizsgálat, a röntgenkép, a köpet bacillusmentessége a folyamat kétségtelen gyógyulását mutatják, a a klinikai tünetmentesség a teherpróbák szerint olyan tartós, hogy a házassággal együttjáró fokozottabb feladatoknak — a nők a terhességnek is — meg tudnak felelni. A gyakorlatban a kérdés korántsem ily egyszerű. Minden tuberkulosissal foglalkozó orvos gyakorlatában fordulnak elő esetek, mikor a véglegesen megállapodottnak vélt folyamat több évig tartó szünet után fellobban: nőkön esetleg már az első terhesség idején, férfiakon olykor azért, mert a családalapítással több munkát s terhet vállaltak. De az ellenkezőjére is akad példa, mikor a még meg nem nyugodott folyamatú beteg orvosi tanács ellenére házasodik; nőbeteg folyamata éppen a terhesség második felében mutat akkora javulást, mint addig még soha, vagy a férfibeteg állapota javul az egyenletesebb életmód, vagy magasabb életszintet jelentő házaséletben.

A kérdést természetesen nem a kivételes váratlan gyógyulások vagy rosszabbodások alapján döntjük el. Olyan tüneteket keresünk, melyek alapján aránylag kis hibaforrással megállapítható, hogy mikor nem jelent kockázatot a folyamat romlása a házastárs, vagy a születendő gyermek esetleges fertőzése szempontjából a házasság engedélyezése. Ilyenkor is másképpen mérlegel az, aki a vizsgált egyént tartósan észlelte s kezelte, mint az, akinek egy vizsgálat alapján kell dönteni. Egyszeri vizsgálat is dönthet két szélsőséges esetben. Az egyik eset az, mikor a tünetmentes s kórelőzmény nélküli betegen a physikalis vizsgálat eltérést nem mutat, a vérsejtsüllyedés normalis, köpet nincs, a köhögtetés után a garat faláról törlővel nyert váladékban sem mutathatók ki saválló bacillusok. A Röntgen-*felvétel* (átvilágítás nem elegendő): 1. csak meszes primaer complexust; 2. valamelyik csúcsban apró, élesen határolt, ép környezetben ülő ú. n. abortiv gócot mutat, vagy pedig 3. régebbi kis terjedelmű haematogen szórás heges-meszes maradványait, ú. m. finom pleura vastagodásokat a rekeszi v. csúcspleurán, néhány finom heges-meszes kölesgócot a csúcsokban (miliaris disoreta). A házasság ilyenkor megengedhető.

A másik véglet az, amikor szintén egy vizsgálattal eldönthető, hogy a vizsgált egyén házasságra nem, vagy még nem alkalmas. Ez a physikalis s Röntgenvizsgálattal egyezően kiderített haematogen ulcerofibrosus-, vagy reinfectiós fibrocaseosus phthisis. A kétségtelen positiv köpetlelet mellett ez mindenképpen házassági akadály, még abban az esetben is, ha a physikalis lelet szegényes, vagy a beteg jó külemű, betegség tudata s kórelőzménye nincs.

Az ilyen esetek közt azonban sok olyan lehet, amelyik therapiára alkalmas, pl, az egyik csúcs bacillust ürítő stationär cavernája, amelyik csúcsplastikával rövid úton bacillusmentessé tehető s egy-két évi tünetmentesség után már házasságra gondolhat. Adott esetben erre fel kell hívni a vizsgált egyén figyelmét.

A két szélsőség között azonban sok olyan eset van, hol a kérdés nem lesz könnyen, különösen egy vizsgálattal eldönthető. Ehelyütt nem részletezhetem azokat a hibaforrásokat, amelyek a physikalis vizsgálat vagy a Röntgen-kép értelmezése körül felmerülhetnek s amelyek abban foglalhatók össze, hogy egyes önálló adatokat (pl. egy vérsejtsüllyedési értéket) ne értékeljünk túl s csak az összképből ítéljünk, lehetőleg sorozatos vizsgálat alapján.

Az összes gümős tüdőelváltozások során felesleges végigmennünk. Egy részük súlyosságuk miatt nem probléma, a stationärebb phthisis formákat is említettem már a végletek között. Itt elsősorban olyan Koch negativ formákra térnék ki, melyek kimutatható elváltozásokkal járnak ugyan, de ezeket a gyógyult folyamat vaskosabb heges elemei s másodlagos elváltozások (hörgőtágulás) idézik elő. Mindezek, ha a folyamat legalább 2 éve ilyen állapotú, nem akadályai a házasságnak. Másodsorban a rövidebb-hosszabb ideig kezelt, valamikor positiv köpetű phthisis formákra, hol az eldöntendő kérdés az, vajjon olyan fokú-e a gyógyulás, hogy a házasság kérdésével foglalkozhat a beteg.

A reinfectiós fibrocaseosus phthisisek közül az a forma, ahol az első lökés (schub) után spontán megállapodik a folyamat s csak egy heges v. meszes góc jelzi valamelyik csúcsban a lezajlott folyamatot, (tbc. abortiva), nem akadálya a házasságnak. Két lökés után is gyógyulhat spontán az ilyen folyamat, mikor a csúcscirrhosis képe alakul ki. Tompulat van az egyik csúcson, a légzés a csúcspleura vastagodása következtében gyengült vagy gyengült-hörgies. Olykor már az egyszerű mélyebb légvételkor, még inkább köhögtetés után száraz, pattogó zörejek hallhatók. A röntgenfelvételen a csúcsterületen tömött árnyékoltság, a zsugorodó heges jellegnek megfelelően a trachea áthúzott-, az interlobáris rés felhúzott. Ha akad is köpet, abban savállók nincsenek, a vérsejtsüllyedés normalis. Ez a kórforma nem lehet a házasság akadálya, ha az előző leletekből, Röntgen-képekből kideríthetően megállapítható, hogy a lelet évek óta változatlan s azóta is negativ a köpet. A kórforma gondos klinikai analysist követel, mert a pleura s tüdőhegek közt stationär caverna rejtőzhet. Viszont a retrahált mellkasfélben másodlagos nem specifikus zörejeket okozhatnak légtelen tüdőrészek, deformált s tágult hörgők. Az egész mellkasfélre kiterjedő hegesen zsugorodó stationär folyamat esetében is lehet szó a házasságról, ha cavernamaradékot a fentemlítettek alapján ki tudunk zárni.

A beavatkozásokkal gyógyult fibrocaseosus formák sem akadályai a házasságnak, különösen ott, ahol a beavatkozás — elsősorban a pneumothorax — korán, az első beolvadó beszűrődés esetén, általában a még jól összenyomható egyoldali formákban történt. Ilyenkor a szabályos ideig (két és fél—három évig) fenntartott pneumothorax befejezése után fél—egy évvel ,mikor a kitágúló tüdő a normális életkörülményei közé visszatért betegben sem ad tünetet, a házasság s szülés is megengedhető. Ugyanez vonat-

kozik az eredményes, tehát a cavernát maradéktalanul eltüntető phrenicus műtétre, sőt a rész vagy teljes plastikákra is. Nagy számmal vannak a pneumothoraxos és phrenikotomisált, elvétve a plastikás betegeim közt is olyanok, akik meggyógyulva házasodtak, szültek s egészséges gyermeket nevelnek fel. Eseteimben a követelmény mindenkor legalább két évi teljes tünet s bacillusmentesség volt.

A haematogen kórformák közül természetesen házassági akadályt jelentenek az ulcero-fibrosus cavernás phthisisek. Itt azonban a cavernás oldal conservativ eszközökkel vagy compressiós therapiával elért gyógyulása után is szigorúbban kell mérlegelni a házasság engedélyezését. Ezek a formák életmódi ártalomra váratlan fellobbanásokat eredményeznek az addig ép tüdőfélben, itt a gyógyulás nincs úgy megoldva, mint a fibrocaseosus phthisisekben a szóró caverna eredményes összenyomásával. Ilyenektől hosszabb ideje tartó tünetmentességet követelünk és ezeknél nagyobb súlya van a socialis tényezőknek; a gondok és a munka fokozódása, a graviditás stb., mint a redicivát siettető ártalmak.

Nehézséget okozhat adott esetben az a kórforma, amit tbc. fibrosa densának nevezünk, amikor mindkét csúcsban egyszeri vagy ismételt szórások következményeképen, vagy az egész tüdőt ért szórás fel nem szívódott maradványaképen kölesnyi-borsónyi gócok nagy számban találhatók. Megfelelő életmód mellett hamar megnyugvó kórforma, mikor évekig-évtizedekig változatlanul ugyanaz a lelet: légzési eltérés nélkül, esetleg időnkint néhány száraz pattogó zörej, köpet, ill. bacillusmentesség, normális vérsejtsüllyedés. Az évről-évre készített röntgenképek mintha egymás kópiái lennének, mindig ugyanannyi éles határú gócot mutatnak, a későbbi képekben talán több mésszel. A házasságnak nem akadálya, életmódi ártalmak kizárásáról (socialis factor) azonban gondoskodni kell, mert ilyenek halmozódása esetén évtizedes nyugalmi állapot után is átalakulhat ulcerofibrosus phthisissé. Legalább kétévi tünetmentesség itt is előfeltétele a házassági engedélynek.

Az extrapulmonalis tuberculosisok közül eleve házassági akadályok azok, amelyek manifest rendszerint cavernás tüdőphthisisek kísérői a gégében, bélben stb. A haematogen (Ranke II.) tuberculosisok nemkülönben, még enyhe tüdőfolyamat esetén is, mert a folyamat activitásának, szóráskészségének a jelei.

Gergely Jenő dr.,
tüdőgyógyintézeti főorvos.

Infusiós oldatok.

Az infusiós oldatok alkalmazásának sebészeti szempontból a műtétekkel kapcsolatos vérkeringési zavarok — a shock és collapsus — leküzdésében van nagy jelentőségük. Ez két, egymással teljesen ellentétes vérkeringési állapot. A *collabált* egyénnek erősen szapora pulsusa van, mely alig tapintható és abnormalisan alacsony a vérnyomása; e mellett az öntudat többnyire zavart. A *shock* állapotában lévő egészen más képet mutat. Alig szapora, azonban feszes, telt a pulsus, a vérnyomás mindig kissé fokozott, az öntudat megtartott. Mindkét állapot oka vérkeringési zavar, mely *túl nagy izgalom* következtében jött létre. Ha az érmozgató központnak izgalmi állapota támad, abnormisan feszes érrendszer mellett, akkor shockról beszélünk, vagyis *Usadel* szerint *tonusos érkrisisről;* szemben a collapsusos egyén *atoniás érkrisisével* (a központok kimerültségi állapota, mely az érrendszer ellazulását, bénulását eredményezi). Mindkét állapot kezelése merőben ellentétes. Shockban arra kell törekednünk, hogy egy nagy érterület tágítását elérjük, hogy a vér számára helyet biztosítsunk; bőringereket, főleg meleget alkalmazunk, meleg kávét, tehát alkoholt adunk, ezek mellett coffein, coramin, camphor, cardiazol, tetracor, stb. szereket injectio formájában. Collapsusban, mely többnyire vérvesztéssel jár együtt, az érrendszer feltöltése vérrel vagy valamilyen infusiós oldattal a legfontosabb tennivaló. Ezek mellett természetesen peripheriásan ható szerek, főleg az adrenalin, ephetonin, ephedrin és sympatol javalltak. Hátrányuk, hogy hatásuk múló, aránylag rövid ideig tart. A környi keringést nagyban javíthatjuk, ha feltöltjük az érrendszert folyadékkal, pl. physiol. konyhasós, Ringer- vagy tutofusin, stb. oldatokkal. Nagy vérveszteségek alkalmával a vérmennyiség hirtelen pótlására igen alkalmasak. Ilyenkor az erek túlságosan tágak a meglévő vérmennyiséghez; intravenás infusiókkal a vérnek a szív felé áramlását segítjük elő. Végeredményben egyik esetben sem törekszünk a szívverő emelésére, fokozására, hanem az erek teljesítőképességének növelésére, a pangó vértömeg mobilisálására és újból a keringésbe állítására.

Tudjuk, hogy egy gyógyszer a beteg szervre nemcsak intensivebben, hanem bizonyos körülmények közt egészen különlegesen is hathat. Ezért mondja *B. Trendelenburg* a szívről, hogy amíg működése kielégítő, egyáltalában semmiféle szerrel sem fokozható az egyébként is optimalis teljesítményt adó szerv működése. Digitalist ezért csak akkor adunk, ha a peripheriás keringési elégtelenség mellett a szív is felmondta a szolgálatot. Acut szívgyengeségben azonban nem válik be, mert hatása csak 2—3 nap mulva áll be. Heveny szívgyengeség esetén ezért inkább a strophanthint alkalmazzuk, mert hatása is gyorsabban áll be és pontosabban is adagolható (¼—½ mg i. v. napjában egy-kétszer). Ha heveny szívgyengeségben tüdőoedema lép fel, hypertoniás 10—40%-os szőlőcukoroldatot is adunk 100—200 ccm-es mennyiségben az érbe.

Itt említjük meg, hogy az intravenás injectiók nem szaporították meg a thromboemboliák számát; újabban inkább az időjárásnak, különösen a délnyugati légáramlásnak tulajdonítanak jelentőséget. Az érbe adott injectiók és a műtétek alkalmával bejutott levegő hatása is túlértékelt a thromboemboliák szempontjából, ismerve az ezirányú állatkísérleteket. Az infusiós oldatoknak itt is van jelentőségük a prophylaxis tekintetében. Bő folyadékfelvétel, akár szájon át is, de jobb infusiós oldatok formájában, megakadályozhatja a vér besűrűsödését, pangását.

A vérveszteség következtében létrejött anaemiában vérátömlesztés a legjobb módszer a keringés feltöltésére. Ha azonban a nasi szervekben elvérzés áll be, konyhasóoldattal kell átmenetileg feltölteni a vérpályát, ezáltal a vér visszafolyását a szív felé elősegítjük, míg a pangó vért mozgósítani tudjuk a vérreservoirokból, a bél és a máj capillarisaiból, a splanchnikus területből. Itt a bélmozgásoknak műtét utáni korai megindításának, a hasi légzés mélyebbé

tételének és a már említett gyógyszerek kellő időben történő alkalmazásának van nagy jelentősége.

A folyadékpótláshoz — infusio céljaira — szolgáló oldatoknak sterilnek, isotoniásnak, pufferoltnak és tartósnak kell lennie, vagyis alkalmazásra készen kell állniok. A gyakorlatban legjobban bevált a physiol. Na Cl-oldat. Legyengült szervezetre azonban — mint a vizsgálatok kimutatták — nagymennyiségű élettani konyhasóoldat káros is lehet. A súlyosan beteg szervezetben a viszonyok igen bonyolultak; senki sem tudja biztosan megmondani, hogy az ártalom valamilyen többlete okozta-e a halált. Kevésbbé gyenge vagy normalis szervezet azonban ilyen nem pufferolt sóoldat károsodását is könnyen kibírja, sőt ha izgatószereket is kap, később fokozott ellenállással reagál.

Az infusiót adhatjuk bőr alá és az érbe; az intravenás alkalmazás egyik módja a cseppinfusio; azonkívül alkalmazhatjuk rectalisan is. Az alkalmazott folyadékok lehetnek élettani (0.9%-os konyhasóoldat, Ringer-, 10—20—40%-os szőlőcukor-, 6%-os calorose-, tutofusin-) oldatok, bizonyos esetekben 10—20%-os konyhasóoldatot is kell alkalmaznunk. A bőr alá adott folyadék leromlott betegen a rossz felszívódásos viszonyok miatt nem sok eredményt ad, a nagy testüregekbe történő folyadékbevitel nehézségekkel jár *(Schnitzler)*, így első helyet foglalja el a fenti módszerek közt az intravenás eljárás, mely a folyadéknak közvetlenül a vérpályába juttatásából áll. Nagyobb mennyiségek hirtelen bevitele nem vezet mindig a kívánt eredményhez, mert a folyadék hamarosan kiürül a szervezetből s azok a törekvések sem vezettek sikerre, melyek a bevitt folyadékhoz különböző anyagoknak (pl. gummi arabicum) hozzátételével akarták elérni. hogy az hosszabb ideig tartózkodjék a szervezetben. Eltérők a vélemények abból a szempontból, hogy testhőmérsékleten tartva adjuk-e be azokat. *Bakay prof.* mindig szigorúan ragaszkodott az i. v. infusio céljaira alkalmazott oldatoknak testhőmérsékleten történő beadásához. Áll ez különösen a nagyobb mennyiségben bejuttatott folyadékokra; természetesen cseppinfusio esetén — tekintve, hogy cseppenkint jut a venába — a hőmérsékletnek nagy szerepe nem lehet.

Weichardt vizsgálat tárgyává tette az egyes forgalomban lévő infusiós oldatokat és a következő megállapításra jutott: *A tutofusin vor transfusie* holland készítmény zavaros oldat, hasonlóképpen a *pigofusin* nevű, ú. n. »vérsavóoldat« sem bizonyult bakteriologiailag sterilnek, utóbbiból még hiányzik a puffert adó phosphat is. *Sterofundin* sem steril, ez sókon kívül még egy organikus alkatrészt is tartalmaz; a *serum disintossicante* olasz infusiós oldat sem tartalmaz pufferokat, hanem camphor-származékot; utóbbi viszont nem specifikus izgatószer, ami a legyengült szervezet szempontjából káros. *Normet* nevű oldat is izgatószer, a testidegen natrium citricumot tartalmazza. *Normosal* sókeverék, mely használat előtt steril vízben oldandó. A víz felfőzésével sterilitása még nincs biztosítva; sürgős esetekben elég hosszú időt igényel nagyobb mennyiségű víz felforralása és annak 37° C-ra való lehűtése. Ha ezeket az oldatokat előírás szerint elkészítjük, még mindig meggondolandó a normosal-oldat i. v. alkalmazása, mert *Weichardt* szerint szerves anyagokat tartalmaz és jó táptalaj a bakteriumok számára. *Beck* teljesen kizártnak tartja tiszta, átlátszó s steril normosal-oldatok előállítását. Ugyancsak ő említi közleményében, hogy egészséges vértadók normosalnak i. v. befecskendése után súlyos állapotba jutottak (erős hidegrázás, hányás, hasmenés, derékfájás, szapora pulsus, haemorrhagiás nephritis jelentkezett). A kieli közegészségügyi intézetben a látszólag steril oldatból minden esetben bakteriumok tenyésztek ki.

A normosallal kapcsolatban mi is sokszor láttunk hidegrázást, enyhébb-súlyosabb rosszullétet. Ennek okát keresve, gondoltunk az oldat esetleges haemolysáló sajátságára, valamint a műtétkor felhasznált érzéstelenítő oldatok haemolysist előidéző voltára, végül a sterilitási hibákra. Az érzéstelenítésre használt novocain-oldat 0.25%-ostól 2%-ig tonogen nélkül és tonogennel, valamint a normosal-oldat haemolysist nem okozott. A sterilitási vizsgálatkor úgy a novocain, mint az elkészítéshez használt konyhasóoldat teljesen steril volt, szemben a normosallal, mely nemcsak 24 óra mulva, de azonnal felfőzés után vizsgálva, fertőzöttnek bizonyult. Végeredményben a hidegrázásnak és egyéb kellemetlen tüneteknek oka a szer nem steril voltával megmagyarázható volt. *Gemmerich* és *Gutschmidt* is mindig fertőzöttnek találták a normosal-oldatot. A tutofusin ezekkel szemben mindig sterilnek bizonyult, hasonlóképpen a Ringer-oldat is. Általában holt, szerves anyagokat tartalmazó folyadékokat nagyobb mennyiségben ne juttassunk különösen i. v.-an a szervezetbe, ha azok nem bizonyulnak 100%-ban sterileknek.

Az infusio *javallatai:* Bármely eredetű collapsus, műtét következtében, vagy vérvesztés után beálló keringési gyengeség esetében, toxikus állapotokban (pl. májatrophia-, sublimat-, atophan-mérgezés, stb.), inanitio (bélsipoly), kiterjedt égések után, megnehezített táplálkozási viszonyok következtében, pl. complikált gyomorműtét után nagy mennyiségben bejuttatott szénhydrátos infusio átsegítheti a beteget a kritikus napokon. Hypochloraemia, hányás esetén 4—10%-os konyhasós infusiók igen eredményesek lehetnek, a megzavart sav-basis-egyensúly helyreáll (u. i. a só-szétbontás és bicarbonat képződés közt összefüggés állapítható meg), azonkívül a sómolekula az osmosis nyomás szabályozója, azáltal a vízforgalomra is döntő hatása van. Bélelzáródás, főleg paralytikus ilues esetén dextroseval kombinálva, igen jó eredményeket ad.

Technika: intra venás tűket 10, 20 vagy 50 ccm-es steril fecskendőket 2—3 literes kifőzött fazékban testhőmérsékletre felmelegítve elkészítjük az ugyancsak steril, lehetőleg isotoniás és a physiologiásnak megfelelően pufferolt, izgatásmentes infusiós oldatot; ezeken kívül a bőr tisztításához szükséges aethert, jódot és ragtapaszt. Hypertoniás oldatot igen lassan vagy csepp alakban juttassunk a vérpályába. *Cseppinfusióhoz* fém- vagy üvegkanülre van szükségünk, mely a folyadékot tartalmazó bürettával van összeköttetésben, közéjük a Martin-féle cseppszámláló gömb van beiktatva. Leghelyesebb, ha másodpercenkint 1 csepp folyik a venába; az eljárás kezdetén azonban nagyobb menynyiséget juttatunk be. Az infusióra szolgáló kart sinnel és megfelelő elhelyezéssel kell nyugalomban tartani. Ügyelni kell, nehogy thrombosis vagy embolia jöjjön létre a vénában; légembolia sohasem fordul elő. *Subcutan* eljárás esetén: 1 liter infusiós oldat, 100 ccm-es fecskendő, 1—2 literes edény, 2 darab

infusiós tű, hozzávaló gumi illesztékkel és a bőr letisztításához oldatok szükségesek. A *rectalis* infusio (cseppinfusio) céljaira a Katzenstein készülékeket használjuk.

Az infusio természetesen nem pótolja minden esetben a vérátömlesztést, azonban a vértadó megérkeztéig, a kritikus pillanatokon átsegíthetjük a beteget.

Guszich Aurél dr.,
a II. sebészeti klinika adjunktusa

A fogvájó használatáról.

Vannak kérdések, — az orvosi gyakorlatban — amelyekről nem szívesen beszélünk. Ezek közé tartozik a fogvájó használatának kérdése is. Folyóiratokban, orvosi könyvekben, de előadásokon sem találunk említést a fogvájóról. Hiányzik az orvosi vélemény e kérdésről, pedig betegeink gyakran kérik ily irányú tanácsainkat. A szakorvos is — legtöbbször — csak annyit tud mondani, mint a laikus: akinek szüksége van reá, használjon fogvájót. Nem tiltjuk és nem is ajánljuk. Megszoktuk, hogy van és természetesnek tartjuk használatát.

Akadémikus szempontból bizonyára nem tudományos feladat a fogvájóról értekezni, már csak azért is, mert mindenki tud róla valamit, de sokat senki. Talán ismertebb aesthetikai és gastronomiai vonatkozása, mint egészségügyi. A magasabb társadalmi illem szerint jóízlésű ember nyilvánosan nem használ fogvájót. A kevésbbé finnyás, előítélettől mentesek utóétkezést rendeznek a fogak közé szorult étel kipiszkálásakor. Kétségtelen azonban, hogy a terített asztal tartozéka a fogvájó és mint ilyen, közszükségleti cikk. Az alábbiakban megkísérlem orvosi szempontból követni a fogvájó használatának következményeit. A fogvájót anyaga szerint puhafából, toll szárából vagy pedig vékony fémlemezből készítik. A fapálcikák egyszeri használatra készülnek és elterjedtebbek. A fémlemezből készült fogvájók talán célszerűbbek, de drágábbak és miután nem tisztogatják, ezért kevésbbé higienikusak. A fogvájó használatát — köztudomás szerint — a fogak közti résekbe, hézagokba beszorult étel, különösen hús és növényi rost eltávolítása teszi szükségessé. Következésképpen, míg rés nem támad a fogak közt, helyesebben, míg a bonctani egység zavartalan a fog és a fogat tartó szövetek közt, addig fogvájót sem használnak.

A fog közötti rés keletkezésének több oka van. Általában minden olyan körülmény, mely a fogak zárt érintkezését, illetve a paradentium épségét veszélyezteti, alkalmas lehet fogak közötti rés keletkezésére. Ezt pedig elősegítheti: rosszul alkalmazott fogtömések és borítókoronák, foghúzás utáni fogelmozdulások és nagyon gyakran a paradentium heveny és idült lobos bántalmai.

Orvosi, illetve egészségügyi szempontból kórtani jelentőségű az a szöveti sérülés, mely a fogak közeit kitöltő papilla interdentalist éri a fogvájó alkalmazásakor. Azt mondhatjuk, hogy a fogvájózásnak orvosi jelentősége nem volna és addig nincs is, amíg általa sebzést nem okozunk. Ez az eszményi állapot a gyakorlatban azonban alig található. Könnyen kimutatható, hogy néhányszori fogvájózás után már hámfosztott lesz a fog közötti papilla, majd pedig az étkezések után megismétlődő insultus következtében állandó seb mutatja a fogvájó használatát. Ezt az állapotot jelzi a beteg, amikor szívásra rossz ízt és kellemetlen szájszagot érez és vérnyomokat lát a köpetében. Ez a sebváladékból és a beszorult étel bomlástermékeitől származik.

A fogvájózás, mint az önsegítésnek a módja, a célszerűségnek megfelel. Kórtani szempontból azonban az ok és okozat látszólagos megszüntetése mellett az állandósult papillitis miatt további következményeket okoz. Lassan elpusztul ugyanis a papilla és a septum interdentale és kráterszerű üreg képződik a fogak közt és legvégül a szomszédos fogak meglazulnak és kihullanak. Ennek az időbeli lefolyását tasakképződés és kisebb-nagyobb paradentalis gyulladás kíséri.

A rövid és vázlatos ismertetésből is kitűnik, hogy a fogvájózás nem mindig ártalmatlan és következmény nélküli művelet. Kérdés azonban, hogy ezen bizonyos esetekben szükséges, de rossz szokással szemben, milyen segítési lehetőségeket alkalmazhatunk.

Mindenekelőtt állapítsuk meg, hogy leszoktatni senkit sem lehet a fogvájó használatáról, akinek retentiós rése van a fogai közt, csak akkor, ha a rést vagy réseket előbb sikerül megszüntetni. Miután a kis- és nagyőrlő fogak közötti rés okozza a legtöbb panaszt, ezeknek megszüntetése a már rendszerint meglévő tömések és borítókoronák kicserélésével könnyen elérhető. Második és harmadik nagyőrlő fogak közötti rés eltüntetése céljából célszerű e fogak borítókoronáit lap szerint összeforrasztani. Olyan esetekben, amikor technikai művelettel nem tudjuk a retentiós rést megszüntetni (pl. paradentosisban), fokozottabb és rendszeres fogtisztogatást végeztetünk minden étkezés után. A szokásos öblögetés, fogkefélésen kívül házihasználatra atomiseurt alkalmazunk. Ezek mellett szükség esetén fogvájó helyett fogselyem használatát ajánljuk.

A közvetlenül fogorvosi teendőkön kívül a fogvájózás kérdésének van egy, a megelőzést szolgáló felvilágosító, oktató társadalmi vonatkozása is. E téren mi, fogorvosok igen sokat tehetünk. Elsősorban tőlünk kell hallania betegeinknek azt a határozott véleményt, hogy a fogvájózás káros a fogtartó szövetekre. Legfőképpen a fiatalságot kell figyelmeztetnünk arra, hogy az öregek rossz szokásait ne vegyék át és ameddig nem feltétlen szükséges, addig kerüljék a fogvájó használatát. Orvosi véleményünk határozottabbá tevése céljából az igen fejlett propaganda módszereit is igénybe vehetjük annak hangsúlyozásával, hogy a fogvájó nyilvános használata ízléstelen, primitív emberi szokás.

Jól tudom, hogy népszerű és általánosan elfogadott rossz szokással szemben véleményt formálni és nyilvánítani nem hálás feladat. Figyelemmel kell azonban lennünk arra is, hogy szakorvosi teendőnk nem merülhet ki a curativ tényked ésben. Fogászati culturánk fejlesztése elsősorban szakorvosi feladat. Ennek megítélésében vannak első-, másod- és harmadrendű értékmérők, amihez feltevésem szerint hozzátartozik a fogvájó használata is.

Balogh Károly dr.
egy. magántanár.

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

Exhepar + Strychnin + P + As =

EXHEPARTON inj. CERTA

„CERTA" Gyógyszerészeti Laboratórium R. T., Budapest.

Rheumás megbetegedések röntgenkezelése. *Scmyth, Freyberg* és *Peck.* (J. amer. med. Assoc. 116. k. 1995. o. 1941.) 100 rheumás beteget kezeltek helyi röntgenbesugárzással Kahlmeter eljárása szerint. Eseteik nagyrészt az elsődleges lopoetica, arthrosis deformans és periarthritis esetek is. Vizsgálataikat egyidejűleg controllkísérletekkel végezték és eredményeik értékelésénél a lelki tényezők befolyásával mindig számoltak. Elsődleges idült sokizületi gyulladásban 44%-ban sem subjectiv, sem objectiv javulás nem mutatkozott; 30%-ban csak subjectiv, 26%-ban pedig objectiv javulást találtak. Az izületek besugárzása recidiva ellen nem védett. A vörösvérsejtsüllyedés 85%-ban változatlan maradt vagy emelkedett. 15 spondylarthritis ankylopoetica esetükben 74%-ban értek el jelentős subjectiv és objectiv javulást, a vörösvérsejtsüllyedés pedig 40%-ban kifejezett csökkenést mutatott. Arthrosis deformans és periarthritis eseteikben a kezelt betegek kis száma miatt biztos véleményt nem alkothattak. (B. 7.)

vitéz Benárd Miklós dr.

TÁBORI EGÉSZSÉGÜGY ÉS HADISEBÉSZET

Rovatvezető: *Sereghy Emil.*

A környéki idegek sebészete. *Jaeger.* (D. M. Wschr. 1941. 33.) A környéki idegek sérülései békében ritkán fordulnak elő, ezért a jelenlegi háború sebészének az 1914—18-as világháború ilyirányú tapasztalataira kell támaszkodnia. A leggyakoribb az orsóideg sérülése felszínes fekvésénél fogva, majd a közép- és singideg, ezután az ülő-, síp- és szárkapocsideg, végül a karidegfonat sérülése következik. Ha a sérülés az ideget folytonosságában megszakította, a megfelelő izomzat teljes bénulása következik be s elektromos ingerléssel elfajulási reactio mutatható ki. Részleges sérülést okozhat bentrekedt idegen test, vagy az ideg leszorítása a környező kötőszövet vagy a csont hege által. Bénulást okozhat a gerincvelő rázkódása is, az utóbbiak nem szorulnak műtéti kezelésre, viszont igen gondos apolást igényelnek. A hysteriás bénulásoknál elfajulási reactiót nem találunk. A sérülés következtében érzési vagy mozgatási, ritkábban vegyes bénulások lépnek fel. Kínos fájdalmakkal és táplálkozási zavarokkal járó idegsérülés műtéti kezelést igényel. Idegvarratot négy hónappal a sérülés után végzünk az elsődleges sebgyógyulás érdekében A műtét könnyű, utána három hétig nyugalomban kell tartani a végtagot. Az utókezelés massage, faradizálás, fürdetés és mozgatásból áll, amit hosszú hónapokig, esetleg egy évig is kell folytatni. A világháborúban végzett idegvarratok 50%-a teljesen gyógyult. Az idegek hegből való felszabadításának időpontját esetenként határozzuk meg. Gyógyulásuk sokkal gyorsabb és 70% ban következik be. (S. 6.)

nemes Balta Béla dr.

Vajjon csak a lőtt sebek fontos sérülések a háborúban? *Vidal.* (Chirurg. 1941. 9.) A szerző a spanyol polgárháború harminchavi tapasztalata alapján megállapítja, hogy a sérületek tekintélyes hányada nem lőfegyvertől ered. 845 alszártörésből 81 nem lövéses eredetű volt, míg a 98 kulcscsonttörésre 30 lövéses törés esett. Argüelles 316 combcsonttöröttje között 76 volt más behatás következménye. Böhler az összes törések 49.5%-át találta lövéses eredetűnek a 1914—18-as világháború adatai alapján. Míg a békebeli sebészetben a nyilt törések gyógyulása 81%-ban aseptikusan folyik le, addig a spanyol háborúban csak 16.6% gyógyult gennyedés nélkül. Ennek oka, hogy későn jutnak sebészi ellátáshoz, továbbá a nehéz szállítási s kezelési viszonyok. A mostani villámháborúban a nagyfokú motorizáltság folytán emelkedni fog a békebeli módon létrejött sérülések száma. (S. 4.)

nemes Balta Béla dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ottó József* és *Benedek Andor.*

A vér cholintartalma terhességben, szülés alatt és gyermekágyban. *Eagle.* (Am. Journ. of Obst. and Gyn. 1941. 42/2262.) A terhesség különböző idejében a vér cholintartalma meglehetősen állandó volt (átlagban 13.1 mg/liter). Szülés alatt a vérértékek enyhén emelkedettek voltak (15 mg/liter) s legmagasabb értékeket (24.6 mg/liter) közvetlen a szülés után észlelt. A vércholinértékek emelkedése a fokozott méhtevékenységgel magyarázható. Szerző a vér cholinszintje és a vizsgált terhesek kórelőzménye, kora, a terhesség tartama, a szülés tartama, lefolyásának miként je, a magzat neme, súlya, valamint a lepény súlya között nem talált összefüggést. (O. 8.)

Kriszt József dr.

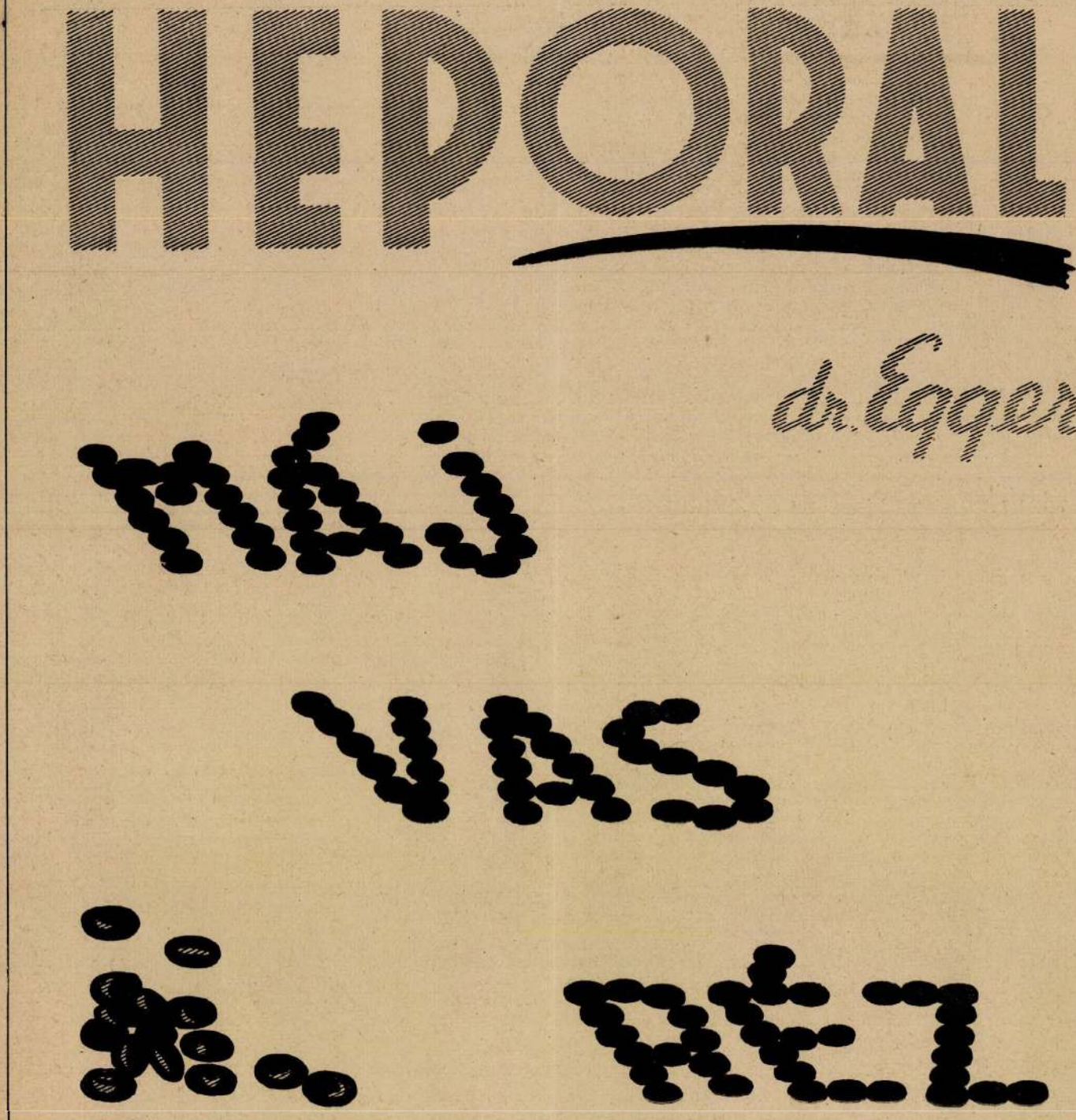
A sárgatesthormon hatása a házinyúl húgyvezetőjére. *Hoff.* (Arch. Gynäk. 171. 51. 1941.) Harminc érett házinyúl húgyutait sugárfogó anyaggal töltötte fel s ezután vizsgálta a gyüjtőérbe fecskendezett sárgatestkészítmény hatását a húgyvezető síma izomzatára, valamint a sárgatesthormonnal kezelt állat húgyvezetőjének viselkedését agyfüggelékhátsólebeny-készítményekkel szemben. A kísérletek alapján megállapítja, hogy a húgyvezető síma izomzatának működését a sárgatesthormon nem gátolja, sőt nagy adag érbefecskendezésére a húgyvezető izomzatának ingerlékenysége kissé még fokozódik is. Ez a szokatlan jelenség az előzetesen tüszőhormonoldattal és terhesvizelettel átáramoltatott húgyvezetőn figyelhető meg a legjobban. A terhes, valamint a több napon át sárgatesthormonnal kezelt állatok húgyvezetője agyfüggelékhátulsólebeny-készítményekre éppen olyan fogékony, mint a többi állaté. (O. 11.)

Mauks Károly dr.

ANARA-CHINOIN

gőzeinek beszippantása azonnal enyhíti a nátha tüneteit!

Használatrakész speciális tubus!



Dr. EGGER LEÓ ÉS EGGER I. BUDAPEST, VI.

CIGELKA
jód-brómos források gyógyvizei
1843
óta vannak forgalomban

Gyomorégés, savtúltengés, gyomorfekély, étvágytalanság, emésztési zavarok eseteiben
Cigelka-STEPHANUS sóskarbonátos — jód-brómos — gyógyvíz
Kiváló gyógyhatású!

Érelmeszesedés, vérbaj, skrofulózis, gyulladásos természetű női bajok és a légzőszervek hurutos bántalmai ellen pedig a
Cigelka-LUDOVICUS jód-brómos forrás gyógyvizét ajánljuk.
Vezérképviselő: ÉDESKUTY, Budapest, V., Erzsébet-tér 8. szám

KÖNYVISMERTETÉS

Wesen, Erkennung und Behandlung der Krebskrankheit. *Fritz König* und *Ernst Seifert*. (N. D. Ch. Bd. 57. Enke, Stuttgart. 300 oldal. Ára 25.70 M.)

Az »Új német sebészet« sorozatának 57. kötetében jelent meg »A rákbetegség lényege, felismerése és kezelése« címen König és Seifert értékes monographiája. Az első részben König száz oldalon a rák általános kórtanával és kezelésével foglalkozik rendkívül tömören, kitűnő áttekintéssel és szigorú kritikai feldolgozásban összefoglalva mindazt, ami ma a rákkutató és gyógyító orvost érdekelheti. Hosszú sebészeti pályafutása alatt e kérdésekkel igen behatóan foglalkozott és az abból leszűrt tapasztalatokat erősen egyéni, egységes felfogásban érlelte ki. Csak így érthető, hogy ily szűk terjedelemben tudta összesűríteni tapasztalatainak gazdag eredményeit. Ez magyarázza meg azt is, hogy álláspontja nem minden kérdésben egyezik a mai átlagos felfogással. De éppen ez az egyéni beállítottság teszi érdekessé és értékessé munkáját, felköltve az olvasó kritikáját.

A könyv második részében Seifert szervek és testrészek szerint foglalkozik a rákbetegséggel, a fősúlyt a rákkezelésre helyezve. Ő igen bőségesen használja fel az irodalom adatait és így elfogulatlanabb áttekintést nyujt e kérdésekről.

Az egész mű — éppen e kétféle beállításban — kitűnő áttekintést nyujt a rákkérdés — főleg a rákkezelés — mai állapotáról és minden orvosnak, de főleg a sebészeknek hasznos kézikönyvül ajánlható.

M. V. dr.

Erbkrankheit und Fertilität. *H. Stiasny* und *D. J. Generales*. (F. Enke Verlag, Stuttgart. 164 oldal. Ára 27 Rm.)

Szerzők az öröklődő betegségekben szenvedők spermiumain észlelt alakelváltozásokról és azok biologiai jelentőségéről számolnak be. A vizsgálati anyagot az 1933. évi birodalmi törvény alapján sterilizált férfiak ondóvezetékeiből nyerték. Tudtuk eddig is, hogy egészséges egyének spermiumai között is előfordulnak deformált alakúak (mintegy 27%-ban); most szerzők kimutatják, hogy az öröklődő betegségben szenvedők ondósejtjeinek 63%-a mutat alakelfajulást. A deformitásokból az öröklődő betegség féleségére nem tudunk következtetni, de azt feltételezhetjük, hogy a normalis alakú és fejlettségű ondósejtek számbeli megcsökkenése és az ilyen egyének kisebb termékenyítőképessége között okozati összefüggés áll fenn. Szerzők mikropathologiai vizsgálatai szerint az idült alkoholisták ondósejtjeinek 75.1%-a, a gyengeelméjűeknek 61.8%-a, epileptikusoknak 58.2%-a, schizophreniásoknak 53.8%-a degenerált. Feltevésük helyességét igazolják Essen-Moellernek 4000 öröklődő elmebetegségben szenvedő egyén termékenységéről összeállított adatai. Ezek szerint idült alkoholisták és gyengeelméjűek termékenysége jóval alacsonyabb az átlagnál, a schizophrenek és epileptikusok termékenysége fele az egészségesekének, a mániás-depressziós elmebajban szenvedők termékenysége alig fogyatkozik meg. Végeredményben Stiasny és Generales mikropathologiai vizsgálatai is azt igazolják, hogy az öröklődő betegségben szenvedőket maga a természet is segít kiselejtezni.

Gáspár János dr.

A pécsi egyetem bőrgyógyászati klinikája az Orvosi Hetilap 1926-ig megjelent köteteit részben vagy egészben megvenné. Ajánlatot kér: Pécs, Attila-u. 14. szám címre.

Válasz György Ede dr. megjegyzésére.

(O. H. 8. sz.)

A csecsemőfülészet tudományos feldolgozásában Hainissnak és tanítványainak kétségkívül nagy érdemeik vannak. Nem elméleti, hanem a gyakorlati megoldásra gondoltam, amikor azt írtam, hogy a csecsemőfülészet még meg nem oldott fejezete az otologiának. György dr. egyik dolgozatában O. H. 934. 55% mortalitásról számol be, időközben ez jelentősen csökkent, de talán a socialis viszonyok miatt újra emelkedést mutat. Ma ott tartunk, hogy az otogen toxicosis és sepsis a csecsemőhalandóság egyik leggyakoribb oka (Árpád közkórházi adatok). Nem látom a kérdést gyakorlatilag megoldva, amikor a gyakorló gyermekorvosok egy része még műtét-ellenes álláspontón van, s a fülorvos gyakran csak ante mortem avatkozhat be, sőt sok esetben csak boncoláskor derül ki a füleredetű általános fertőzés. Kórházunk boncjegyzőkönyvi adatai szerint 10 év alatt 156 csecsemő halt meg otogen sepsisben. (Ezirányú dolgozatom sajtó alatt van.)

Hogy hat hónapon aluli csecsemőn jóval gyakoribb a latens mastoiditis, mint egy éven felülin, ezen állításomat természetesen továbbra is fenntartom. Műtétkor néhányhónapos csecsemőn a csecsüreg oldalfalának teljes elvétele után, ha a sejtképződés még nem indult meg és a csont ép, e beavatkozás elegendő, mert a góc feltárása megtörtént és a genny lefolyása biztosítva van. A fertőző góc »kitakarítását« itt nem lehet teljesen elvégezni (dobüreg) és a gyuladás nincs is mindig körülhatárolva. Ellenben a súlyos betegre károsnak tartom az ép csontvelőürök feltárását (sejtek után kutatás közben), mert fertőződhet s igen jó táptalaj és felszívódásra alkalmas terület. Ilyenkor sok genny vagy toxin kerülhet a vérpályába és ezzel is magyarázható a műtét utáni »hirtelen exitus«, vagy »általános toxikus halál« (György, Orvosképzés 941.) A cél mindig az életveszély elhárítása és meggondolandó, hogy valamely eljárást »tévesnek« minősíthetünk-e vagy nem.

A műtétet követő utókezelést igen fontosnak tartom, ez azonban a sebkezeléstől eltekintve a gyermekorvos feladata.

Kecskés Zoltán dr.
közkórházi orr-, fül-, gége-rendelőorvos.

A *Magyar Országos Orvosszövetség Fürdőorvosi Szakosztályának* védelme alatt működő *Magyar Fürdőalkalmazottak és Úszómesterek Országos Egyesülete* díjtalanul közvetít állandó alkalmazásra, vagy ambuláns kezelésre oklevéllel rendelkező, a legmagasabb igényeknek megfelelő gyógymasszőröket, vízgyógykezelőket, lábápolókat, stb. Budapest, Irányi-utca 21—23., félemelet 12. Hivatalos órák: este 4—6-ig. Telefon: 186-632.

LIQUOR HYPNOBROMID
Kellemes ízű hypnoticum és sedativum
Összetétele evőkanalanként:
Aethylmorphin hydrochl. . 0.005 gr
Codeinum hydrochl. . . . . 0.01 gr
Paraldehyd . . . . . 0.50 gr
Natr. bromatum . . . . . 0.75 gr
aromás syrupban.
SZENT PÉTER gyógyszervegyeszeti laboratórium. Budapest, V., Pozsonyi-út 1. Telefon: 121-547

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift 8. sz. *Gutzeit K.:* Icterus infectiosus. *Batschwarow W.:* Pneumoniamortalitás, mint a kezelés értékmérője. *Schörcher F.:* Tapasztalataim a lumbalis sympathektomiával az alsó végtag ereinek endangitis obliteransa eseteiben. *Philippides D.:* Végtagfekélyek kezelése a sympathicus időleges kiirtásával.

Schweizersche Medizinische Wochenschrift 8. sz. *C. Jimenez Diaz:* Az asthma bronchitis kezelése. *Frontali G.:* Újabb tanulmányok a pellagráról. *Guggisberg H.:* A szülés gyógyszeres megindításáról. *Ruedi L.:* Mandulaműtétek a gyermeken. *Nicod P.:* Torzító csipőizületi gyulladás oka és kezelése *Staehelin R.:* Pro és contra sulfanilamidtherapia. *Jentzer A.* és *Calame A.:* Kísérleti tanulmány az intraperitonealis sulfamidotherapiáról. *Fischer H.:* Az inhalatiós gyógyítás alapelvei. *Brügi E.:* A prophyrinek sebgyógyító hatásáról. *Brunner A.:* Prof. D. Clairmont †.

VEGYES HIREK

Orvoshét Balatonfüreden. Ebben az évben május 15-től 21-ig rendezik a balatonfüredi orvoshetet, amelyen egyetemi tanárok az orvostudomány haladásáról, újabb megállapításairól, gyógymódjaik eredményeiről tartanak előadásokat. Orvosi résztvevők díjtalanul kapnak lakást a fürdőkormányzóságtól, étkezést pedig megfelelő áron nyujt a Grand Hotel étterme. Délután kirándulások lesznek. Jelentkezni lehet a balatonfüredi fürdőkormányzóságnál.

Az Erdélyi Múzeum Egyesület Orvosi Szakosztálya újjáalakult. Amint lapunk mult évi 45-ik számában közöltük, az Erdélyi Múzeum Egyesület központi választmányának magatartása miatt a kolozsvári orvosi fakultás tanárai elállottak attól a szándékuktól, hogy az egyesület tagjai közé való felvételüket kérjék. Ez az orvosi szakosztály munkájának teljes megbénulását, s tisztikarának lemondását eredményezte. Miután erre az orvosi fakultás megteremtette a maga saját tudományos formáját, ahol élénk nyilvános tudományos élet indult meg, a Múzeum Egyesület is megváltoztatta eredeti álláspontját, s meghívta tagjai közé az orvosi fakultás tanárait és tudományos személyzetét. Ezen az alapon újjáalakult a Múzeum Egyesület orvosi szakosztálya, amelynek elnökéül a február 26-án tartott közgyűlésen az orvosi fakultás dékánját, *vitéz Berde Károlyt*, titkárává pedig *Krompecher István* professzort választották. Az újjáalakult szakosztály és a fakultás között még fennálló függő kérdések rendezése után a szakosztály újból meg fogja kezdeni nyilvános tudományos életét, addig azonban a fakultás tudományos fóruma tovább működik.

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága meghívására *Harald Siebke* egyetemi ny. r. tanár, a bonni egyetem női klinikájának igazgatója f. hó 12-én este 6 órakor a Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. Női Klinikájának tantermében »Das Wechselspiel der Hormone in der Genitalsphäre der Frau von der Menarche bis zur Menopause« címmel előadást tart.

A Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesülete fennállásának tízéves fordulója alkalmából március 8-án este ½7 órakor a Szent István Társulat dísztermében (VIII., Szentkirályi-utca 28/30. sz.) *díszközgyűlést* tart, melyen az egyesület fővédnöke, a bíboros hercegprímás úr őeminenciája is megjelenik.

»MABI Tudósító« címen egészségvédelmi ismeretterjesztő folyóiratot ad ki a Magánalkalmazottak Biztosító Intézete. A havonkint harminckét oldalon megjelenő, szép kiállítású lapot díjtalanul bocsátja az Intézet a biztosítottak rendelkezésére. A folyóirat kiadóhivatalától (Budapest, VII., Péterfy Sándor-utca 12.) egyszerű levelezőlapon lehet kérni a folyóirat megküldését.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti *Tudomány Egyetemen* február 28-án: *ganzstauczki Hammersberg Elemér Tivadar Aladár, Jászberényi József Elemér, Kolontáry László, Léderer Endre, Moravcsik Sándor, Szűcs István;* a *pécsi Tudomány Egyetemen: Fogel Mária, Molnár József, Niedermayer Ferenc, Gedő Tibor Ede, Weber Antal.* Üdvözöljük az új Kartársakat!

Angliában a születési arányszám 1000 lakosra számítva a mult évben 14.2 esett. 1940-ben még az arány 16.2 volt.

HETIREND

Kedden, 10-én ¾7 ó. a Bp. Orvosi Kaszinó ülése. *Fuchs D.:* A typhus exanthematicusról.

Szerdán, 11-én 6 ó. a Magy. Gyermekorvosok Társasága ülése. *Reischl E.:* Belső kezelésre gyógyult empyema thoracis esetek. *Pátzayné, Liebermann L.:* Gyermekkori szoorgás esete. *Geldrich J.:* Familiaris microcytaer anaemia. *Fekete A.:* 12 éves lánynál fellépett hemiplegia. *Kisfaludy P.* és *Flesch I.:* Újszülött inoperabilis haemangioendothelioma faciei másfél éve tünetmentes esete. *Szutrély Gy.:* Csecsemőkori agydaganat.

Pénteken, 13-án 6 ó. a Bp. Kir. Orvosegyesület ülése. Előadás. *Frigyesi J.:* A szülészet és nőgyógyászat néhány kérdésének újabb megoldása.

Szombaton, 14-én ½7 ó. a Magyar Dermatológiai Társulat tudományos üléše a Bőr- és Nemibetegségek Klinikájának tantermében. Tárgy: betegbemutatások.

DQH Dialgin caps. és kúp: megbízható antipyreticum és antirheumaticum · 10 caps ára: P. 2.- · 5 kúp ára P 2·50
Expectin sol: expectorans, köhögésnél rekedtségnél, ipecacuanha helyett · 1 üveg 10gr. ára: P. 2·20.
Frombogen inj.: varix és haemorrhoidalis csomók kezeléséhez · 3 amp. á 3 ccm. ára: P. 2·10.
Gyártja és forgalomba hozza: Diachemia Straub Sándor gyógysz. és vegy lab., BUDAPEST VI. Teréz-krt. 27.

Éjszakai nyugalmat
biztosít a

Noctal

tökéletes jó közérzet
mellett

J. D. Riedel - E. de Haën A. G. Berlin

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

Fájdalmaknál

Quadronal

megbízható — hatásos — jól tűrhető

Naponta háromszor 1–2 tabletta

phiolák 10 és 20 tabletta tartalommal

Adatokkal készséggel szolgál:

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE I. W.

KÁLMÁN LEHEL GYÓGYSZERVEGYÉSZETI VÁLLALAT BUDAPEST 62

IDÜLT NŐGYÓGYÁSZATI BETEGSÉGEK MEGGYÓGYULNAK AZ
ERZSÉBET-GYÓGYFÜRDŐBEN
KESERŰSÓS FÜRDŐK
ISZAPBOROGATÁSOK
FORRÓ ÖBLÍTÉSEK

FAGIFOR „CITO"
Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lacto-kreosot-syrup
Ideális enyhe expectorans
Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere
lag. orig. P 3·21, pénzt. csom. P 1·61
Szabadon rendelhető: MABI, MÁV. B. B. I. Szklőv. kőszkórháza Szklőv. Alk. Segítő Alapja. Keresk. Segélyegyl.
CITO gyógyszervegyészeti gyár
Budapest, XIV., Lengyel utca 33.

491/1942. szám.

Marosi alsó járás főszolgabirájától.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Maros-Torda vármegye marosi alsó járásához tartozó, Székelyvaja, Harasztkerék, Kisgörgény, Somosd, Székelycsóka és Szövérd községekből álló székelyvajai körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása az állami rendszerű X. fizetési osztály 3. fokozata szerinti fizetés és lakáspénz, évi 1112 pengő fuvarátalány, továbbá a rendelőszoba bére, fűtési és világítási költsége fejében havi 12 pengő különjárulék.

Az állásra pályázók a m. kir. belügyminiszter úrhoz címzett, szabályszerűen felbélyegzett kérvényeiket ezen pályázati hirdetménynek a »Népegészségügy« c. hivatalos lapban történt közzétételétől számított 15 napon belül hozzám — közhivatalban lévők hivatali főnökük útján — nyujtsák be. A pályázati kérvényhez eredetiben vagy hiteles másolatban a »Számmagyarázat« 1—12. és 14. számjegyei alatt megjelölt okmányokat kell csatolni.

Marosvásárhely, 1942. évi február hó 13-án.

Csongvay János s. k.,
főszolgabíró.

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

1703/1941. ált. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Somogy vármegye kaposvári kórházánál megüresedett három kisegítő orvosi állásra pályázatot hirdetek. Az állások javadalmazása 120 pengő havi tiszteletdíj, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás, valamint I. osztályú élelmezés.

Az állást elnyerni óhajtók szabályszerűen felülbélyegzett kérvényeiket 1942. évi március hó 30-áig — közhivatalban lévők hivatali főnökük útján — méltóságos gróf Széchenyi Endre úrhoz, Somogy vármegye főispánjához címezve hozzám nyujtsák be.

A pályázati kérvényhez a Népegészségügy »Számmagyarázat«-ában 1—12. szám alatt megjelölt okmányok csatolandók.

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

A kisegítő orvosi alkalmaztatás egy évre szól és bármikor indokolás nélkül felbontható. Nyugdíjigényre jogosultságot nem nyujt, sem pedig kinevezésre.

A kisegítő orvosnak az intézetben kell laknia, azonban a természetbeni lakást csak saját személyére veheti igénybe s magángyakorlatot nem folytathat.

Kaposvár, 1942. évi február hó 17-én.

Igazgató-főorvos.

»Az epekőbetegség gyógykezelése. Ivókúra a legrégibb és legjobban bevált belgyógyászati kezelési mód. A sulfatos ásványvízből enyhébb kúrához kétszer naponta 2—2 dl-t itatunk éhgyomorra (reggeli és uzsonna előtt) melegen; erélyesebb kúrához ennek kétszeresse — sőt több is — adható. Az ivókúra tartama 4—6 hét; hosszabb-rövidebb fekvés (kétszer napjában 1—2—3 óra), forró, nedves borogatások a hasra, elengedhetetlen tartozékai a kúrának. Hasmenés esetén az ásványvíz megfelelő mértékben higítandó... Különösen szívesen alkalmazzuk a glaubersós Mira vizet.« Dr. Gerlóczy Géza egy tan., dr. Issekutz »Gyógyszerek és Gyógyítás« II. kötet.

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTÁN.

A szerkesztő fogadóóráját kedden és pénteken 12—1 óra között tartja.

Enterosolvens Medichemia
AZ ENTEROSOLVENS DRAZSÉ CSAK A BÉLBEN OLDÓDIK, EZÉRT GYOMORPANASZOKAT SOHASEM OKOZ
Forgalomban:
Acid. acetylo salicyl.
Acid. phenylcinchonin.
Ammon. chloratum
Chloralhydrat (Chloralotensin)
MEDICHEMIA
Natr. jodatum
Natr. salicylic.
Pulv. fol. digit. titr.
Theobr. natr. salicil.
Theophyllin (Diuryllin)
ELŐÁLLITJA ÉS FORGALOMBA HOZZA:
MEDICHEMIA R. T., BUDAPEST X.

St. Blasien Szanatórium

800 m tengerszint felett, legkedvezőbb éghajlati adottságok, kimondottan gyógyklima

Németország legmagasabban fekvő magángyógyintézete

tüdőbetegek

számára, a Feketeerdő déli részének legkedvezőbb fekvésében

Időszerű átalányárak:

kétágyas szobában . . . . . RM 9.-től

egyágyas szobában . . . . . RM 11.-től

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

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

Díjmentes képes ismertető

ÉRTONICUM keringési gyengeség kezelésére:

PULSOTON-*Chinoin*

(m-oxy-β-amino-propylbenzol-hydrochlorid)

INJECTIO, 5×1 kcm amp. (0·02 g)
SOLUTIO, 10 kcm üveg (kcm-ként 0.02 g)

J A V A L L T: Fertőző betegségek, reconvalescentia, kimerülés esetén, műtéti előkészítéshez. Shock, műtéti collapsus, „minus-decompensatio", essentialis és orthostatikus hypotonia stb. eseteiben.

A D A G O L Á S A: Belsőleg: 5-20 csepp naponta 2—3-szor. Befecskendezésben: 1 ampulla subcutan vagy muscularisan, súlyos esetben $^1/_4$—1 ampulla intravenásan.

ANERTAN

Testosteronpropionat

a férfi sexualis elégtelenségének hormonkezelésére

Prostatahypertrophia — Hiányos virilitás
Senilitas praecox

Dobozok 4 ampullával á 5 mg 1 kcm-ben . . P 15·—
Dobozok 4 ampullával á 10 mg 1 kcm-ben . . P 25·—
Dobozok 2 ampullával á 25 mg 1 kcm-ben . . P 30·—

Kényelmes adagolási alak az

ANERTAN-OLAJ

percutan kezelésre

Üveg 10 gr-mal . . . . . P 22·50

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

Mannheim-Waldhof

Magyarországon forgalomba hozza:

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

421158. — AZ ATHENAEUM IRODALMI ÉS NYOMDAI R.-T. NYOMÁSA, BUDAPEST. FELELŐS: KÁRPÁTI ANTAL IGAZGATÓ.

86. évfolyam. 11. szám. Budapest, 1942. március 14.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26., IV. em.
Telefon: 345-113.
Ingyenes lifthasználat.
(Kérje a portástól.)

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámlánk javára. *Jugoszláviában* az Avala bármely kirendeltségénél az »O.H.« számlájára. *Romániában: Borsos Béla dr.* Arad, Str. G.Gringorescu 5. *Slovákiában: Eleőd Solt.* Handels u. Kredit-B. Bratislava. *Egyéb külföldről:* az előfizetést levélben küldött dollárchequeben kérjük a kiadóhivatalba.

Előfizetési díj: az »Orvosi Hetilap«-ra az »Orvostudományi közlemények«-kel együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 350 dínár, 1000 lei, egyéb külföldre 6 dollár, vagy a belföldi díjak + portóköltség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyedévre negyede, egy hóra 2·50 P. A »Magyar Orvosi Archivum« egész évre 10 P., 70 slk., 100 dínár, 400 lei, 2 dollár.

Meghűléses betegségek és szövődményeik kezelésére

Acitophosan

Rheumatikus bántalmak, influenza.

Poralakban. — 10 és 20 tablettát tartalmazó fiolák.

Tofamid

Heveny fertőző betegségek, ischias, lumbago.

Poralakban. — 10 és 20 tablettát tartalmazó fiolák.

Sulfapyridin „Richter"

Pneumonia, angina.

24 tablettát tartalmazó fiolák. — 5 ampullát tartalmazó dobozok.

Corediol

A szíverő fokozására, a vérkeringés élénkítésére.

10 és 50 cm³ solutiót tartalmazó üvegek. — 5 drb 2 cm³-es, illetve 3 drb 5 cm³-es ampullát tartalmazó dobozok.

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

BEHRINGWERKE
MARBURG·LAHN
ALAPITOTTA E. v. BEHRING

Modern vaccina-kezelésre

YATREN-VACCINÁK

A Yatren nemfajlagos ingerhatása révén fokozza az antigen hatást

Coli-Yatren
Gono-Yatren
Neuro-Yatren

Staphylo-Yatren
Strepto-Yatren
Ulcatren

BAYER
»Behringwerke«
LEVERKUSEN

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

Narcoticum- és barbitursavmentes fájdalomcsillapitás.

DITONAL-KÚP

MITE ÉS FORTE

Analgeticum — sedativum — spasmolyticum — antipyreticum

Sulyosabb eseteknél, spasmusoknál, rheuma és ischiásnál

DITONAL-FORTE

Magyar gyártmány

Készíti: Vajna József gyógyszerészeti laboratoriuma
Budapest, IV., Váci-utca 34.

86. évfolyam. 11. szám. Budapest, 1942. március 14.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

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

TARTALOM:

Müller Ferenc: Tízéves tapasztalatok az ötvegyértékű arsenvegyületekkel a lues gyógyításában. (125—127. oldal.)
Bollobás Béla: Tapasztalatok az első légi sebesültszállításokkal kapcsolatban. (127—129. oldal.)
Berencsi György: A Howe-féle fibrinogen meghatározás értékelése. (129—130. oldal.)
Irodalmi szemle. (130—133. oldal.)
Könyvismertetés. (133. oldal.)
Lapszemle. (134. oldal.)
Vegyes hírek. (134. oldal.)
Hetirend. (134. oldal.)

A székesfővárosi Kun-utcai közkórház közleménye.
(Főorvos: Brezovsky Emil.)

Tíz éves tapasztalatok az ötvegyértékű arsenvegyületekkel a lues gyógyításában.

Írta: *Müller Ferenc dr.*, közkórházi adjunktus.

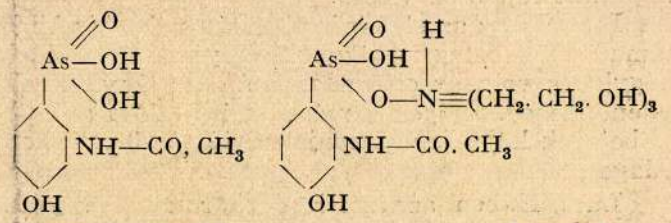
A lues gyógyításának legjelentősebb eseménye a salvarsan felfedezése volt. Az arsenobenzol-készítmények minden más gyógyszernél kedvezőbben befolyásolták a syphilist, s így érthető, hogy az orvosok sokáig túlzott optimizmussal alkalmazták. Az évek mulva jelentkező recidivák és a mind ismertebbé vált salvarsan-intoxicatiók azonban lelohasztották az orvosok lelkesedését s ma már köztudomású, hogy *Erlich* felfedezése bár igen nagy esemény volt, mégsem jelentette az általa vélt »sterilisatio magná«-t. E gyógyszerek alkalmazásának gyakran még ma is vannak akadályai, mint például fejletlen vénahálózat, túlvastag zsírréteg, hegek, nyugtalan betegek, intravénás injectiótól való félelem, továbbá öregség, súlyos belsőszervi elváltozások, a gyógyszerrel szemben oly fokú túlérzékenység, mely a salvarsan adásakor ártalmat okoz stb.

E tapasztalatok indították a kutatókat arra, hogy kísérleteiket tovább folytassák, oly szer előállítása céljából, mely gyógyhatás tekintetében az arsenbenzolokkal legalább egyenértékű, de a szervezetre kevésbé mérgező és izomba adható.

E célból a háromvegyértékű arsenbenzol helyett az ötvegyértékű arsensav (AsO_4H_3) vegyületeit vizsgálták. Az arsanilsav, vagy másnéven a paraaminophenyl-arsensav volt a kiindulás. Ennek nátriumsója az atoxyl, melyet már *Ehrlich* a trypanosomákkal s spirochaetákkal szemben hatásosnak talált, azonban a szemidegekre oly károsan hatott, hogy ezt gyógykezelésre alkalmatlannak tartotta. Az atoxyl acetylizált vegyülete az arsacetin, *Fourneau* 240-es vegyülete, mely *Sezary* és *Barbé* szerint szintén mérgező a látóidegre. Ennek egyik rokonvegyületét a 3 acetylamino-4 oxyphenyl-arsensav, mely Erlich 594-es vegyülete volt, a franciák (Fourneau, Trefonel, Levaditi) vezették be ismét a therápiába stovarsol néven. Ugyanezt a vegyületet a németek spirocid néven hozták forgalomba.

Mind a kettő oldhatatlan só s így csak belsőleg, tabl. formában szedhető. Főleg a gyermekpraxisban alkalmazták, mint antilueticumot, továbbá mint a lues prophylactikus szerét használták. A stovarsol natrium sóját (»Stovarsol sodique«), mely fehér por és destillált vízben oldható, *Sezary* és *Barbé* főleg paralysis progressiva orvoslására ajánlották.

A stovarsol diaethylaminját a Specia laboratorium állította elő és *acetylarsannak* keresztelte. A stovarsol diaethylaminoethanol vegyületét a Clin laboratorium készítette és *arsaminol* néven hozta forgalomba. Az Egger-gyár pedig a stovarsol triaethanolamin sóját állította elő és *dynarsennek* nevezte.



stovarsol, spirocid dynarsen

Osztályunkon az első ötvegyértékű arsenvegyület az arsaminol volt, melyet 1929, 1930 és 1931 években alkalmaztunk. 1932-től 1936-ig az acetylarsant, 1936 óta pedig a dynarsent adtuk.

Az arsaminolt Gaujoux nagy beteganyagon végzett kísérletei és jó eredményei alapján vezettük be osztályunkra. Nem óhajtok ezen szerrel részletesen foglalkozni, mert az acetylarsan aránylag hamar kiszorította a gyakorlatból. Megemlítem azonban, hogy 46 betegen alkalmaztuk, akik lues I., vagy lues II.-ben szenvedtek. E kísérletek alapján mi is igen hatásos antiluetikumnak tartottuk. A spirochaeták 2—3 nap alatt eltűntek és a seropositiv lues esetek jelentékeny része a kúra végére negativ lett. Az arsaminol méltó elődje volt az acetylarsannak és a dynarsennek.

Nálunk leginkább elterjedt és ismert ötvegyértékű arsent tartalmazó antiluetikumok az acetyl-

arsan és dynarsen, ezért azokkal részletesebben akarok foglalkozni. Mind a két gyógyszer az arsaminolhoz hasonlóan színtelen, átlátszó folyadék, melyek 1 ccm-ben 0.05 gr fémarsent tartalmaznak. Az acetylarsan neutralis, a dynarsen gyengén lúgos vegyhatású. Mindkét vegyület az injectio után 10 perc mulva megjelenik a vizeletben. A kiválasztás rendszerint 36—48 óra alatt befejeződik s így cumulatio nem következik be.

Összesen 314 betegnek adtunk, mégpedig 86 esetben acetylarsant és 228 esetben dynarsent. A betegek egy kúrában 14—20 injectiót kaptak, esetenként 3 ccm-t. Kezdő adagnak 1.5 ccm-t fecskendeztünk be, kivéve a lues I. eseteit, ahol mindjárt a teljes adaggal kezdtük a kezelést, hogy a beteg vérsavójának Wa. pozitívvá válását lehetőleg megakadályozzuk. Néhány betegbe hetenként egyszer 5—6 ccm-t fecskendeztem be, de ilyenkor a betegek gyakran panaszkodtak helyi fájdalomról s mivel ezen kezelésnek semmiféle előnyét sem tapasztaltam, megmaradtam a heti 2 × 3 ccm-es adagoknál. Az összes mennyiség nőknek 42—48 ccm, férfiaknak pedig 48—60 ccm volt.

Az acetylarsan és dynarsen hatását mind a spirochaetákra, mind a lueses tünetek visszafejlesztésére, továbbá a Wa. és praecipitatiós reactiókra teljesen azonosaknak találtam s így ezeknek hatását nem tárgyalom külön-külön, hanem az eseteket egyesítem.

116 esetben csak acetylarsant, illetve dynarsent kaptak a betegek (bi.-t nem). Ezek közül lues I. volt 58, lues II. 46, lues III. 5, és lues latens 7. A spirochaeták a primaer sclerosisból 3 ccm befecskendezése után 22 esetben 24 órán belül, 35 esetben 48 órán belül és 1 esetben 72 órán belül tüntek el. Hasonló volt a hatás a condyl. lata-ról vett izgalmisavó vizsgálatánál.

A kemény fekély begyógyulásának ideje 5 naptól 15 napig terjedt attól függően, mekkora volt a fekély. A roseolák 4—10 nap, a papulák 8—14 nap, a condyl. lata 10—21, tuberoulceroserp. lues 15—23 nap alatt fejlődtek vissza.

Lues I.-hez az első injectio után néha kisebb láz támadt. Két betegen, kiknek fekélye már körülbelül négyhetes volt, az első adag után halvány roseolák jelentek meg, melyek a második injectióra eltüntek. E betegek különben igen jól tűrték a 3 ccm kezdő adagot.

Lues II.-ben az esetek egyharmadában jelentkezett Jarisch—Herxheimer reactio a kiütések élénkebbé válásával. Bár a kezdő adag 1½ ccm volt, mégis gyakori volt a befecskendezés napján, esetleg még másnap hőemelkedés, mint a spirochaeták szétesésével szabaddá váló toxin hatása.

A Wa. r. viselkedése a következő volt: seronegativ lues I. 37 esete közül négyben a második héten gyenge complementkötés jelentkezett, de a kúra után egy hétre a Wa. r. mind a 37 betegnél negativ volt. Seropositiv lues I. 21 esetében a kúra befejezése után egy hét mulva negativ lett 11, gyengén positiv 7, erősen positiv maradt 4. Lues recens II. 29 esete közül negativ lett 12, gyengén positiv 6 és erősen positiv maradt 11. A lappangó esetek száma sokkal kevesebb, semhogy azokból következtetést lehetne levonni.

178 esetben az ötvegyértékű arsenvegyületeket bismuttal együtt adtuk. Ezek közül 56 betegnek ideglueses tünetei voltak; 34 tabes dorsalis, 18 paralysis progressiva és 4 lues cerebri. Mivel *Sezary—Barbé, Trenel, Marsquin* stb. stovarsol natr.-mal, főleg paralysis progr.-ban értek el igen jó eredményeket, különös figyelmet fordítottam ezekre az esetekre. Ily vegyes kezeléssel 12 esetben tetemes javulást, 16-ban kisebb javulást észleltünk, 26-ban az állapot változatlan maradt, 2-ben pedig rosszabbodott. Javulást leginkább az oligosymptomás tabesben és az exitatiós szakban lévő 7 paralytikus betegen észleltünk. Feltűnő volt a betegek általános leromlottságának javulása. 8 betegnek crise gastrique-ja volt, ami 2 esetben megszűnt, 3-ban csökkent és 3-ban változatlan maradt. Súlyos ataxia és dementia semmit sem javult.

294 betegnek körülbelül 3500 oltást adtunk, s mint már mondottam, beszűrődést vagy tályogképződést nem észleltem. Izomba adva fájdalmatlan. Némely érzékeny beteg 3 ccm befecskendezésére átmenetileg feszítő érzést jelzett, mely azonban hamarosan megszűnt. Bőr alá fecskendezve néha kissé fájdalmas. Az injectio beadása után egyes betegeken könnyebb nausea jelentkezett, hányást azonban nem észleltünk.

Vizeletvizsgálatkor az urobilinogen megszaporodását a kúra folyamán egyszer sem lehetett kimutatni. Ott, ahol már a kúra előtt positiv urobilinogenlelet volt, a kúra alatt az nem fokozódott és sárgaság nem keletkezett. Olyanoknak azonban, akiknek 2—3 hónappal azelőtt salvarsan-icterusuk volt, ötvegyértékű arsenvegyületet nem adtam. Nyolc betegnek hat hónap előtt volt arsenobenzol-ikterusa s ezek jól tűrték a dynarsent.

Csak ötvegyértékű arsenvegyület adásakor fehérje megjelenését sem tapasztaltam a vizeletben. Bi-tal kombinált esetekben ezt több ízben észleltem. Ilyenkor a kezelést abbahagytam, szigorú fehérje és sómentes étrendet írtam elő s 2—2 heti szünet után csak az ötvegyértékű arsennal folytattam a kezelést, amit a betegek már jól tűrtek. Véleményem szerint ezeket a nepritiseket a bi. rovására kell írnom.

Ntiritoid crisist és vérzéseket egy esetben sem észleltem. Bőrkiütés 12 esetben mutatkozott, még pedig négy betegen urticariaszerű és nyolcon vörhenyszerű exanthema alakjában, melyek azonban 1—4 nap alatt lezajlottak. Fix dermatitist, ami arsenobenzoltól szokott keletkezni, nem láttam. Négy esetben az injectio után nagyfokú viszketegség jelentkezett, anélkül, hogy a köztakarón elváltozás lett volna. Kilenc esetben oly betegeknek adtam ötvegyértékű arsenkészítményt, akiknek előbb súlyos arsenobenzol-dermatitisük volt. Ezek közül hat jól tűrte az óvatosan adagolt ötvegyértékű arsent, hármon azonban toxicoderma jelentkezett, de ezek a befecskendések elhagyása után egy hét alatt lezajlottak.

Külön figyeltük az acetylarsan és dynarsen hatását a szemidegekre. A 10 év alatt egyszer sem tapasztaltuk, hogy ezek mérgezőleg hatottak volna a szemidegekre. Oly esetben, ahol a beteg atrophia n. opticiben szenvedett, kerültük mindig az ötvegyértékű arsenvegyületek befecskendezését.

Összehasonlítva az ötvegyértékű arsenvegyületekkel szerzett tapasztalatokat az arsenobenzolokkal elért hatásokkal, a következőket mondhatom.

1. Az érbe adott arsenobenzol-készítmények 0.45 g-os adagjai valamivel gyorsabban tüntetik el a spirochaetákat és fejlesztik vissza a lueses tüneteket, mint az ötvegyértékű arsen 3 ccm-es adagjai. Az intramuscularis arsenobenzolok hatásával azonban ez utóbbiak már egyenértékűek.

2. Neurolues könnyebb eseteiben az ötvegyértékű arsenvegyületekkel a mi megfigyeléseink szerint is kedvezőbb eredmények érhetők el, mint az arsenobenzolokkal.

3. Az ötvegyértékű arsenvegyületek toxicitása jóval kisebb, mint az arsenobenzol készítményeké. Nitritoid crisist, ikterust és haemorrhagiákat, amit arsenobenzolok okozhatnak, ezek nem idéznek elő. Toxicodermát mind a három- mind az ötvegyértékűek előidézhetnek, de az arsenobenzolok sokkal gyakrabban és jóval súlyosabb formában.

E megfigyelések alapján az ötvegyértékű arsenvegyület nem pótszere az arsenobenzoloknak, hanem azoknak igen értékes kiegészítője. Friss lues ellen lehetőleg adjunk intravénás arsenobenzol-készítményt bismuttal együtt. Ha nincs megfelelő gyüjtőér, vagy a beteg irtózik az érbefecskendezéstől, akkor akár az intramuscularis arsenobenzolra, akár az ötvegyértékű arsenvegyületre térhetünk át. Az utóbbi előnye, hogy localisan jobban tűrik, mint az arsenobenzol-vegyületet. Arsenobenzol okozta nitritoid crisis után ne vállaljuk tovább az arsenobenzol adás további veszélyét, hanem térjünk át az ötvegyértékű arsenre.

Súlyos dermatitis vagy ikterus és hameorraghia után félévig ne adjunk arsentartalmú készítményt, hanem csak Bi-tal kezeljük a beteget. Fél év multán is csak az ötvegyértékű arsenkészítmény adható, még pedig ikterus és haemorraghia után rendes adagokban, dermatitis után pedig kis adaggal kezdve, óvatosan emelkedve és a köztakarót figyelve. Késői lues eseteiben ne ragaszkodjunk állandóan arsenobenzol-készítményekhez, hanem arsenobenzol + Bi-kezelésekbe iktassunk be ötvegyértékű arsen + Bi-kúrákat is. *Ideglueses betegeknél főleg akkor, ha lázkezelés nem végezhető, részesítsük előnyben az ötvegyértékű arsenkészítményt, a központi idegrendszerhez való nagyobb affinitása miatt.* Meggondolandó, hogy frisslueses betegek kezelése során is a későbbi kúrákban ne adjunk-e arsenobenzol helyett ötvegyértékű arsenvegyületet, a késői neuroluesek megelőzésére.

A m. kir. rep. orvosi kar közleménye. (Vezető: Scholtz Gusztáv orvos-őrnagy, egyetemi magántanár.)

Tapasztalatok az első légi sebesültszállításokkal kapcsolatban.

Írta: *Bollobás Béla dr.*, m. kir. rep. orvos-főhadnagy.

A sebesültszállítás pontossága, gyorsasága, kíméletes kivitele, állandó problémája minden állam katonaorvosainak. A technika mindig újabb és újabb lehetőségeket nyujt erre, a harcmodor állandóan váltakozik, az orvostudomány pedig folyton újabb sebészeti megoldásokat hoz, s ezek mind befolyásolják a sebesültszállítást. A világháború állásharcai már a multé. Az akkor használt szállító módszerek az utóbbi években nagyon megváltoztak. Még az első vonal emberei erővel megoldott szállítási módját is nagyrészt gépek, páncélozott járművek váltották fel. Most pedig a keleti háborúban a nagy távolság, valamint az arcvonal mögött levő hatalmas orosz terület, amely az anyaországot elválasztja a harcoló csapatoktól, a leggyorsabb szállítóeszközt, a repülőgépet is előcsalta. Ezzel olyan szállítási lehetőség nyilt meg sebesültjeink számára, amely valószínűtlenül közel hozza az arcvonalat s néhány óra alatt a legkorszerűbb eszközökkel felszerelt pesti kórházba kerül az Ukrajnában megsebesült katona.

Nálunk Magyarországon az 1936-ban épült Focker-typusú sebesültszállítógép után egy nagy hárommotoros, Savoia 75-ös typusú gép volt az első, szigorúan vett »sebesültszállító« repülőgép. Nyolc fekvő és hat ülő sebesültet tudtunk benne elhelyezni úgy, hogy a fekvők beépített tábori hordágyakon a gép elülső részén, az ülők pedig annak hátsó részén helyezkedtek el. Négy hordágy volt alul és négy ezek fölött emeletes ágy módjára. A fekvők és ülők elhelyezése technikai okokból történt így, mivel a gép ajtaja inkább a farkához közel volt, ahová a hordágyakat beépíteni nem lehetett. Egyébként a gép farkánál mutatkozó nagyobb kilengéseket fekve könnyebb elviselni, mint merőleges testtartás mellett.

A Savoia sebesültszállító repülőgép beállítása előtt és vele egyidőben, üresen visszatérő, alkalmi futárgépeken is szállítottunk sebesülteket Ukrajnából. (Ju—52-es és Focke—Wulff gépekkel.) A Savoia első útjára 1941 október 3-án indult s az első sebesültszállítmánnyal október 5-én érkeztünk meg Budaörsre. Az út általában hat órát tartott, beleszámítva az üzemanyagfelvétellel eltöltött ½—1 órát is. A hárommotoros gép egyszerre 4000 liter benzint vett fel, ami azonban nem lett volna elég az egész út megtételére, ha útközben nem pótoltuk volna az addig elfogyasztott mennyiséget. A hosszú utat súlyosbította a Kárpátok átrepülése, amely néhányszor a gép jegesedésével komplikálódott.

A sebesültszállító-repülőgép és az alkalmi futárgépek által szállított sebesültek 12%-a esett a fejsérültekre, 3%-a mell-, 23%-a felső végtag-, 31%-a az alsó végtag-, 2%-a a gerinc-, 1%-a nyak-, 18%-a a többszörös sérültekre és 10%-a betegekre. A sérültek között 5 szemsérülés (két retinaleválás), egy-egy felsőállcsont-, nyelv-, rostacsont-, medencecsont-, máj-, bélsérülés, továbbá egy súlyos gát- és hólyagsérülés szerepelt. A sérülések 27%-át gyalogsági lövedék, 20%-át aknaszilánk, 29%-át repülőbomba és 12%-át egyéb behatások idézték elő.

Bármily drága legyen is a repülőgép üzemanyaga, mégis gazdaságosabb minden más szállító eszköznél, mert a beteg már néhány óra alatt szaksebész kezébe kerülhet, aki az idejében alkalmazott műtéttel az ápolási napok számát a minimumra csökkentheti. A szállítás ellenjavallatai sem olyan sokfélék, mint azt eleinte hitték. Általában az volt a felfogás, hogy a koponya, szív, nagy testüregek sérültjeit, továbbá kivérzett és vérző sebesülteket, valamint gázsérülteket nem szabad repülőgéppel szállítani. A gyakorlat folytán ez oda módosult, hogy most jóformán csak azok a sebesültek nem szállíthatók így, akik más, hosszabb szállításra alkalmas eszközökön sem szállíthatók a sérülés milyensége vagy általános állapotuk miatt.

A repülés káros hatásai közül leginkább a magassági betegséggel és a hideghatással kell számolnunk. Mint ismeretes, ha a földön + 15° C a hőmérséklet, 4000 méter magasságban, normális viszonyok mellett is — 11° C van. Ilyen magasra pedig mindig föl kell velük emelkedni a Kárpátok átrepülésekor. (Késő ősztől kora tavaszig ugyanis a Kárpátok fölött jelentékeny tömegű jegesedési és felhőrétegek vannak, amelyekben a repülőgépeket az eljegesedés veszélye fenyegeti. A jegesedési és felhőzónákat az időjárásjelentő szolgálat pontosan megadja s ezeknek

kikerülése tette szükségessé esetenként a nagyobb (4000—4500 m) magasságban való repülést a Kárpátok területe fölött. A repülés magasságának meghatározásánál döntő tényezőként szerepelt mindig a megadott eljegesedési és felhőréteg felső és alsó határának földtől mért távolsága.) A magassági betegség viszont, amelyet a belélegzett levegő O_2 résznyomásának csökkenése okoz, éppen a sebesülteknél és betegeknél jöhet leginkább szóba. Tudjuk, hogy a magasságtűrő képesség tényezői, vagyis a tüdő alveolus területe, annak áteresztőképessége, a haemoglobin mennyisége, az időtérfogat (percvolumen) és a vénás kihasználás, a szervezeti adottságon kívül a gyakorlattól is függnek. Sebesültjeink viszont rossz kondícióban lévő egyének, akik nem szokták meg a repülést. Az a határ tehát, amelyen felül a légzőkészülék használata nélkül nem repülhetnek, alacsonyabb lesz, mint 4000 méter. A Kárpátok átrepülésekor néhány sebesültünkön alkalmaznunk is kellett az O_2 légzőkészüléket. Pár szippantás után a légszomjon kívül a didergés is megszűnt, s a sebesültek felmelegedtek. (Igaz, hogy eseteim egy részében (fekvőknél) az exygénbelégzés hányingert váltott ki.)

A koponyasérültek szállíthatósága még nincsen egészen tisztázva. Általában az a nézet terjedt el, hogy nyilt koponyasérülés ellenjavalja a repülőgépen szállítást, mert a nagy magasságban a csökkent légnyomás miatt előesik az agyállomány, s így a sebesült súlyosabb állapotba kerül, mintha el sem szállítottuk volna. Az agyállomány azonban nagy magasságokban nem duzzad meg, nem nő a térfogata (mint például a bélgázoké a belekben) s ez nem okozna panaszt a szállítás alatt. Talán a vénás visszaáramlás romlik a nagy magasságban annyira, hogy panaszt idézhetne elő. A keleti arcvonalról repülőgépen szállított sebesültjeink panaszmentesen érkeztek a kitűzött célba. Mindenesetre az ilyen sebesülteket a hányásra alaposan elő kell készíteni, mert a préselés és az ezt követő rossz venás visszaáramlás már komoly zavarokat okozhat. Olyan esetekben azonban, amikor kétely merül fel aziránt, hogy nincs-e az agyban szilánk, a sérült elszállítása repülőgépen feltétlenül indokolt.

A szív és nagy testüregek sérültjei, valamint a vérző és kivérzett sebesültek általában másféle szállításra nem igen alkalmasak. Gázsérülteket viszont a mostani háborúban nem volt alkalmunk szállítani.

Kiket szállítsunk tehát légi úton? Elsősorban azokat a súlyos, sürgős műtétet és nyugodt környezetet igénylő sebesülteket, akik különleges szaksebészi beavatkozásra szorulnak, mint: állkapocs-, nyelv-, szem-, arcsérültek. Másodsorban jönnek tekintetbe a súlyos végtagsérültek.

Az elmult világháborúban az állkapocs sérülések az összes sérülések 1.2%-át tették ki *(Lippay)*. A mostani háborúban ez a szám kisebbnek igérkezik, amit a harcmodor megváltozása magyaráz: kevesebb a lövészárokharc, ezzel szemben megszaporodtak az aknarobbanások, a tüzérségi lövedékek, repülőbombák okozta sérülések. A légi úton hátraszállított sebesültek zömét éppen ezért az alsó végtag sérültjei adták.

A sebesülteket a légi útra gondosan elő kell készíteni. Általában itt is az az elv, hogy lehetőleg úgy készítsük elő őket, mint a műtétre. Lássuk el fájdalomcsillapítókkal, hólyagjukat és belüket üríttessük ki, s tegyünk fel tiszta, friss kötést. Kivérzett beteget nem szállíthatunk, de a vértelenség egy bizonyos fokánál mégis ajánlatos, ha a vér tömegét növelő injectiókat, infusiókat alkalmazva, állapotukat javítani tudjuk. Különbözik azonban a légi szállítás egyéb szállítási módoktól a sebesültek étkeztetését illetőleg. A tapasztalat általában azt mutatja, hogy a sebesültek egészen egyénileg viselkednek a felvett ételekre. Vannak, akiknél az üres gyomorral való repülés váltja ki a legkínosabb hányingereket. Ezek eleinte gyomornedvet, majd a bélből visszaáramló, epével kevert béltartalmat hánynak és hányásuk nehezen csillapítható. Viszont vannak, akik telt gyomor mellett nem bírják a repülést. Egészen különbözőképpen viselkednek az emberek az ételek összeállítását illetőleg is. Az egyik a darabos ételt nem bírja, a másik a folyékonyat. Legjobb, ha szállítás előtt közepes mennyiségű pépes vagy már a gyomorban péppé váló szilárd ételt fogyasztatunk velük, például kekszet, kétszersültet.

A fekvő betegek, akik pedig a súlyosabbak közül valók, rendszerint jobban bírják a repülést éppen testhelyzetük miatt. Hasi-háti irányban ugyanis a hasi szerveknek lényegesen kisebb viszonylagos elmozdulása képzelhető el, mint fej-far irányban. Ezeknek előkészítése inkább fájdalomcsillapítók adásából állott, eltekintve a hideg miatt nyujtott forró italoktól és meleg takaróktól. Kiváló fájdalomcsillapítást értünk el szállítás előtt adott dolantin-injectióval például szemsérülteknél, a végtagok nagyfokú sérülése esetén, stb. Azt tapasztaltuk, hogy a dolantin-injectióval a fájdalomcsillapítás mellett a sebesülteknek repülést tűrő képességét is fokozni tudtuk. Hideg levegőrétekben huzamos repülés után egyik frissen amputált sérültünkön nagy fájdalmak, egyidejűleg hányinger, szédülés és hányás jelentkezett. A dolantin-injectió az összes panaszokat egycsapásra szüntette meg.

Az ülő sebesülteknek légi szállításra előkészítésében a fájdalomcsillapításnál sokkal fontosabb az általános rosszullét, szédülés, hányás megelőzése. Hacsak valamely gyomor-bélzavar nem ellenzi, adjunk ezeknek pépes ételt, esetleg kekszet és kétszersültet. Utóbbival lássuk el őket a szállítás tartamára is. Jó azonban, ha valamely hányáscsökkentővel is ellátjuk őket. A keleti hadszíntérről történt szállításaink alkalmával, kivétel nélkül minden ülő sebesültnek adtunk nautisan forte-kúpot még a felszállás előtt. Ha túlzottan dobálós idő nem volt, kiválóan bírták az utat, bár a gép farkában voltak elhelyezve, ahol könnyebb tengeri betegséget kapni. Még jobban tűrték a légi szállítást azok, akik felszállás előtt nautisan mellett feketekávét, teát, esetleg a bőr alá coffeint is kaptak.

A sebesültszállító repülőgépnek egészségügyi anyaggal ellátásakor tekintettel kellett lennünk a kényszerleszállásra is. Az ukrajnai szokatlanul hosszú úton akár műszaki, akár időjárás okozta, akár egyéb okok miatt, feltétlenül kellett vele számolnunk. Két napi élelem s védőfegyvereken kívül tekintélyes mennyiségű műszer, kötszer és gyógyszer állott az orvos rendelkezésére. A sterilen tartott és minden forduló előtt kifertőtlenített műszerek és kötszerek segítségével érlekötést, légcsőmetszést, hólyagcsapolást és infusiót tudtunk elvégezni. A gyógyszerek között fájdalomcsillapító, érzéstelenítő, szív-érrendszerre ható injectiók, továbbá chloraethyl,

infusiós oldat, dolantin, nautisan, valamint különböző tabletták találhatók. Mindezeket részben stabilan tárolva, részben kézi használatra, táskában helyeztük el a gépben. Volt még benne szobaürszék, vizelőüveg, gennytál, ledobó, továbbá a kézmosáshoz, sőt a mosakodáshoz szükséges minden kellék is.

A repülőgépeket kísérő orvosnak nem kell feltétlenül sebész szakorvosnak lennie, bár ez mindenesetre előny. A szállítás közben előforduló, orvost igénylő helyzetek ugyanis általában nem kívánnak sebészi beavatkozást. Az esetleges kényszerleszállás alkalmával is csupán néhány kötésváltás jöhet szóba, az életmentő műtéteken kívül. Sokkal fontosabb az, hogy a kísérő orvos már előre szokja meg a repülést. A »tengeri beteg« orvos nem tud hatásosan beavatkozni, de a betegekre is rosszul hat, ha az orvos az út alatt félszegen visszahúzódik és a betegek helyett a saját megnyugtatására törekszik.

Az egészségügyi személyzetnek nemcsak olyankor kell foglalkozni a szállított sebesültekkel, amikor azoknak egészségi állapota megköveteli, hanem általában az egész úton figyelemmel kell kísérni és törekedni kell beszéddel is megnyugtatni őket. Vonatkozik ez elsősorban a fel- és leszállásra, amikor a sebesültek közismerten a legizgatottabbak.

A repülőgéppel való sebesültszállítás sikere azonban, különösen katonai szempontból, oly sok tényezőtől függ, hogy éppen ezért némelyek szerint veszélyei sokkal nagyobbak, mint az az erkölcsi és anyagi haszon, amit alkalmazása nyujthat. Ez azonban csak bizonyos kiöregedett gépeknek ritkán kényszerű alkalmazására vonatkozik. Korszerű gépekből álló sebesültszállító repülőszázad, amely orvos parancsnoksága alatt működhetne és kizárólag a sebesültszállítás céljait szolgálná, természetesen jobban oldaná meg ezt a kérdést. Nagyobb lenne a teljesítőképessége, pihenő állomások közbeiktatásával (ahol már nyugodt környezetben, szakszerű orvosi ellátásban részesülnének a sebesültek) nem függne annyira a terepviszonyoktól, időjárástól sem. Egy ilyen szállítószázad már tekintélyes segítőeszköz lenne a hadsereg és hadtest vezető orvosa kezében, amivel a sebesültszállítás legégetőbb problémáját, a speciális sebészeti esetek és a súlyosabb sebesültek hátraszállítását oldaná meg.

A budapesti Tud. Egyetem általános kórtani és bakteriológiai intézetének közleménye. (Igazgató: Belák Sándor ny. r. tanár.)

A Howe-féle fibrinogen meghatározás értékelése.

Írta: *Berencsi György dr.*

A vérfehérjéket meghatározó módszerek között jó eredményeket biztosít a Howe-féle. Egyes irodalmi adatok általában éppen ezt a módszert tartják alkalmasnak arra, hogy más fajta vagy újonnan alkotott módszerek használhatóságát és pontosságát megbírálja. A módszernek a fibrinogen meghatározására vonatkozó része is igen tetszetős s megfelelő szakismerettel és gyakorlattal jó eredmények szerezhetők. A módszer részleteinek taglalásakor azonban találunk olyan pontokat, amelyek nem adnak biztosítékot arra, hogy a természetes viszonyoknak megfelelő eredményeket kapunk. Ilyen részlet a 0.5% K-oxaláttal alvadásában gátolt plasma alkalmazása. Ez a K-oxalát töménység alkalmas arra, — amint e kérdést az irodalom is felveti *(Gaebler, Baumann,* stb.) — hogy az alakos elemekből vízkivándorlást hozzon létre. Ennek bekövetkezése viszont a vérplasma felhígulását vonja maga után, tehát az ilyen plasmában az alkotórészeket kisebb mennyiségben találhatjuk, mint eredeti állapotuknak megfelelne, továbbá a felhígulás mértéke az alakos elemek mennyiségétől, víztartalmától, áteresztő képességétől, stb. is függhet. E meggondolás alapján a Howe-féle fibrinogen meghatározási módszerrel kapott fibrinogen értékek mindig valamivel alacsonyabbat kell hogy mutassanak, mint a valóság.

Célom az volt, hogy a plasma felhígulásának mértékét meghatározzam s így képet nyerjek arról, hogy az ezáltal létrejövő, a fibrinogen értékére vonatkozó hibaforrás mekkora.

Munkámat polyanetholsulfosavas—Na segítségével végeztem. Ezzel az anyaggal először *Demole* és *Reinert* végeztek a véralvadás meggátlására irányuló kísérleteket. E szer nem a fibrinogenre való közvetlen hatás révén gátolja a véralvadást. Előnye, hogy már igen kis mennyiségben is alvadásgátló s így saját anyagának zavaró hatása igen csekély. Az említett alvadásgátlóból élettani konyhasós oldatban 1%-os oldatot készítettem. A vérvételeket így végeztem: 10 vagy 20 ccm-es fecskendőbe felszívtam a leírt oldatból. A fecskendő falainak benedvesítése után a fecskendő egész folyadéktartalmát kifecskendeztem, úgy, hogy csak annyi maradt benne, amennyi a falait benedvesítve megmaradt. Ezt a módszert *Darányi* ajánlotta nagyszerűen bevált oxalatos vörösvérsejt süllyedési stb. módszeréhez. Ilymódon elértem, hogy a felszívott és a fecskendő falán tapadó oldattal jól elkevert körülbelül 10 ccm vér a centrifugálás és a plasma lepipettázásának idejére teljesen alvadásmentes maradt, az alkalmazott élettani konyhasós oldat a benne oldott

Táblázat.

A plasma N-tartalma mg%-ban		Különbség mg%-ban (5%-os javítás után)
Howe szerint	P. a-sulfos.-Na-val meghatározva	
837·0	957·0	78·2
935·2	994·0	12·0
904·4	1089·2	139·6
994·0	1142·4	98·7
932·4	1106·0	127·0
926·8	1094·8	121·7
890·4	1008·0	73·1
879·2	1008·0	84·8
834·4	975·0	98·7
901·6	1002·0	55·3
971·6	1100·4	80·2
761·2	870·8	71·5
910·0	1069·6	114·1
958·8	1108·8	102·1
916·0	1190·0	228·2
980·0	1190·0	161·0
980·0	1122·0	93·0
1008·0	1162·0	104·0
980·0	1120·0	91·0
980·0	1111·6	82·6

	n	M	σ	PEM	M_1-M_2	S. D.
Ö.N. +5% Howe sz.	20	970·25	65·02	10·05	—	—
Ö. N. P—SO_4	20	1071·08	81·74	12·60	100·83	6·2

alvadásgátlóval viszont oly kis mennyiségben volt jelen, hogy nagyobb vízvándorlás kiváltása osmosis révén nem volt róla feltételezhető. Az alkalmazott alvadásgátló a megadott mennyiségben, sőt még ennél nagyobb mennyiségben sem adott semmi N-értéket kjeldahlometriásan feldolgozva. Ennek a plasmának N-tartalmát hasonlítottam össze a Howe-módszerrel nyertnek N-tartalmával. Az oxalátplasmát úgy nyertem, hogy 0.5 ccm 10%-os K-oxaláthoz 10 ccm vért adtam, mivel ilyen beállítással már tapasztalataim voltak *(Goreczky, Berencsi, Sárfy)*. Kísérleteimhez kutyavért használtam. Eredményeimet a táblázat tartalmazza.

A Howe-módszerrel kapott értékek jóval kisebbek, mint a másik plasma értékei. Ezek szerint felhigító folyamatnak kellett létrejönni. A harmadik oszlop a két módszerrel nyert N-értékek között lévő különbséget mutatja N mg%-ban. A különbség kiszámítása előtt a meghatározott Howe-értékekhez 5%-ot még hozzáadtam, mivel a 0.5 ccm a 10 ccm-hez arány plasmára vonatkoztatva több, mint 5%-os térfogatos felhigitást jelent. Az 5%-os javítással a térfogatos higítást ugyan teljesen nem küszöböltem ki, mégis a vízvándorlás révén létrejött felhígulást jobban érvényesítettem. A kétféle módszer eredményeit statisztikai számítással bírálva, kiderül, hogy a jelentékeny különbség igen nagy, ami a két értéksor lényeges különbségét jelenti. Ezek az eredmények mutatják, hogy az oxalatos plasma N-tartalom szempontjából hígulást szenved. A hígulás mértéke esetenként más és más, ami azt jelenti, hogy a különböző esetekben a hígulási készség és lehetőség különböző. Középátlagban ez a hígulás körülbelül 10%-nak adódik s a legnagyobb higulás a 20%-ot sem éri el. Feltéve azt, hogy a polyanetholsulfosavas módszer nagyobbfokú hígulást nem hoz létre, megállapíthatjuk hogy a Howe-módszerrel nyert plasma esetében 20%-osnál nagyobb felhígulás nem várható.

A polyanetholsulfosavas—Na megfelelő alkalmazásával nyert eredményeket röviden *összegezve* megállapítható, hogy a Howe-féle fibrinogen meghatározási módszer folyamán a plasma felhígul, aminek révén a nyert fibrinogen értékek az eredeti mennyiségnél alacsonyabbak. Feltehető, hogy ez a felhígulás 20%-nál még a legrosszabb esetben sem nagyobb. Ily méretű hígulásos hibára az absolut fibrinogen értékek számításakor kell gondolni, egyes fibrinogen értékek relativ összehasonlításakor és sorozatos meghatározásokban a hígulás folytán létrejövő hibahatár az azonos irányba való eltolódás miatt is kétségtelenül jóval kisebb.

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET.

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

Viszértágulatok Kainon-kezelése. *W. Kubist.* (Wien. Med. Wschr. 1941. 41.) A viszerek sebészi kezelése utóbbi időben az injectiós kezelésnek adta át a helyét. A befecskendezésre használt anyag akkor optimalis, ha nem mérgező, a vérpályában nem okoz véralvadást (kivéve a tágult ereket), kis mennyiségben alkalmazva intima sérülést és erősen tapadó fali thrombust hoz létre és ér mellé adva sem okoz elhalást. A Kainon megfelel ezeknek a követelményeknek. Chemiailag két telítetlen sav (oktadekadien 6, 9 és oktadekatrien 3, 6, 9) natriumsójának 2.5%-os oldata. Száz eset kapcsán elvégzett 300 befecskendezés a Kainon előnyeiről győzte meg a szerzőt. Kiújulás az esetek jelentéktelen részét teszi csak ki. Ezek azonban újabb injectióval könnyen befolyásolhatók. Mellékhatás a néha fellépő bőrviszketés az injectio helyén vagy bőrgyulladás. Mindkettő gyorsan múlik el conservativ eljárások alkalmazásával. Általános jelenségek túladagolásnál sem lépnek fel. Az injectio lassan adandó, a beteg fekvőhelyzetében, kettős leszorítás között. Egyszeri adag 3 ccm. A kezelésre fekélyes betegek is alkalmasak és igen gyorsan gyógyulnak. (R. 4.)

Galambos József dr.

Újabb nézetek a heveny hasnyálmirigyelhalás keletkezéséről és kezeléséről. *Boshamer K.* (Med. Klin. 1941. 13.) A heveny hasnyálmirigyelhalás keletkezésének magyarázatára a canalicularis és nyirokerek útján való fertőződés elmélete nem volt kielégítő. Ezért már régen próbálkoztak azzal, hogy reflectorikus-nervosus úton, az epekőgörcs kiváltotta vagusizgalom által magyarázzák. Az újabb felfogás szerint allergiás-hyperergiás gyulladásról van szó, melynél az epehólyagban van a sensibilizáló gócfertőzés, az epekőbetegség pedig a lokalizáló tényező. A szövettani kép is igen hasonló más allergiás-hyperergiás gyulladásokhoz. Ez az elmélet leginkább alkalmas arra, hogy a betegség lefolyását és lényegét megmagyarázza. Megelőzése ezen felfogás szerint is az epehólyagbántalmak korai műtétéből áll. Kezelése az új felfogásnak megfelelőleg conservativ-várakozó. Négy műtéti javallatot kell tekintetbe venni: erős tovahaladó peritonealis izgalom (jó keringés mellett); kifejezett ileusos jelenségek, fokozódó leukocytosis és hyperglykaemia mellett; erős bilirubinaemia (papillakőgyanú) és végül tályogképződés. A műtét a bursa omentalis tamponálásából és drainage-ából áll, a hasnyálmirigy tokjának behasítása nélkül (kivéve a tályogképződéssel járó eseteket). Az epehólyagon legfeljebb cholecystostomiát végez. A hasnyálmirigyjelenségek lezajlása után legalább három héttel mindig cholecystektomiával zárja le a kezelést. Fontosnak tartja a vagusingerek lehető csökkentését (szájon át való étel- és folyadékfelvétel teljes eltiltása, psychikus ingerek lehető kikapcsolása, atropin nélkül adott morphium mellőzése által). (R. 1.)

Mester Zoltán dr.

Ajánljuk a klinikailag kipróbált és megbízható

Szitmaltin vitamindús roboránst 100, 250, 500 és 2500 g-os

Demaltos csecsemő tápcukrot 150, 300 és 3500 g-os

Maltosit-ot melyből a malátaleves kényelmesen készíthető, 150, 300, és 3500 g-os **rendes, közalapi** és **kórházi** csomagolású eredeti dobozokban.

GYÁRTJA:

a Kőbányai Polgári Serfőző és Szent István Tápszerművek Rt.

Tápszer-osztálya, Budapest X.

Exhepar + Strychnin + P + As =

EXHEPARTON inj. CERTA

„CERTA" Gyógyszerészeti Laboratórium R. T., Budapest.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

Múló myopia rádium-besugárzás után. *Fieandt* (Acta Ophth. 19. 1.) Foibulbaris laphámrák rádiumozása után rövidlátás (—2.5 D) jelentkezett. A beteg nem volt cukorbajos és gyógyszereket sem szedett. Reactiv lencsevizenyőre gondol. Homatropin 0.5 D-val csökkentette a myopia fokát, ami alkalmazkodási görcs részleges szerepe mellett szól. (G. 63.)

Grósz István dr.

A szembetegségek kezelése cukortartalmú anyagokkal. *R. Friede* (Klin. Mon. Ausg. 1941. 404.) A szerző ismerteti a kezelés hatásmódját, melynek célja a természetes nedvkeringés visszaállítása a beteg szövetben, amivel a regeneratiós képesség újraéledése jár együtt. Az alkalmazás egyik módja a 20—50%-os oldat i. v. befecskendezése, ezt főleg szemizombénulások esetében ajánlja. A másik mód a localis alkalmazás a gyógyítandó területen. Az alkalmazás módja a hatásosság sorrendjében: 40—50%-os cukoroldat becseppentése, cukorpor behintése, utána kötés, 40—60%-os cukortartalmú kenőcs, vagy olajos emulsio alkalmazása végül 40%-os oldat subconv. befecskendezése. A szerző jó eredményeket látott a szemhéj genyesedéseiben, továbbá deg. parench.-nál és cornea-fekélyek esetében, a fekély feltisztulásakor alkalmazva azt. (G. 6.)

Nécsei Pál dr.

A szemgümőkór elkülönítő kórjelzéséről. *Wegener.* (Klin. Mon. Aug. 1941. 337.) A szerző rámutat munkatársának, Meiernek 200 összegyüjtött esetére, amelyből kitűnik, hogy mily jelentős szerepe van a tbc.-nek az idült intraocularis gyulladások aetiologiájában. Megállapítja, hogy a szem-tbc. biztos diagnosisának felállítása igen nehéz feladat és csak akkor válik valamivel könnyebbé, ha a betegség lefolyását kísérjük figyelemmel. Ezen nehézségek jellemzésére 10 különböző esetet közöl, amelyek közül kilencben tbc.-s eredetűnek tartott szembeli elváltozás a sectio, de főleg a betegség lefolyásának megfigyelése kapcsán lues, idegrendszeri megbetegedés, intraocularis idegentest vagy rosszindulatú daganat okozta megbetegedésnek, továbbá trachomának és sympathiás szemgyulladásnak bizonyult. Egy esetben pedig, amelyben a beteg iridocyclitisben szenvedett, a tbc. intravitam kimutatható nem volt a sectio viszont kiterjedt tbc.-s nyirokcsomómegbetegedést mutatott. (G. 7.)

Nécsei Pál dr.

Gümős uveitist kísérő nyomásemelkedések rövidhullámkezelése. *Graff.* (Arch. Ophthalm. 144. 1.) Activ iridocyclitisek 12%-ában, inactivakra is kiterjesztve 20%-ban észlelhető másodlagos zöldhályog. Az adrenalinkezelés nem mindig vezet célra. A rövidhullámkezelés (17 V, 6 m, csöves készülék) kíméletesen és gyorsan csökkentette a nyomást; hőhatást a vérbőség veszélyei miatt kerülték. A jótékony hatást a szem vegetativ idegrendszerének befolyásolása magyarázza: a sympathikus tonusának csökkentése és viszont. Szerepet játszik ezenkívül a besugárzást követő fokozott anyagcsere is. (G. 8.)

Grósz István dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő.*

Igen kis thallium-adagok hatása a hajregeneratióra alopecia areatában. *K. Halter.* (Derm. Wsch. 112. 2.) Nyolc esetben alkalmazta alopecia areata malignában thalliumnak igen kis adagjait. *Peiser* szerint ugyanis a thallium nem a hajpapillákat károsítja, hanem a sympathikus idegrendszeren keresztül bénítja ideiglenesen működésüket. A káros behatás kimaradására azután még fokozottabban indul meg a haj növekedése. Egy-két hónapon át 4 hetes kihagyásokkal másodnaponként 0.25 g thallium aceticumot adagolt. E kezelésre a sokszor már évek óta kopasz területeken a hajnövekedés megindulását sikerült elérnie. (Sz. 11.)

ifj. Nékám Lajos dr.

C-vitamin, mellékvese és psoriasis. *C. K. Incedayi, B. Ottenstein.* (Dermatologica 1941. 5/6.) Szerzők először rövid áttekintést adnak a C-vitamin és mellékvese, másrészt C-vitamin és bőrmegbetegedések közötti összefüggésekről, különösképpen rámutatva a C-vitaminnal és mellékvesekivonattal psoriasis kezelésében elért eredményekre. A mellékvese és psoriasis kapcsolatát megerősítik Bürger és Grütz vizsgálatai, akik kifejezett cholesterin anyagcserezavart észleltek a vérben és bőrben egyaránt, s ennek alapján cortigennel és kaliumszegény diaetával kezelték a psoriasist jó eredménnyel. A szerzők az ascorbinsav és mellékvese közti újabban felderített összefüggéseket vizsgálva, azt észlelték, hogy psoriasisban a C-vitaminkiválasztás zavara is fennáll, de míg egyedül C-vitamin adása nem vezet kellő eredményre, ezt kombinálva mellékvesekéreg-kivonattal és kaliumszegény diaetával, gyorsabb és kifejezettebb gyógyulás hozható létre. (Sz. 12.)

Horváth Dénes dr.

A vitiligóról. *P. Robert.* (Dermatologica 84. 5/6.) 36 saját megfigyelt eset kapcsán, valamint az irodalmi adatok alapján részletesen foglalkozik a vitiligo klinikájával és pathogenesisével. A körülírt és generalizált eseteknek is megkülönbözteti részarányos és szabálytalan alakjait. A vitiligo kiterjedése független az ideglefutástól és inkább egy-egy ér által ellátott területnek felel meg. Legkésőbben a follicolusok vesztik el pigmentjüket. Syphilissel semilyen kapcsolatot sem észlelt. Az eseteknek kb. felében az alapanyagcsere emelkedett volt; összhangban áll ezzel a phosphatsóknak csökkenése is a vérben. Nyulakon adrenalinnal, thyroxinnal, valamint diphtheria- és staphylo-

SURPARIL-CHINOIN

fokozott hatású fájdalomcsillapító és görcsoldószer

Tabletta Suppositorium

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

toxinnal lehetett pigmentatiót létrehozni. Az első kettőnél a hatás valószínűleg az anyagcsere fokozásán, a toxinoknál gyulladás előidézésén alapul. A szerző a vitiligo létrejöttét úgy magyarázza, hogy a pajzsmirigyhyperfunctio következtében előálló rosszabb oxygenkihasználás, a kevéssé ellenálló dopafermentet elpusztítja, úgyhogy a körülírt területeken a pigmentképzés szünetel. (Sz. 13.)

Ifj. Nékám Lajos dr.

UROLÓGIA

Rovatvezető: *Babits Antal.*

A veleszületett hólyagtágulatok kórbonctanáról. *Treite.* (Z. f. U. 1941. 11.) A húgyutak tágulatai a legfelső húgyutaktól kezdve a hólyag és húgycsőig nem ritkák. A kisebb tágulatoktól — melyek rendszerint tünetmentesek — a nagyobbfokú tágulatokig sok az átmenet, de kórbonctanilag csak a nagy tágulatoknak van jelentőségük, mert ezek fertőzéses megbetegedésre hajlamosítanak. A foetalis hólyagtágulatok eredetére vonatkozólag ugyanazon okokat szerepeltetik, mint a gyomor-bél és a női nemiszervek hasonló elváltozásainál. A megacystis congenitum hasonló elváltozás a Hirschprung-betegséghez és a hydometra, hydrocolpos kórformáihoz. Tizenhárom ismertetett esetét kóroktanilag a következőképpen csoportosítja: Vannak megacystitisek, melyek egyéb súlyos veleszületett rendellenességekkel szövődnek. Két esetében ezek olyan nagy hólyagtágulattal jártak, hogy szülési nehézséget okoztak. Másik csoportba olyan esetek tartoznak, ahol a húgycső elzáródását, szűkületét találjuk meg a hólyagtágulat okaként. A harmadik csoportba minden különösebb anatomiai és fejlődési zavar nélkül találjuk a hólyagtágulatot, valószínű valami idegrendszeri vagy hormonalis elváltozás következményeképpen. (B. 3.)

Ágota Ferenc dr.

Trichomonas vag. mint a hólyaghurut előidézője férfinél. *Roch.* (Z. f. U. 1941. 12.) A trichomonas cystitis rendkívül ritka és férfinál a szerző esetén kívül még alig fordult elő. A hólyaghurut szokásos panaszai mellett a vizelet lúgos. A kórismét a nativ vagy Gram szerint festett vizeletüledékben keresendő élősdi jelenléte dönti el. Szerző 7—8 Tabletan-becseppentés után (1 tabletta 150 ccm vízre s ebből 20 ccm 1—2 órára a kimosott hólyagba hetenként 1—3-szor) a trichomonas eltűnését állapíthatta meg. Yatren-, Zephirol és Devegan-oldatok becseppentése is ajánlható. (B. 4.)

rudinai Molnár Jenő dr.

Kiterjedt húgycsőhiányok plastikai fedésének kérdése. *Chwalla.* (Z. f. U. 1941. 12.) A mai sebészet szerint csak autoplastikus megoldás jöhet számításba. A vena sphena részletek, hólyagnyálkahártyalebenyek és fascia lata darabjainak átültetése a kérdést véglegesen nem oldották meg. Szerző három esete alapján az alsó ajak nyálkahártyájának transplantatióját ajánlja. Nyomatékosan felhívja azonban a figyelmet arra, hogy állandó kathetert alkalmazni, szondázást vagy tágítást végezni csak akkor szabad, ha a transplantatum átalakulása már befejeződött, így elgennyedés, kilöködés veszélye már nem állhat elő. Ez több hónapig eltarthat. Az átültetéshez a betegen először hólyagsipolyt készít majd körültekintő sterilitással elvégzi a műtétet és a seb gyógyulása után spontan vizeltetéssel győződik meg a húgycső átjárhatóságáról és az összenövés hiánytalanságáról. Ezután elzárható a hólyagsipoly. Szerző ezen új eljárásának előnyét — szemben a bőrplastikákkal — a kivitel gyorsaságában és a sipolyképződés kisebb valószínűségében látja. (B. 5.)

rudinai Molnár Jenő dr.

ORR-, TOROK-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

Adatok a »latens« sinusthrombosishoz. *Chlanda.* (Mschr. f. Ohrenheilk. etc. 75., 11.) Az otogen sinusthrombosis egyik legjellegzetesebb tünete a lázmenet. Ha a láz hiányzik, latens sinusthrombosisról beszélünk. Ennek oka többféle: lehet, hogy a thrombus steril; lehet, hogy csak a közepe fertőzött, míg a végei sterilek; lehet, hogy a sinus falán fistula van, melyen át a fertőzött részek eltávozhatnak és lehet, hogy a fertőzés súlyossága és a szervezet ellenállóképessége között kedvező viszonylagosság áll fenn. Szerző egy esetről számol be, ahol kiterjedt sinus-jugularis thrombosis lépett fel minden láz nélkül és csak a planum mastoideumon kifejlődött subperiostalis tályog hívta fel a figyelmet a beavatkozásra. (A. 2.)

Ajkay Zoltán dr.

A mandulaműtétek után előforduló utóvérzésekről. *Schmidt.* (Der Hals-, Nasen- u. Ohrenarzt. 31. 5.) Szerző kimutatást közöl a münsteri orr-, gége- és fülklinika beteganyagáról. E szerint 15 év alatt 1106 szájpadmandulaeltávolítás történt és ezek közül 83 esetben (7.5%) jött létre utóvérzés Csak 5 esetben volt oly erős a vérzés, hogy tampont kellett bevarrni. Halálos elvérzés nem fordult elő. Az utóvérzések kétszer olyan gyakran jelentkeztek férfi-, mint nőbetegen; idősebb korban gyakrabban fordult elő, mint fiatalokon. A 83 utóvérzés közül 30 az operatiós napra esett. Általában a műtét utáni 3 nap az utóvérzés szempontjából a legveszélytelenebb, azon túl a tapasztalat szerint megint nő az utóvérzés veszélye, ezért szerző a tonsillektomizált betegeket 9 napig tartja a klinikán. Mióta az utóbbi években főleg tompán fejti ki a mandulákat, az utóvérzés veszélye tetemesen csökkent. (A. 6.)

Ajkay Zoltán dr.

A trigeminus neuralgia egy újfajta gyógykezeléséről. *Ertl.* (Mschr. f. Ohrenheilk. etc. 76. 1.) A trigeminus neuralgia létrejöttéhez három tényező szükséges: az egész idegrendszer túlérzékenységével együttjáró, ú. n. veleszületett neuralgiakészség; továbbá az ideg szerzett túlérzékenysége és végül a rohamokat kiváltó és mindig a peripheriáról kiinduló physiologiás inger, mely legtöbbször nem durva és

DQH Dialgin caps. és kúp: megbízható antipyreticum és antirheumaticum · 10 caps ára: P 2.- · 5 kúp ára P 2·50
Expectin sol: expectorans, köhögésnél rekedtségnél, ipecacuanha helyett · 1 üveg 10 gr. ára P 2·20.
Frombogen inj.: varix és haemorrhoidalis csomók kezeléséhez. 3 amp. á 3 ccm. ára: P 2·10.
Gyártja és forgalomba hozza: Diachemia Straub Sándor gyógysz. és vegy lab. Budapest VI. Teréz-krt. 27.

CIGELKA
jód-brómos források gyógyvizei
1843
óta vannak forgalomban

Gyomorégés, savtúltengés, gyomorfekély, étvágytalanság, emésztési zavarok eseteiben
Cigelka-STEPHANUS sóskarbonátos — jód-brómos — gyógyvíz
Kiváló gyógyhatású!

Érelmeszesedés, vérbaj, skrofulózis, gyulladásos természetű női bajok és a légzőszervek hurutos bántalmai ellen pedig a
Cigelka-LUDOVICUS jód-brómos forrás gyógyvizét ajánljuk.
Vezérképviselő: **ÉDESKUTY,** Budapest, V., Erzsébet-tér 8. szám

erős, hanem egészen enyhe, de többször ismétlődő és mint ilyen, cumulálódva fejti ki hatását. Az eddigi gyógyító kísérletek legtöbbje az ideg peripheriás megszakítására irányult (alkoholinjectio, idegátmetszés, exhairesis), de a recidivák gyakorisága — mely az ideg nagy regeneratiós képességén alapszik — nem elégítette ki a kísérletezőket. Szerző némi előnyös változtatással a *Dandy—Olivecrona*-féle methodust alkalmazza a trigeminus neuralgia gyógykezelésében, mely abból áll, hogy az ideg megfelelő ágát (n. supraorbitalis, infraorbitalis, mentalis) ezüstkapoccsal szorítja le, aminek következményeképpen részben chemiai, részben compressiós hatás folytán az ideg elemeiben oly degeneratiós elváltozások mennek végbe, melyek tartósan felfüggesztik az ideg vezetési képességét és annak regeneratióját is meghiusítják. Szerző eddig 80 esetben alkalmazta eljárását és 80%-os eredményt ért el. Ezek közül 35%-ban több mint 3 évre terjedt a tünetmentesség, a többi esetben 1½—2 évre; hangsúlyozza az eljárás veszélytelenségét, könnyű technikai kivitelét, szemben a nagy endocranialis beavatkozásokkal. (A. 5.)

Ajkay Zoltán dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Einführung in die Hygiene und Seuchenlehre. *Heinz Zeiss* und *Ernst Rodenwaldt.* (Ferdinand Enke Verlag Stuttgart. Ára 7.60 M.)

A könyv írói a berlini és heidelbergi egyetemek közegészségtani előadásai kapcsán szerzett gazdag tapasztalataik bölcs leszűrésével kísérelték meg, hogy a hygiene egyre növekedő tananyagát orvostanhallgatók számára 280 oldalon foglalják össze. Könyvüknek rövidesen szükségessé vált második kiadása bizonyítja vállalkozásuk sikerét. Feladatuk nehéz volt. Járványtan és környezetegészségtan mellett az ismertetett anyag az iparegészségügy, örökléstan, fajhygiene és az egészségügyi közigazgatás fejezeteire is kiterjed. Az utóbbi fejezet természetesen Németország egészségügyi közigazgatására vonatkozik, ennek rendszerét azonban oly áttekinthető képben ismerteti, hogy azt a magyarországi hygienikusok is haszonnal tanulmányozhatják. A könyv igazi célja a rövidség, a compendiumok száraz adathalmazának kihagyásával. Elsősorban ez teszi úttörővé a szerzők kísérleteit. A hygiene szokásos fejezetei közül nem találhatjuk meg a rövid ismertetésben a talaj, levegő, fűtés, világítás külön fejezetekben való ismertetését. A víz-, szennyvíz-hygiene ismertetéséből kimaradtak a technikai részletek, a laboratoriumi eljárások és a könyvet mégis rendkívül tanulságosnak kell tartanunk. A kihagyott fejezetek gondos megválogatása a hygiene-professzort is megfontolásra késztetheti, hogy vajjon nem tanítunk-e túlságosan sok részletet az egyetemi hallgatóknak? Nem lehetne-e a hygiene-tanításban felölelt anyagot bővíteni és ugyanakkor a felesleges részleteket elhagyni? Helyenként viszont felvethetjük azt a kérdést, hogy a vázlatos ismertetés elegendő-e az alapfogalmak megvilágítására a kezdő számára is? Kétségtelen azonban, hogy a hygiene hagyományos tanításával sok tekintetben szakító eredeti felfogásában, gördülékeny, színes stylusával hasznos olvasmány nemcsak az orvostanhallgatók, hanem a hygienikus számára is.

Die angeborene Hüftverrenkung als orthopädische geburtshilfliches Problem. *Prof. H. Storck.* (100 oldal, 99 ábra. F. Enke, Stuttgart, kiadása. Ára 11 RM.)

Szerző az értékes és igen pontos törzsstatisztikákon alapuló származási táblák tanulmányozása alapján eltávolodik attól a régebben nagy általánosságban elfogadott elmélettől, mely szerint a világrahozott csípőficam fejlődési hiba, vitium primae formationis eredményének tekinthető. Alátámasztja az ellenvéleményét az a klinikai megfigyelés is, mely szerint az idejében kezelt csípőficamok jó gyógyeredményei jobban magyarázhatók, úgy, hogy a hibás működés folytán kifejlődésükben gátolt szövetek rendes reactioképessége visszatér, mihelyt a dysfunctiót megszüntetjük, mint azzal, hogy a lux cox. congenita eseteiben eleve fejlődésükben gátolt szövetekkel kell számolni. Öröklötten csökkent értékű szövetektől nem várhatunk ilyen mértékű gyógyulási hajlamot. Vizsgálatai kapcsán felhívja a figyelmet a farfekvéses terhesség és szülés káros mechanikai hatására. A magzat fekvéses helyzete a térszűke, a fej és végtagok rendellenes elhelyeződése miatt nemcsak csípőficamra, hanem ferde nyakra, hátrahajló térdekre és dongalábas eltorzulásokra is hajlamosít. Valóban a csípőficamos gyermekek 20%-a farfekvésben születik. A méhenbelüli élet mechanikus behatásai alakítják ki a combcsont központi és körzeti izületvégeinek különböző csavarodásait is és a csípőficamosok ú. n. combnyak és fej antetorsiója a ficam folytán kifejlődő dysfunctio következtében marad vissza. Ez viszont ismét a vápa ficamra hajlamosító elváltozását fokozza. Ha a csípőficamok gyakoriságának százalékszámát átszámítjuk a farfekvéses szülések után előforduló lux. cox.-ok számára, akkor azt látjuk, hogy minden harmadik farfekvéses szülés helyett minden tizediknél észlelünk ficamot. Ez a többlet tehát a farfekvés káros mechanismusának terhére írható, mégpedig olyan értelemben, hogy mind a farfekvés, mind a ficamos hajlam egy, a normalistól eltérő rendellenesség, amelyen még a fentemlített káros mechanikai hatás is ronthat. A kis könyv sok, igen mélyenszántó gondolatot tartalmaz, úgyhogy eredetiben való elolvasása szakembereknek nagyon ajánlható.

Horváth Boldizsár.

»**A Naunyn-kúra** formájában végrehajtott ivókúra gyulladásos elváltozásokat gyógyító hyperaemiát hoz létre. Hogy emellett az ilyen célra használt vizeknek hashajtó hatásuk is van, csak előnyös, mert az epebetegek egy része többé-kevésbbé obstipál. Ebből következik, hogy a Naunyn-kúrának karlsbadi vízzel, vagy Karlsbadban való tartásától egyáltalán nem függ az ivókúra sikere. Mi az ivókúrát rendszerint négyszeresre higított Mira glaubersós gyógyvízzel szoktuk végezni.« (Dr. Rosenthal Jenő, egy. m. tanár »Az epeutak kőnélküli gyulladásáról«, Orvosképzés, 1927. évf.)

Állami forrás
Nieder-Selters
A természetes Selters-víz
régóta bevált
influenzánál, torokfájásnál, láznál és tüdőbajoknál
(Niederselters-víz meleg tejjel). Kapható gyógyszertárakban, drogériákban, fűszer- és csemegekereskedésekben, valamint a vezérképviseletnél:
Édeskuty L. Ásványvíz Kereskedelmi Rt.
Telefon: 181—428. V., Erzsébet-tér 8. Telefon: 181—720.

FAGIFOR „CITO"

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lacto-kreosot-syrup

Ideális enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

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

Szabadon rendelhető: MABI, MÁV. B. B. I. Szklőv. kőszórháza Szklőv. Alk. Segítő Alapja. Keresk. Segélyegyl.

CITO gyógyszervegyészeti gyár

Budapest, XIV., Lengyel utca 33.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift. 9. sz. *Gutzeit K.:* Icterus infectiosus. (Befejezés). *Meisner W.:* A trachoma felismerése és kezelése. *Westhues H.:* A vastagbél és végbél präcancerosisa. *Enger R. és Wendel H.:* Veseártalom sulfapyridinkezelés után. *Poerschke A.:* Tejfelfogó edényke szoptató anyák tejfolyása esetén. *Kielleuthner L.: Pflaumer E.* 70-ik születésnapjára.

Wiener Klinische Wochenschrift 9. sz. *Müller O.:* Vérkeringés és anyagcsere. *Gundel M.:* Milyen tapasztalatokat szereztek az öröklési kórtannal és a sterilisatiós törvénnyel? *Slany A.:* Ulcusperforatiók halmozódása a háború kezdete óta. *Reuss A.:* Teljesülhet-e a gyakorlóorvos vágyódása egységesen szabályozott csecsemő standard-diaeta után?

Schweizerische Medizinische Wochenschrift 9. sz. *Landis I.:* Az ischias és brachialgia pathogenesise. *Tobler W.:* A csecsemő subtoxikus, súlyos táplálkozási zavara sárga székletéttel és paralytikus iluessal. *Baumann Th.:* Cibazol a gyermekorvosi gyakorlatban. *Gjankovic H.:* A zágrábi sebészeti klinika tapasztalatai a gyomor- és patkóbélfekéllyel.

VEGYES HIREK

Személyi hír. A Kormányzó a vallás- és közoktatásügyi miniszter előterjesztésére megengedte, hogy a debreceni Tisza István Tudományegyetem *Sauerbruch* Ferdinánd dr. titkos udvari tanácsos, berlini egyetemi nyilvános tanárt, a Charité sebészeti klinikájának igazgatóját az orvostudományok művelése terén szerzett kimagasló érdemei elismeréséül az orvostudományok tiszteletbeli doktorává avassa és részére a tiszteletbeli doktori oklevelet kiszolgáltassa.

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága meghívására *G. E. Konjetzny* egyetemi ny. r. tanár, a hamburgi egyetem sebészeti klinikájának igazgatója f. hó 17-én d. u. 6 órakor a budapesti Tudományegyetem Közegészségtani Intézetének tantermében: »Frühformen des Magenkrebses und ihre klinische Bedeutung« címmel előadást tart.

Gümőkóros szakorvosi tanfolyam. A Magyar Királyi Országos Közegészségügyi Intézetben gümőkóros szakképesítés elnyerésére irányuló tanfolyamot rendeznek, mely 6 hónapig tart.

A tanfolyamra azok az orvosdoktorok vehetők fel, akik belgyógyászati, gyermekgyógyászati osztályon, vagy a gümőkóros megbetegedések osztályán együttesen legalább két évet eltöltöttek és ezt hitelt érdemlő módon igazolni tudják.

A felvételre irányuló kérvényeket az Országos Közegészségügyi Intézet Főigazgatójához 1942. évi március hó 20-án déli 12 óráig kell beküldeni. Felvilágosításokat ugyanitt adnak.

Dortmundban több mint 95.000, *Kölnben* több mint 100.000 gyermeket oltottak be diphtheria ellen 1940-ben. Az eredmény nagyon megnyugtató. Dortmundi jelentés szerint 1941-ben 40.000 kisgyermek közül 4, 55.000 iskolásgyermek közül 93 betegedett meg, míg azelőtt a megbetegedések száma 2500 körül volt. A beoltottak közül egy sem halt meg.

Kelet-Poroszországban hat új gyermekkórházat létesítenek. Ezek közül az első Allenteinben már megnyílt. Egyelőre 44 gyermeket tud befogadni, de 80 férőhelyesre bővítik.

Németországban az 1941. év első trimesterében 3464 külföldi folytatott tanulmányokat 56 különböző államból. 1940-ben 177 doktori munkát nyujtottak be a külföldiek, főleg (37) kínaiak. Fakultások szerint 56 munkával az orvosi fakultás áll az élen.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Bp. Kir. Orvosegyesület pályázatot hirdet az alábbi jutalomdíjakra: 1. *Balassa díjalap jutalomdíj:* 1940 április 1-e óta magyar nyelven megjelent, elméleti szakmájú, eredeti önálló kutatások alapján készült, tudományos becsű értekezés, hézagpótló monographia vagy kézikönyv jutalmazására. A pályázatra be ntm küldött munkák is figyelembee vétetnek. 2. *Szenger Ede jutalomdíj:* Az orvostudomány bármely szakmájából szabadon választott, önálló kutatások alapján készült, befejezett, Magyarországon érvényes oklevéllel bíró orvos magyar nyelven írt, még sehol meg nem jelent dolgozata jutalmazására. A pályamunkák 1942 április 1-ig az egyesület főtitkárának a pályázat világos megjelölésével, a szerző nevének és lakásának feltüntetésével adandók be. A megjelölt lejárati időn túl beadott pályamunkák figyelembe nem vétetnek. A pályázatra benyujtott munkák a pályázat elintézése előtt vissza nem vonhatók. Az alapítványok elértéktelenedése miatt a jutalmazottak az Orvosegyesület emlékérmét kapják. A jutalomdíjak odaítélése az 1942 májusi közgyűlésen történik. A pályamunkák a közgyűlés után a főtitkárnál átvehetők.

ROBUR orvosi-, gyógyszer- és műtősköpenyek

Kitünő minőség, megbízható kivitel, olcsó ár! **PILAK JÁNOS** V., Wekerle Sándor-u. 24. félemelet.

HETIREND

Hétfőn, 16-án 7 óra: a Bp. Orvosi Kör ülése. *Szelőczey J.:* Vitaminok — antivitaminok.

Kedden, 17-én ¾7 óra: a Bp. Orvosi Kaszinó ülése. *Schulhof Ö.:* A gerincoszlop krónikus betegségeinek diagnosztikája. Az előadás előtt *Polgár F.:* Paradox légzés tüdőcsúcsdaganatoknál címmel filmbemutatást tart.

Szerdán, 18-án 6 ó.: a Közkórházi Orvostársulat ülése. Bemutatások: *Horváth B.:* Nyaki vércysta. *Kudász J.:* Különös orbita-sérülés. Előadás: *Kováts F.:* A tüdőgümőkór beszűrődéses és rostos formái.

Csütörtökön, 19-én 7 óra: a Magyar Röntgen Társaság ülése. *Winkler K.:* Tanulságos hypernephromaesetek. *Bach E.:* Az ureter röntgenképe. *Gondos B.:* Adatok a vese helyzetének és nagyságának megítéléséhez a röntgenképen.

Pénteken, 20-án 6 ó.: a Bp. Kir. Orvosegyesület ülése. *Czeyda-Pommersheim F.:* A pajzsmirigy túlműködéséről.

IDÜLT NŐGYÓGYÁSZATI BETEGSÉGEK MEGGYÓGYULNAK AZ

ERZSÉBET-GYÓGYFÜRDŐBEN

KESERŰSÓS FÜRDŐK
ISZAPBOROGATÁSOK
FORRÓ ÖBLÍTÉSEK

calcium + ephedrin
Calciphedrin
INJEKCIÓ DR EGGER TABLETTA

1061/1942. szám.

Beszterce alsó járás főszolgabírájától.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Beszterce-Naszód vármegye alsó járásához tartozó sajónagyfalui közegészségügyi körben megüresedett körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A közegészségügyi körhöz Sajónagyfalu községen kívül Bilak, Nec, Kisfehéregyháza, Zselyk, Dipse, Sajószentiván, Berlád és Serling községek tartoznak.

Az állás kezdő javadalmazása az állami rendszerű X. fizetési osztály 3. fokozata szerinti illetménnyel, lakbérrel, havi 12 pengő rendelőszoba fűtési és világítási járulékkal, valamint fuvarátalánnyal van egybekötve.

Az állást elnyerni óhajtók a m. kir. belügyminiszter úrhoz címzett és szabályszerűen felülbélyegzett kérvényüket ezen pályázati hirdetménynek a »Népegészségügy« című hivatalos lapban történt közzétételétől számított 15 napon belül hozzám nyujtsák be.

A pályázati kérvényhez a »Számmagyarázat« 1—12. és 13. vagy 14. számjegyei alatt megjelölt okmányokat kell csatolni eredetiben vagy hiteles másolatban.

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

A pályázati feltételeknek meg nem felelő, kellően fel nem szerelt vagy elkésve érkezett kérelmek figyelembe nem jönnek.

Az állásra a 7990/1940. M. E. számú rendelet 11. § (1) bekezdése alapján olyan orvos is kinevezhető, aki községi orvosi vizsgát még nem tett, azonban a fentebb idézett rendelet 11. § (2) bekezdése értelmében a községi orvosi vizsgát 1944. évi december hó 31-éig letenni köteles, különben állását veszti.

Beszterce, 1942. évi február hó 28-án.

Thellmann Bidner
főszolgabíró.

Thiosept
KENŐCS
MAGAS KÉNTARTALMÚ
SZINTELEN KÉN-KÁTRÁNY
KÉSZITMÉNY.
INDIKÁCIÓK:
ACUT ES CHRON. EKZEMÁK.
DERMATITIS, PYODERMIA, PRURITUS.
COMBUSTIO. CONGELATIO, PERNIO.
DECUBITUS, PSORIASIS, STB.
18 gr. tubus ..... P. 1·90
50 „ tégely ..... „ 2·90
100. 250 és 500 g-os kórházi csomagolás.
ELŐÁLLITJA ÉS FORGALOMBA HOZZA:
GYÓGYSZERKÉSZITMÉNYEK GYÁRA R.T. BUDAPEST.
MEDICHEMIA
MEDICHEMIA

PRIMOVEROL

FORTE — MITE az ideális expektorans

hatása **négy-ötször erősebb** a senegánál, illetve az ipecacuanhanál.

A gazdasági viszonyokat szem előtt tartva ára **olcsó.**

MABI, Szfőv. S. A. terhére szabadon rendelhető.

Mintával készséggel szolgál: **Szent Péter gyógyszervegyészeti laboratórium, Budapest, V., Pozsonyi-út 1. Telefon: 121-547**

1566/1942. kig. szám.

A bácsalmási járás főszolgabirájától.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Bács-Bodrog vármegye bácsalmási járásához tartozó tataházi közegészségügyi körben üresedésben lévő körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma az állami rendszerű X. fizetési osztály 3. fokozata szerinti fizetés, lakáspénz és a rendelőszoba fűtési és világítási költsége fejében havi 12 pengő különjárulék, továbbá hivatalos kiszállások és rendelések alkalmával természetbeni fuvar.

A közegészségügyi kör székhelye: Tataháza, hozzátartozó község: Mátételke. Mátételke községet az előírt időközökben meg kell látogatni, valamint a rendkívüli szükség esetén felmerülő kiszállásokat is el kell látni.

Az állást elnyerni óhajtók a m. kir. belügyminiszter úrhoz címzett, szabályszerűen felbélyegzett kérvényeiket ezen pályázati hirdetménynek a »Népegészségügy« című hivatalos lapban történt közzétételétől számított 15 napon belül hozzám — közhivatalban lévők hivatali főnökük útján — nyujtsák be.

A pályázati kérvényhez eredetiben vagy hiteles másolatban a »Népegészségügy« című hivatalos lap »Számmagyarázat«-ának 1—12. és 13. vagy 14. számjegyei alatt felsorolt okmányokat kell csatolni.

Pályázati határidő után érkező vagy hiányosan felszerelt kérvények nem vétetnek figyelembe.

Bácsalmás, 1942. évi március hó 3-án.

Dr. Halasy-Rektorisz Tibor s. k.,
főszolgabíró.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Az Országos Tüdőbeteg-Szanatórium Egyesület nagykanizsai tüdőbeteggondozó intézetének vezető orvosi állására pályázatot hirdetek.

A vezető orvosi állás havi tiszteletdíja az első próbaév tartamára 120.—, azaz Egyszázhúsz pengő.

Az Országos Tüdőbeteg-Szanatórium Egyesülethez (Budapest, IV., Semmelweis-u. 25. sz.) címemre folyó évi április hó 15-ig bezárólag beküldendő pályázati kérvényhez eredetiben vagy hiteles másolatban a következő okmányokat kell csatolni: a) születési anyakönyvi kivonatot, b) hatósági erkölcsi, valamint a családi állapotot igazoló bizonyítványt, c) a magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt, d) az 1939. évi IV. t.-c. határozmányai szerint az árja származásra vonatkozó okmányokat, e) az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet, f) egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat, g) a gümőkóros megbetegedések szakorvosi képesítését igazoló okmányokat, h) rövid életleírást (curriculum vitae).

Budapest, 1942. évi március hó 4-én.

Báró Láng Boldizsár s. k.,
az Országos Tüdőbeteg-Szanatórium Egyesület elnöke.

A pécsi egyetem bőrgyógyászati klinikája az Orvosi Hetilap 1926-ig megjelent köteteit részben vagy egészben megvenné. Ajánlatot kér: Pécs, Attila-u. 14. szám címre.

Uricedin

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

Magyarországi vezérképviselet:

Medichemia Gyógyszerkészítmények Gyára R.T.

Budapest, X., Hölgy-ucca 14

J.E. Stroschein

Chemische Fabrik K.G.

Berlin

Dr. DEÉR ENDRE SEROBAKTERIOLOGIAI LABORATORIUMA

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

Wassermann I
Wassermann II
Kahn
Kiss

Antigenek SEC. Dr. DEÉR

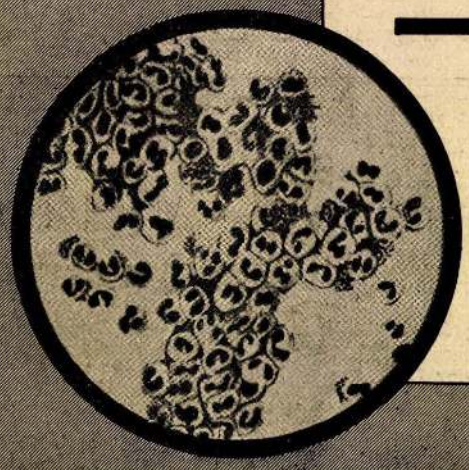
»Sanguityp«
Vércsoporthatározó

VÉRSZEGÉNYSÉG ELLEN

HAEMOPLEX Dr. Deér

ACTIVÁLT FERRUM HYDROGENIO REDUCTUM

Neohexal



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

J. D. Riedel-E. de Haën A.G. Berlin

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

CARBONA »Réthy« enyhén hajtó széntabletták

Indikációk: Erjedéses dyspepsia, catarrhus intestini, habitualis obstipatio, valamint obstipatióval kapcsolatos bélbajok, haemorrhoidák, graviditas, meteorismus, colica mucosa et membranacea. — **Eredeti csomagolás 50 és 100 tablettával**

A MABI, a MÁV. B. B. I. és a Postatakarékp. B. B. I. terhére szabadon rendelhető

1185/1942. alisp. szám.

Csongrád vármegye alispánjától.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Csongrád m. városnál megüresedett városi orvosi állásra a m. kir. belügyminiszter úr 326.471/1941. XIV. számú rendeletével újabb pályázat kihirdetését engedélyezte. Ennek értelmében fenti állásra pályázatot hirdetek.

A megüresedett városi orvosi állást az 1936:IX. t.-c. 11. §-ának (1) bekezedése értelmében a m. kir. belügyminiszter úr kinevezés útján tölti be.

Az állás javadalmazása a X. fizetési osztálynak megfelelő illetmények és a városi szabályrendelettel megállapított rendelési, látogatási és halottkémlési díjak.

A városi szabályrendelet értelmében a kinevezendő orvos köteles a szolgálati beosztása szerinti kerületében s a város polgármestere által közelebbről megjelölendő helyen lakni.

A szabályszerűen felbélyegzett s az alábbiak szerint felszerelt pályázati kérvényeket a m. kir. belügyminiszter úr őnagyméltóságához címzetten, ennek a pályázati hirdetménynek a »Népegészségügy« című hivatalos lapban történt közzétételétől számított 15 nap alatt, közszolgálatban álló pályázók szolgálati úton, más pályázók pedig közvetlenül Csongrád m. város polgármesteréhez tartoznak benyujtani.

A pályázati kérelemhez csatolandó okmányokat a »Népegészségügy« című lap pályázati hirdetmények rovatában megjelenő »Számmagyarázat« 1—13. pontjai tartalmazzák.

A pályázók kérvényükben nyilatkozni kötelesek az 1920/1937. B. M. számú rendelet értelmében afelől, hogy a közhivataloknál, közintézeteknél és közintézményeknél állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmazást betöltenek-e vagy nem. Igenlő esetben az alkalmazó szervet és az élvezett járandóság összegét meg kell jelölniök.

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

A kellően fel nem szerelt vagy megkésve érkezett pályázatok nem lesznek figyelembe véve.

Szentes, 1942. évi február hó 24-én.

Dobay alispán.

481/1942. szám.

Vas vármegye és Szombathely város közkórháza.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló Vas vármegye és Szombathely város közkórházánál egy segédorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A segédorvosi állás javadalmazása az állami rendszerű XI. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítással és 50%-os térítés ellenében I. osztályú intézeti élelmezés.

Pályázni csak nőtlen orvosdoktorok pályázhatnak. Magángyakorlat megengedve nincs. A kinevezés két évre szól, mely pályázat mellőzésével meghosszabbítható.

A szabályszerűen felszerelt kérvények méltóságos vitéz dr. Szücs István főispán úrhoz címezve, a közkórház igazgatójához nyujtandók be. A beadás határideje 1942 március 24. napjának déli 12 órája.

A pályázati kérvényhez a Népegészségügy »Számmagyarázat«-ában 1—12. szám alatt megjelölt okmányok csatolandók.

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

Elkésve érkezett vagy a fentieknek nem megfelelően felszerelt kérvények figyelembe nem vehetők.

Szombathely, 1942. évi március hó 4-én.

Dr. Pető Ernő
m. kir. egészségügyi főtanácsos,
igazgató-főorvos.

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

Laikus propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra

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

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTÁN.

A szerkesztő fogadóóráját kedden és pénteken 12—1 óra között tartja.

NEUROLIN BALLA

KELLEMES IZŰ, JÓL TŰRHETŐ BRÓMOS HYPOPHOSPHIT-SZÖRP

MEDICHEMIA

Indikáció: neurasthenia
reconvalescentia
kimerültség

Lag. minor . . . P 3.—
Lag. major . . . P 5.—

MEDICHEMIA R. T., BUDAPEST X.

Az orr hurutjai az

ADRIANOL-EMULSIÓ

alkalmazásával egyszerüen, biztosan és gyorsan kezelhetők, megrövidithetők és megszüntethetők.

C·H BOEHRINGER SOHN INGELHEIM AM RHEIN

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

Quadronox

megbízható altatószer
mely már kis adagnál (fél tabletta)
is üditő álmot és üde ébredést
biztosit.

10 és 20 tablettás
csomagolások

Adatokkal készséggel szolgál:

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE I. W.

KÁLMÁN LEHEL GYÓGYSZERVEGYÉSZETI VÁLLALAT BUDAPEST 62

A SALICYLSAV BIZTOS FELSZIVÓDÁSA A BŐRÖN ÁT:

RHEUMASAN

A SOUVERAIN *analgeticum antirheumaticum és antineuralgicum*

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

Nagybani eladás: Kálmán Lehel, gyógyszervegyészeti vállalat, Budapest 62.

AKTEDRON-CHINOIN

TABLETTA ÉS INJECTIO

szellemi működések és a hangulat stimulálására

climacteriumi és endogen depressiók, nervosus fáradékonyság és csökkent munkaképesség, schizophrenia esetén

20 tabletta (0·01 g) 6 ampulla (0·02 g)

421292. — AZ ATHENAEUM IRODALMI ÉS NYOMDAI R.-T. NYOMÁSA, BUDAPEST. FELELŐS: KÁRPÁTI ANTAL IGAZGATÓ.

86. évfolyam. 12. szám. Budapest, 1942. március 21.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26., IV. em.
Telefon: 345-113.
Ingyenes lifthasználat.
(Kérje a portástól.)

MEGJELENIK SZOMBATON

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

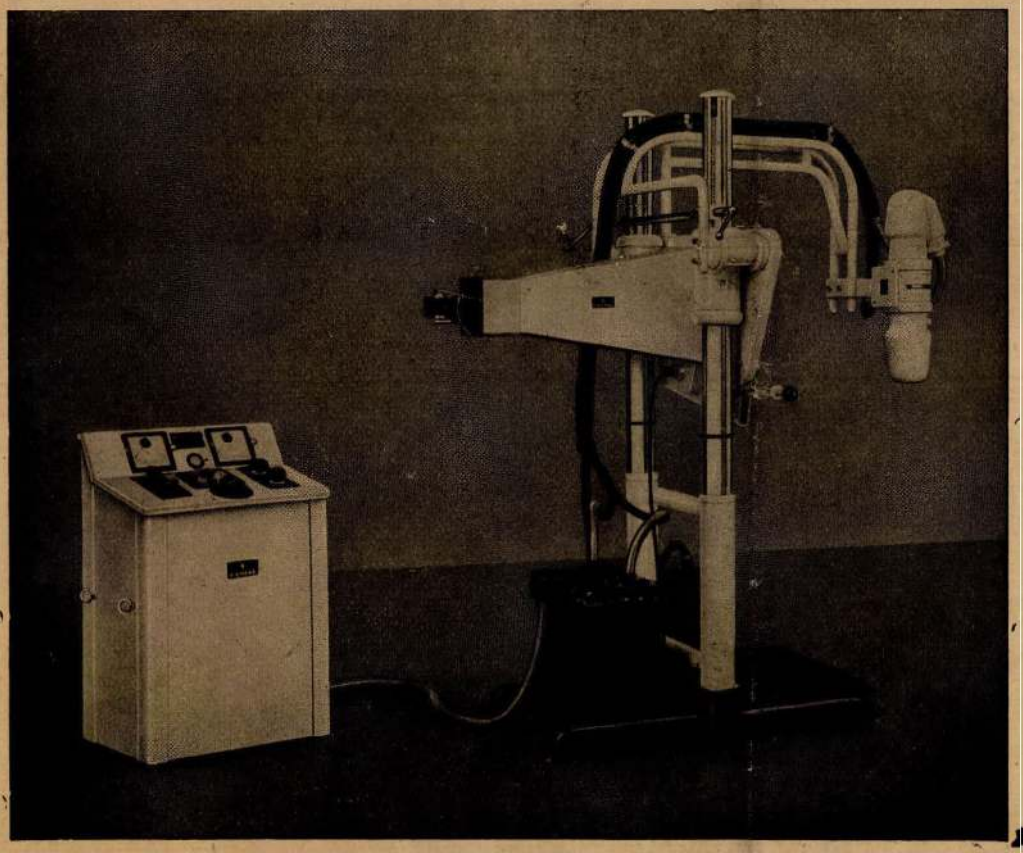
Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámlánk javára. *Jugoszláviában* az Avala bármely kirendeltségénél az »O.H.« számlájára. *Romániában: Borsos Béla dr.* Arad, Str. G.Gringorescu 5. *Slovákiában: Eleőd Solt.* Handels u. Kredit-B. Bratislava. *Egyéb külföldről:* az előfizetést levélben küldött dollárchequeben kérjük a kiadóhivatalba.

Előfizetési díj: az »Orvosi Hetilap«-ra az »Orvostudományi közlemények«-kel együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 350 dínár, 1000 lei, egyéb külföldre 6 dollár, vagy a belföldi díjak + portóköltség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyedévre negyede, egy hóra 2·50 P. A »Magyar Orvosi Archivum« egész évre 10 P., 70 slk., 100 dínár, 400 lei, 2 dollár.

2000 tüdőfelvétel naponta

a tömeges röntgenvizsgálat új módszere:



Ma a nagy néptömegek egészségvédelmének korszakában élünk és ennek legsúlyosabb feladata a tbc. elleni küzdelem.

A feladat óriási s az eddig elterjedt módszerrel, a tömeges, ill. sorozatos átvilágítással, sajnos, csak döcögve és tökéletlenül halad előre a munka, ezenkívül az átvilágítás mindig csak szubjektív módszer. Sajnos, a nagyformátumú röntgenfilm drága volta még a gazdag országok számára is lehetetlenné teszi, hogy a tömeges röntgenvizsgálatot a tökéletesebb felvételi eljárással oldják meg.

Az **új módszer**: az »ernyőképfotografálás« a Siemens-féle »képsorozat-felvevő«-vel legyőzi az anyagi, ill. gazdasági akadályokat és kiküszöböli a sorozatos átvilágítások technikai és diagnosztikai hátrányait is.

MAGYAR SIEMENS REINIGER MŰVEK RT.
RÖNTGEN- ÉS ORVOSTECHNIKAI GÉPGYÁR
BUDAPEST, VI., NAGYMEZŐ-U. 4
TELEFON *224-860

Aranyeres bántalmaknál
Posterisan
kúp és kenőcs
VAJNA JÓZSEF-GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUMA BUDAPEST, IV., VÁCI-UTCA 34.

LUMINAL

Epilepsia, chorea, eklampsia, izgalmi állapotok és súlyos álmatlanság esetén

LUMINALETTEN

Az epilepsia állandó kezelésére, vasoneurózis, Basedow-kór, hypertonia, angina pectoris és neurasthéniás állapotokban

LUMINAL-OLDAT 20%-os

Tartós oldat ampullákban, intramuszkuláris befecskendezésre

Status epilepticus, eklampsia, tetania, hyperemesis gravidarum, elvonókúrák

»Bayer«
LEVERKUSEN

MAGYARORSZÁGI VEZÉRKÉPVISELETEK

MAGYAR PHARMA GYÓGYÁRU R.-T.
BUDAPEST, V., Arany János-utca 10
KOLOZSVÁR, Mussolini-út 18

WIRTH KÁROLY
Budapest,
V., Báthory-u. 16

E. Merck
DARMSTADT

Meghűléses betegségek és szövődményeik kezelésére

Acitophosan

Rheumatikus bántalmak, influenza.

Poralakban. — 10 és 20 tablettát tartalmazó fiolák.

Sulfapyridin „Richter"

Pneumonia, angina.

24 tablettát tartalmazó fiolák. — 5 ampullát tartalmazó dobozok.

Corediol

A szíverő fokozására, a vérkeringés élénkítésére.

10 és 50 cm³ solutiót tartalmazó üvegek. — 5 drb 2 cm³-es, illetve 3 drb 5 cm³-es ampullát tartalmazó dobozok.

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

86. évfolyam. 12. szám. Budapest, 1942. március 21.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

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

TARTALOM:

Koppány Tibor: Lágyéksérv incarceratio esete. (139—140. oldal.)
Szirmai Frigyes: Dick-reactio és Dick-pseudoreactio. (140—141. oldal.)
Irodalmi szemle. (142. oldal.)
Könyvismertetés. (142. oldal.)
Melléklet. Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (21—24. oldal.)
Dujbukát Jenő: Szovjet-orosz egészségügyi viszonyok. (145—146. oldal.)
Lapszemle. (148. oldal.)
Vegyes hírek. (148. oldal.)
Hetirend. (148. oldal.)

A m. kir. marosvásárhelyi honv. csapatkórház sebészeti osztályának közleménye.

Lágyéksérv incarceratio esete.

Írta: *Koppány Tibor dr.* orvosszázados, osztályvezető.

Különféle szempontokat figyelembevéve, a sérveket két csoportra osztjuk: a többnyire látható és physikalis vizsgálattal is érzékelhető, külső sérveket és a nehezebben vizsgálható, legtöbb esetben csak műtéttel felderíthető belső vagy intraabdominalis sérveket.

A külső sérvek közül a lágyéksérvek fejlődési zavarokkal és rendellenességekkel kapcsolatban — a jobb here késői leszállása s a processus vaginalis késői elzáródása miatt — sokkal gyakrabban fordulnak elő férfiaknál, mint nőknél. A veleszületett hajlamot a here leszállásának gátlása után bekövetkezett kryptorchismus inguinalis is megerősíti s ez legtöbb esetben később sérvvel szövődik. *Waldeyer* vizsgálatai emellett azt is bizonyítják, hogy a sérvkapu eredetileg is tág lehet és a hashártya diverticulum a serosa fejlődése alkalmával kialakul beterjedve a leendő sérvkapuba vagy csatornába.

A distopiás here a gyermekkorban zavarokat nem okoz, idősebb korban hajlamossá tesz rosszindulatú daganatképződésre. A kryptorchismus inguinalist a beteg is gyakran csak serdülő korában veszi észre, amikor a here belső és külső működése megváltozik és a feszülés-nyomatás alatt fájdalmakat okoz.

A lágyéksérvek kizáródásokkal, here distopiával összefüggő szövődményei a legkülönbözőbbek s róluk számos közlemény jelent meg az irodalomban. Esetünkben megtévesztésre alkalmat adó, szokatlan kizáródást írunk le.

1941 márc. 24-én *P. J.*, 24 é. férfit vettük fel (509/1941. sz. kórtört.), aki elmondotta, hogy kb. másfél éve jobb lágyékhajlatában elődomborodása támadt, amely fokozatosan nő. Lefekvéskor hosszabb idő mulva eltűnik, álló helyzetben azt megszüntetni nem tudja.

Egyébként ép szervezetű betegünk jobb külső lágyékgyűrűjét tágnak találtuk. Azon át egy képlet nyomult elő, amely nem a herezacskó felé, hanem félköralakban megcsavarodva felfelé, a felső mélső csípőtövis irányában húzódott. A herezacskóból a jobb here hiányzott. A here hiányáról a beteg nem tudott. A has jobb felében, a szeméremcsont, mélső-felső csípőtövis és (Poupart) lágyékszalag között egy férfiökölnyi dudorodást észleltünk, amely tapintásra érzékeny volt, síma felülettel birt, nyomásra megkisebbedett.

A beteg bejövetele után 9 nappal a lépcsőn megbotlott és elesett. Esés után a jobb hasfelében szúró fájdalmat érzett, sérve tetemesen megnagyobbodott. A beteg fájdalma fokozatosan erősbödött, hasának előbomborodását hosszbb fekvés, papaverinmorphium injectio, meleg borogtás, majd meleg fürdő sem tudta megszüntetni. A megkísérelt visszahelyezés eredmény telen volt. A tűrhetetlen fájdalom és kizáródás miatt, műtétre határoztuk el magunkat.

Kellő előkészítés után helyi érzéstelenítésben, a jobboldali lágyékhajlatban ferde lefutású metszést ejtettünk, a metszés a lágyékszalaggal hegyes szöget képezett. A bőr, zsírszövet és felületes hasi pólya átmetszése után láthattuk, hogy a külső ferde hasizom bőnyéje erősen előboltosul, elvékonyodott és alsó részén berepedt. Az anulus inguinalis externuson kijövő képletek, nevezetesen a sérvtömlő, a distopiás here, az aponeurosis berepedésén át az aponeurosis alá nyomultak és idők folyamán a musculus obliquus int. állományában üreget formáltak ki maguknak, a sérvtömlő fala pedig az aponeurosis belfelületével lapszerint összenőtt. E rögzülés következtében a sérvtartalmat a tömlőből kipréselhettük, de járás, köhögés alkalmával a sérvtartalom a jelzett rendellenes helyre ment vissza. A beteg esése után a hasprés nagyobbfokú fokozódása miatt, nagyobb tömegű bél és cseplesz nyomult ki a tömlőbe, melyből a merev aponeurosis nyíláson át visszahúzódni nem tudott s a felcsapott herével együtt kizáródott. A felcsapott arteria spermatica, plexus pampiniformis erei a crus inf. és crus sup. éles szélén és a fascia hasadéknál éles megtöretést szenvedtek el, a megnyúlás miatt az erek lumene is szűkült és a keringési zavarok miatt, rövid idő mulva a sérvtömlőben nagyobbfokú transudatio indult meg.

A fascia repedést ollóval felfelé meghosszabbitottuk, a lenőtt sérvburkot élesen lefejtettük, megnyitottuk, a bőséges sárgás-vörhenyes transudatumot kibocsátottuk. Sérvtartalomként cseplesztet belet találtunk. A cseplesz kizáródott részén helyenként kezdődő elhalás jeleit láttuk, amiért e részeket

részletekben lekötve resekáltuk. A kizáródott vékonybélrész sötétvörös színe csakhamar megszünt, a bél peristaltikája rendessé vált, így tehát a belet a hasüregbe visszahelyezhettük. Ezután a sérvtömlőt a funiculustól elkülönítettük, alákötöttük és resekáltuk. A kizáródott here a rendesnél kisebb, sorvadt volt, a tunica vag. communison tűszúrásnyi, kölesnyi apró vérzéses pontokat láttunk. Tekintettel, hogy a funiculus rövidsége miatt az atrophisalt herét a herezacskóba lehozni nem sikerült, castratióra határoztuk el magunkat, amelyet typusosan végeztünk el. A sérvkaput és csatornát Bassini szerint 4 csomós selyemöltéssel zártuk el. Az aponeurosis repedést két rétegben csomós selyemöltésekkel szüntettük meg. A sebet rétegesen egyesítettük.

A műtét után a kivett herét hosszanti metszéssel feleztük meg; a hereburkok alól 8—10 ccm vörhenyes savó ömlött ki, a here parechymában számtalan vérzéses pontot láttunk.

Az 5. napon a kapcsokat eltávolítottuk és a 10. napon a beteg gyógyultan hagyta el a kórházat.

A kizárt sérvek irodalmában számos belső incarceratióról, retrograd incarceratióról, bélresectióról olvashatunk. Többek között *Mező B.* retrograd incarceratio bélresectióra gyógyult esetét írja le, *Pólya J.* újabb adatokat közöl a retrograd incarceratio tanáhaz, *Vertán E.* közleményében kizárt sérv kapcsán újszülöttön végzett sikeres bélresectióról számol be. Mások sárvkizárodásnál a sérvtömlőben Meckel-diverticulumot *(Keppich J.)*, perforált Meckel-diverticulumot *(Finály Gy.)*, gyomrot *(Elischer E.)* stb.-it találtak. Ezen érdekes esetek mellé, a szóbanforgó esetet, mint csak műtétnél észlelhető, meglehetősen ritkán előforduló betegséget érdemesnek találtam leközölni.

Az Ujpesti Városi Kórház közleménye.

Dick-reactio és Dick-pseudoreactio.

Írta: *Szirmai Frigyes dr.* kórházi főorvos.

A Dick-házaspár vizsgálatai nyomán keletkezett vitában nagy szerepet játszott az a kérdés is, vajjon a Dick-méreg tényleg a diphtheria toxinnal párhuzamba állítható valódi toxin-e? Többen úgy vélik, hogy inkább az allergenek közé sorolandó és hogy a vörheny előzetes streptococcus (str.) fertőzések által áthangolt szervezet allergiás válasza újabb str. fertőzésre.

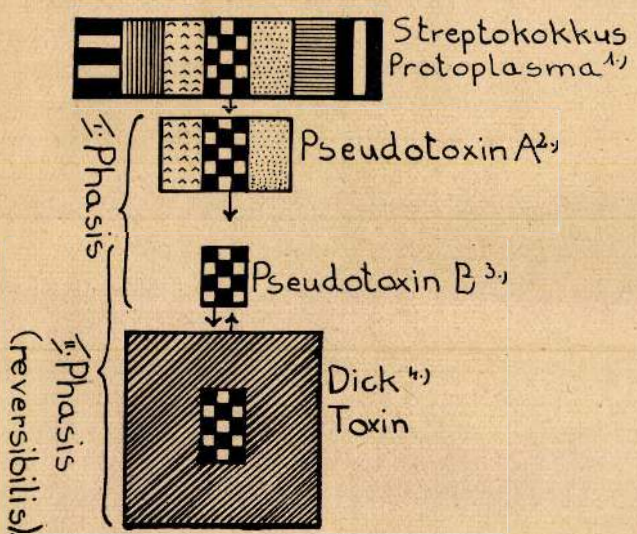
A Dick-r. *lappangása* elég rövid, mindössze néhány óra, legnagyobb erősségét is már 24 óra mulva éri el, de ismeretesek más ugyancsak ilyen gyorsan ható valódi toxinok, pl. a kígyóméreg, a pók mérge, a Shiga-Kruse-toxin. Eléggé *hőálló* is, de ilyen a b. botulinus toxinja is. Abban is különbözik a di. toxintól, hogy ugyanazan egyénen az eredmény nagyobb ingadozásokat mutathat, hogy nem fajlagos hatások is könnyebben befolyásolhatják, hogy a reactio erőssége inkább az egyéni érzékenységtől, semmint az alkalmazott méregmennyiségtől függ, de ezek a különbségek is könnyen magyarázhatók: *a)* a Dick-méreg az erekre, főleg a hajszáledényekre hat, ezek mindenféle ingerre könnyen, de mindig csak szűküléssel vagy tágulással válaszolnak, a di. méreg a bőrben, a hámban és a mélyebb rétegekben is komoly elváltozásokat hoz létre, *b)* a str. szűrletek méregtartalma nem állítható be egészen pontosan, *c)* a Schick-reactiót aránylag igen nagy, majdnem elhalást okozó toxinmennyiséggel végezzük, a Dick-f. bőradag a legkisebb helyileg még hatásos méregmennyiségtől nem esik messzire, ha e mennyiségi különbségeket kiküszöböljük, a kétféle reactio viselkedése nagyon közeledik egymáshoz, *d)* míg az ép bőr aviditása a di. toxinnal szemben az emberi szervezet összes szövetei között talán a legkisebb, addig vörhenyben a bőr áll a Dick-méreg okozta elsőleges tünetek középpontjában. Túlságosan méregérzékeny közegen vizsgáljuk tulajdonkép a str. toxint, érthető ezért, hogy a bőr reactiója csekély hatásokra mindkét irányban kilenghet, anélkül, hogy ez mindig a szervezet általános immunbiológiai állapotában beállott változásnak volna a folyománya.

Gröer és munkatársai szerint a valódi toxinok okozta bőrpróbákat érszűkítők erősítik, értágítók gyengítik, allergiás reactiók s így a Dick-r. is fordítva viselkednek. 22 gyermeken végzett kísérleteimben úgy találtam, hogy *a Gröer-f. gyógyszeres elemzés str. és di. toxin között nem mutat ki érdemleges különbséget*, a módszer egyébként sem lehet alkalmas allergenek megkülönböztetésére, mert pl. a lósavóval szemben túlérzékeny egyénen végzett intrakutan savó reinjectiót, vagyis egészen biztosan allergiás reactiót az adrenalin nem gyengíti *(Toyoda)*.

A di. szűrletekben levő, a toxintól különböző bakt. származékok okozta *pseudoreactiókat* könnyű felismerni. Antitoxin nem közömbösíti, 80°-ra való felmelegítés rendszerint nem befolyásolja őket, már elhalványodtak, mikor a valódi Schick-r. még csak tetőfokát éri el, máskép néznek ki, sohasem okoznak necrosist, pigmentképződés nélkül gyógyulnak. A Dick-r.-ban a helyzet nem ilyen egyszerű. A kétféle r. időbeli lefolyása, morphologiája szinte azonos. Ahhoz, hogy a valódi Dick-toxint tönkretegyük, a szűrletet legalább egy óráig főzni kell, de ha *Bessau* és *Schwenke* a Schick-r.-ra vonatkozólag is azt találta, hogy már a 80°-ra melegítéskor a pseudoreactiót okozó anyagok is, nevezzük ezentúl »*pseudotoxin*«-nak, elpusztulhatnak, még inkább bekövetkezhet ez a lehetőség a str. toxin esetében szükséges forraláskor. Ennek pedig az lehet a következménye, hogy a főzési próba alapján tévesen valódi toxinhatásnak tulajdonítunk oly reactiót, mely voltaképpen pseudotoxin reactió. A vörhenystr. biológiai különállásának tanulmányozásakor, mikor is str. vaccinákkal és kevéssé hígított szűrletekkel kellett dolgoznom, különösen volt alkalmam tapasztalni, hogy az ilyen, igazi toxinban aránylag szegény, pseudotoxinokban pedig gazdag anyagok vizsgálatában mily nehéz lehet a kétféle hatás megkülönböztetése. *A hőállóság tekintetében a különbség nem eléggé éles és nem eléggé állandó.* De nem tökéletesen biztos a Dick neg. egyének savójával, vagy az immunsavókkal való közömbösítés sem. Kimutattam ugyanis (Orv. Hetilap 1927. 32. sz.), hogy a savók a *pseudotoxint közömbösítő antitesteket* tartalmazhatnak, melyek az antitoxinnal nem azonosak, mert ép a pos. pseudoreactiót adó savójában *(sajátsavó)* foglaltatnak és az antitoxinnal ellentétben, inactiváláskor megsemmisülnek. Későbbi vizsgálataim során azt találtam, hogy nem minden pseudoreactio, hanem leginkább a vaccinákban foglalt ép str. testek és a szűrleteknek ezekhez legközelebb álló str. származékai által okozott pseudotoxin reactiók közömbösíthetők sajátsavóval, a pseudotoxin tehát a str. testekből származó többféle anyag keverékét képezi.

A bact. szűrletek általában annál kevesebb pseudotoxint tartalmaznak, mennél rövidebb te-

nyésztési idő szükséges nagy valódi toxintartalom eléréséhez és a szűrlet pseudotoxinjainak zavaró hatása annál kevésbé érvényesülhet, mennél nagyobb hígításban alkalmazható, azaz, mennél nagyobb a valódi toxintöménység. A str. szűrleteknek még a következő különleges sajátosságai figyelemreméltók. Közvetlenül az elkészítés után nagyon jó szűrlet néhány hónap mulva használhatatlanná válhat, mert csupa nem specifikus pseudoreactiót ad. *(Friedmann).* Megfigyeléseim szerint különösen carbolos konyhasóval hígított állapotban hosszabb ideig megőrzött szűrletek pos. reactiókat adhatnak oly nagyobb gyermekeken, vörhenyből lábbadozókon, akiken az ugyanazon törzsből készített, de a hígitatlan szűrletből frissen hígított toxin nem ad reactiót. Azt is tapasztaltam, hogy az annakidején Chicagóból kapott egyik Dick-törzs egy idő mulva hasznavehetetlenné vált, mert szűrletei hatástalanok voltak olyan kis gyermekeken, kik az e törzsből korábban készült, jól bevált toxinra ugyanazon a vizsgálati napon élénken reagáltak, viszont pos. reactiókat okoztak idősebb és jó toxinra nem reagáló egyéneken, vagyis pseudoreactióknak feleltek meg.



1. ábra.

1. A streptococcusok bonyolult protoplasmája. 2. A sejthártyán kilépett pseudotoxin A, sajátsavóval közömbösíthető. 3. További bomlás útján keletkezett pseudotoxin B, sajátsavóval már nem közömbösíthető. 4. A pseudotoxin B-ből keletkezett antigen természetű Dick toxin. Ezen II. szakasz reversibilis, a Dick toxin elbomlásakor újból pseudotoxin válhat szabaddá.

A felsorolt észleléseket a mellékelt ábrán igyekszem megmagyarázni. Ha egy str. törzs rossz toxintermelő, vagy képességét sok átoltás után elveszti, akkor a II. szakasz elmarad, a szűrlet csak pseudoreactiókat ad. Ha a törzs igen jó toxintermelő és a táptalaj megfelelő, akkor a II. szakasz toxinsynthesise gyors és tökéletes, a szűrletben úgyszólván minden pseudotoxin Dick-toxinná alakult át, ha ellenben a táptalaj olyan, hogy benne csak hosszabb idő, pl. 6 nap után, érhető el megfelelő Dick-toxintartalom, akkor ez azt jelenti, hogy a táptalaj a II. szakaszra gátlólag hat, az I. szakasz azonban akadálytalanul folyik le, s így a szűrlet sok pseudotoxint fog tartalmazni. Az ábra kifejezi azt is, hogy a str. toxin és pseudotoxin szerkezetében s így tulajdonságaiban is nem áll oly messze egymástól és a bact. testétől, mint pl. a di. toxin a di. bacillus sejtjének alkotó elemeitől, ill. a pseudo Schick-reactiót okozó mérgektől. Igy viszont érthetővé válik a hőállóság tekintetében fennálló aránylag csekély különbség, megértjük, hogy míg ha a di. toxin elbomlott, teljesen hatástalan, addig ha a Dick-toxin elbomlik, úgy a II. szakasz reversibilitása folytán pseudoreactiókat okozó anyagok keletkeznek.

Ugy hiszem, hogy az ismertetett elgondolásom alkalmas a tények magyarázására. Az kétségtelen, hogy a szűrletekben kétféle, úgymint valódi Dick-r.-t és pseudoreactiót adó anyag, helyesebben anyagcsoportok vannak. *Ando,* ill. *Toyoda* és munkatársai e kétfajta anyagot — ők exo- és endotoxinnak nevezik — elkülönítették egymástól és azt találták, hogy *a tiszta exotoxin minden vonatkozásban valódi toxinnak megfelelően viselkedett, a hőálló fractio (endotoxin) reactiói ellenben jellegzetesen mutatták az allergenek sajátosságait.* Miután pedig az exotoxin hatása mindenben a valódi Dick-r.-val, az endotoxiné pedig a pseudoreactióval analognak bizonyult, e vizsgálatok világosan bizonyítják, hogy *csak a pseudoreactio fogható fel allergiás reactióként.*

Tiszta exotoxin előállítása igen körülményes, de amióta megfelelő táptalajok állnak rendelkezésre pseudotoxinban igen szegény Dick-méreg előállítására, felesleges is. A Dick-r.-val foglalkozó vizsgálatok azonban csak az esetben bírnak jelentőséggel, ha megfelelnek a következő követelményeknek:

a) A toxint igen jó toxintermelő törzsből és már egész rövid tenyésztési idő (2 nap) alatt nagy értékű méreg oldatot szolgáltató táptalajban kell előállítani; legalkalmasabbak az idegen fehérjéket (savó, vér) nem tartalmazó, pankreatinnal (Aldershoff) vagy trypsinnel (Douglas, O'Meara) emésztett húsból készült levesek.

b) A szűrlet használhatóságát és concentratióját amerikai standard méreggel beállított méreggel való összehasonlítás útján kell megállapítani és időnként újból ellenőrizni. A szűrlet *legalább* 1000-szeres hígításban legyen használható.

c) Tudományos célokra a hígítás mindenkor frissen készüljön, de kívánatos, hogy a gyakorlati célokra forgalomba kerülő hígítások használhatóságának ideje is minél rövidebbnek legyen megszabva.

E követelményeket betartva legfeljebb szórványos esetekben fordulhat elő, hogy tévesen valódi pos. Dick-r.-t állapítunk meg oly egyéneken, akik a *hevített pseudotoxinra* nem, vagy jóval gyengébben reagálnak, mint a nativra. Ha ellenben, valódi toxinban szegény, pseudotoxinban gazdag szűrletet használunk, mind a Dick-r. lényege, mind gyakorlati értéke tekintetében merőben hibás következtetésekre kell jutni. Sajnálatos módon ezeket a követelményeket számosan figyelmen kívül hagyták és így a pseudoreactiókra érvényes megállapításokat a valódi Dick-reactióra vonatkoztatták.

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

FAGIFOR „CITO"

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lacto-kreosot-syrup

Ideális enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

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

Szabadon rendelhető: MABI, MÁV. B. H. I. Szklőv. kőszórháza Szklőv. Alk. Segítő Alapja. Keresk. Segélyegyl.

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

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

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

A rák lactoflavin-tartalma és lactoflavin-kiválasztás daganatos betegeken. *H. Leemann.* (Klin. Wschr. 1942. 3.) A B$_1$- és B$_2$-vitamindús táplálás az állatkísérletekben a daganatok burjánzását elősegíti. A sejtek légzésében, anyagcseréjében és a fiatal állatok növekedésében nagy szerepet játszó lactoflavinnal végzett kísérletek kimutatták, hogy a rákos szövet lactoflavin-tartalma nagyobb, mint a normalis szöveteké. A metastasisban részt nem vett szervek lactoflavin-tartalma rákos emberen a normalis szövetekkel szemben alacsonyabb. Kimutatták továbbá, hogy daganatos betegeken B$_2$-vitaminmegterhelés esetén a lactoflavin-kiválasztás a vizeletben nagymértékben csökkent, míg a nem rákos egyéneknél a bevitt B$_2$-vitamin 70%-a két nap alatt kiürül. A tumorszövet fokozott lactoflavin-szükséglete okozza a többi szerv lactoflavin-tartalmának elszegényesedését és kiválasztásának csökkenését. (G. 4.)

Solymosi József dr.

Chronikus leukaemia kezelése kis adag röntgenbesugárzással. *Dowdy* és *Lawrence.* (J. amer. med. Assoc. 116 k. 2827 o. 1941.) 20 chronikus myeloid és lymphoid leukaemiás beteget apró röntgenadagokkal kezeltek. 200 kilovolt és 25 milliampere mellett 50 cm bőrtávolságból 0.5 mm réz- és aluminiumszűrővel a testnek mindig más 15×15 cm felületére naponta 25—50—75 r-t adtak. A fehérvérsejtszámot minden besugárzás előtt ellenőrizték és túlgyors csökkenés esetén hosszabb szünetet iktattak be. Összesen 225—750 r-t sugároztak. A betegek fele a megfigyelési időn belül meghalt, átlag élettartamuk 1 és ¾ esztendő volt. A besugárzás alatt toxikus tüneteket vagy röntgenkárosodást sohasem észleltek. Ezzel az individualizált kisdosisú kezeléssel a betegeket aránylag a legjobban lehetett tünetmentessé tenni. (B. 9.)

Kuchárik József dr.

Búzacsiraolaj (E-vitamin) alkalmazása neuromuscularis bántalmak kezelésében. *Vogt Möller.* (Klin. Wschr. 1942. 3.) Kísérleti állatok E-vitaminszegény táplálásakor a haránteslkolt izom degeneratióját és a kreatin forgalomzavarát találták. Más esetekben a központi idegrendszerben szövettani elváltozás volt található, megfelelően az állatok ataxiájának és bénulásainak. Búzacsiraolaj (Tokoferol) az E-vitaminhiány esetében az állatokon észlelt neuromuscularis bántalmak kifejlődését megakadályozta. A szerző amyotrophiás lateralsklerosisban és izomdystrophiában alkalmazott búzacsiraolajat. E-vitaminban gazdag étrenddel és B-vitaminnal együtt. Amyotrophiás lateralsklerosisban az esetek egy részében a fibrillaris rángások megszűntek, az izomerő fokozódott, az izomatrophia csökkent, az alsó végtagok fokozott tonusa enyhült. Más esetekben a betegség előrehaladása megszűnt és a kórkép állandóvá lett. Bulbaris tünetekkel szövődött esetekben az állapot kezelés ellenére is romlott. Izomdystrophiában a csekély megfigyelés mellett a kezelés eredményes volta még nem ítélhető meg. Igen kedvező a hatás anaemia perniciosa okozta funicularis myelosisban. (G. 3.)

Solymosy József dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Die normale und gestörte Knochenbruchheilung. *Dr. Werner Block.* (Ferd. Enke, Stuttgart.)

A »Neue Deutsche Chirurgie« 62. köteteképpen jelent meg ez a tényleg hézagpótló munka, amely ötven évre visszamenőleg összefoglalja az e tárgyra vonatkozó ismereteinket. Kezdi a történelmi adatok rövid, de mégis kimerítő megbeszélésével, azután egyes fejezetekben ismerteti a törésgyógyulás körülményeit és eltérő sajátságait a csöves, szivacsos lapos, kötőszövetesen képzett csontok törésekor, üzületi szövődményekben, fertőzés alkalmával, stb. Tárgyalja a csonthegképződés alakulását a különböző töréskezelési módszerek szerint. Foglalkozik a csontok azon physikai és chemiai tulajdonságaival, melyek jelentős szerepet játszanak a csonthegképződésben és a törésgyógyulásban. A táplálkozásnak, a vitaminok és hormonok jelentőségének az ismertetése az idevonatkozó igen bő irodalom feldolgozásával hű képét adja a kérdés jelenkori állásának. Végül az álizületképződésre és a beteg csont gyógyulására vonatkozó irodalmi adatokat foglalja össze. Annak ellenére, hogy a könyv 367 lapos, az irodalomjegyzékkel együtt, nem mondható terjengősnek, tárgyalási módja igen világos, könnyen érthető, a levont conclusiók józan kritikára vallanak. Mint fentebb említettem, a kérdésre vonatkozó, főleg az utóbbi három évtizedben felmerült igen sokirányú, sokszor ellentmondó irodalmi adatnak a rendezésére, feldolgozására és kritikai méltatására nagy szükség volt s ezt a feladatot W. Block nagy szorgalommal, derekasan oldotta meg.

Bakay Lajos prof.

Die Verätzungen des Auges. *O. Thies.* (F. Enke, Stuttgart. 101 old.)

A mű eltér a Lewin és Guillery beosztásától, mert azt, hogy mily könnyű vagy súlyos a maródás, azt a következő öt factor határozza meg: a) a maró anyag chemiai összetétele, b) a concentratio, c) a szembe jutó anyag mennyisége, d) a behatás tartama, e) az erő, amellyel a szembe csapódik. Ezek a factorok határozzák meg a maródás formáját is a szemen. Leírja a szemkörnyéki sérüléseket is, majd a szemsérülések formáit s a maródási sérülések lefolyását és complicatióit. Felhívja a figyelmet a nagyobb terjedelmű bőr-maródás és égés után jelentkező jóindulatú neuritis retrobulbarisra. A maródások keletkezésében főkép az ipari sérülésekre mutat; merényletképpen okozott maródás gyakorlatában csak egyszer fordult elő s az irodalomban sem igen találhatók ilyen esetek. (Véleményem szerint ez nem állja meg a helyét.) A részletes tárgyalásban öt csoportot különböztet meg. Ezek: savsérülés, alkaliák, ammoniák, mész és egyéb anyagokkal történt sérülések. Egyenként tárgyalja e csoportokat, kiemelve az ammoniák vegyületeivel okozott sérülések súlyosságát. Az egyéb anyagok között az aetherikus olajok, anilinfestékek, azok között a tintaceruzasérüléseket, alkohol, sublimát, ezüstsók, valamint a harcigáz által okozott maródásokat ismerteti. Külön tárgyalja a bőr- és külön a szemsérülések kezelését. Nem híve a szemkörnyék bőrén a korai plastikának, hanem a forradásképződés bevárását javasolja. Néhány plastikai operatiójának eredményét fényképfelvétellel érzékelteti s kitér a műtéti technika ismertetésére is. Ismerteti a symblepharon elleni műtéti eljárásokat. Híve a korai transplantatiónak, anyagként legjobbnak a szájnyálkahártyát tartja. Ismerteti és kiemeli Denig munkásságát és érdemeit a korai transplantatio elfogadtatásában. Ismerteti az állatkísérleteket, melyeket a marási sérülések tanulmányozására többen végeztek. Felsorolja a korai transplantatiós eredményeket és megállapítja, hogy manapság már ennek áldásos hatása be van bizonyítva. Végül a marási sérülések elleni védekezés módjait sorolja fel.

A munka a marási sérülésekben szakavatott szemorvos tapasztalatainak gyüjteménye, melyben más szerzők tapasztalatait is igyekszik megismertetni és tekintetbe venni. Sok eset lefolyásának ismertetésével, számos ábrával és irodalmi adattal világítja meg mondanivalóját és hasznos útmutatóul szolgál nemcsak a marási sérülésekkel ritkábban találkozó szemorvosok számára, hanem hasznos olvasmány az e kérdésben gyakorlottabbak részére is.

Horváth Béla prof.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

A has kopogtatása.

A diagnostikai tankönyvek szerint a has felett váltakozó dobos a kopogtatási hang, kivéve, ha bármily eredetű folyadék (exsudatum, transsudatum) vagy daganat tompulatot okoz. Ilyen esetekben a kopogtatás *topographikus*, amennyiben, ha nem is szervhatárokat, legalább is a kóros tompulat sokszor diagnostikailag is igen jellemző határát igyekszik meghatározni, pl. ascites esetében.

Lényeges különbség van azonban a mellkas és a has topographikus kopogtatásának technikája között. Mikor ugyanis a mellkason kopogtatva, a szerveknek a mellkasfallal érintkező határát állapítjuk meg, pl. absolut szívtompulat vagy tüdő-májhatár, stb., akkor elegendő e célból a *leggyengébb* kopogtatás: a mellkasra csak ráhelyezett, de nem ráfeszített kopogtatott ujjat oly gyengén ütjük a kopogtató ujjal, hogy a léghang a tüdő felett éppen hallható. Erre az eljárásra azért van szükség, mert a szervhatárok nem merőlegesek a mellkasfalra, hanem ferdén érik azt és a tüdő elvékonyodó szélének határát csak akkor határozhatjuk meg, ha a kopogtatással rezgésbe hozott terület úgy mélységben, mint szélességben minél kisebb kiterjedésű. Az elmondottak természetesen a has kopogtatására is érvényesek, de hozzá kell tenni még valamit. A mellkas csontos váza (a bordák) megakadályozza, hogy a szerveknek a mellkasfallal érintkező határát kopogtatás közben eltoljuk, míg a hason, ha nem ügyelünk, a kopogtatott ujj a puha hasfalat benyomja és ezzel együtt a szervhatárokat eltolja. Ezért ha a hasiszerveknek a hasfallal érintkező határát akarjuk meghatározni, a bordák pótlására a kopogtatott ujjat *egészen merev* tartásban és a legkisebb nyomás nélkül helyezzük a hasfalra, ugyanolyan gyengén kopogtatva rajta, mint a mellkason. Ettől a technikától csak akkor szabad eltérni, ha a hasfal zsírlerakódás vagy oedema folytán igen vastag, amikoris az éppen léghangot adó leggyengébb kopogtatást használjuk, és pedig először a később említendő praedilectiós helyeken. A lógó hasfalnak az inguinalis tájék és a symphysis feletti duplicaturája természetesen csak tompa hangot adhat.

Ez az eljárás adja meg legjobban és legélesebben az ascites ismert határát és ennek segítségével határolhatjuk el egymástól a gáztartalmú hasiszerveket is. A diagnostikának ez a területe meglehetősen elhanyagolt, elsősorban kétségtelenül a röntgeneljárásnak nagy szerepe miatt a hasi diagnostikában. A gáztartalmú hasiszervek vizsgálatában igen nagy lépés volt a gyomorhólyagnak *Korányi Sándor* által leírt kopogtatása. A gyomor levegőtartalma annak legmagasabb pontján helyezkedvén el, álló helyzetben a rekesz alá kerül és csak fekve kopogtatható ki, rendszerint kerek gázhólyag alakjában, a régen *Traube*-féle térnek nevezett területen, legalább is normalis körülmények között. Tágult és atoniás gyomor esetében ugyanis a hasnak bordák által nem fedett részébe is juthat.

Ettől eltekintve, a has felett kopogtatással nyert dobos hangot a belek gáztartalma okozza, kivéve, ha perforatio folytán gáz kerül a peritoneum ürébe. Minthogy a dobos hang közel áll a zenei hanghoz és így magassága jól megkülönböztethető, *különböző hangmagasságú* területeket találunk egymásmellett. A hangmagasság egyrészt a rezgésbe hozott gáztömeg legnagyobb átmérőjétől függ: minél nagyobb az átmérő, annál mélyebb a hang, ezért a vékonybél felett magasabb, a vastagbél felett pedig mélyebb az, tágult részek felett természetesen szintén mély, bármely bélrészről is van szó. Másrészt pedig minél nagyobb *feszülés* alatt áll valamely bélrészlet, annál magasabb a hang.

A vékonybélben normalisan nincs nagyobb mennyiségű gáz, csak kóros erjedés vagy passagezavar esetében, a gázképződés ezért jórészt csak a vastagbélben történik, és pedig annak is elsősorban kezdeti részében, a coecum és ascendensben, ahol az a meg nem emésztett celluloseból a bélbakteriumok hatására keletkezik (kisebbrészben fehérjékből), amihez az alkalmat a béltartalomnak ezen helyen hosszabb időzése adja. Aránylag és absolute kis mennyiségű szilárd anyagból aránytalanul nagy mennyiségű gáz keletkezik, legalábbis ennek térfogatát tekintve, amint azt egyszerű számítás mutatja. Ennek legnagyobbrésze felszívódik és főleg a tüdőn át távozik, amennyiben meg nem kötődik, kisebbrésze per anum távozik.

A fenti technikával normalisan a vastagbél gáztartalmát kopogtatjuk ki, melynek elhelyeződése elég typikus és mély hangjánál fogva jól elhatárolható. A has jobboldalán a coecumtól a jobb bordaívig terjedő területen vagy ennek csak egy részén ez esetben leggyakrabban alul találunk ilyen léghangot és ezenkívül a bal bordaív alatt, tehát a bal flexura táján, helyesebben a descendensben. Hogy utóbbi helyen nem a gyomor légtartalmának esetleg a gyomorhólyagtól tompa terület által elválasztott részéről van szó, azt a hangnak különböző magassága bizonyítja. Ezenkívül nem ritka az epigastriumban fenti két helyet teljesen vagy részben összekötő dobos sáv, ami a transversumnak felel meg. A határ annyira éles, hogy pl. a coecum és ascendens mozgását a dobos hang helyzetváltozásával követni lehet. Rendszerint az axillaris vonalaknak megfelelően és még kissé hátrább is ugyancsak mély dobos a kopogtatási hang egyik vagy másik vagy mindkét oldalon, de leggyakrabban baloldalt. Összefoglalva a jobb felső és alsó, valamint a bal felső quadransban találjuk normalisan a colon gáztartalmát. Ha azonban a *bal alsó quadransban* is van a colonban gáz, akkor az *biztosan pathologikus* és legalább is obstipatiót, meteorismust vagy a gyakran panaszokat okozó rendellenesen hosszú sigmakacsot jelenti. Ágyban fekvő beteg gyakran obstipál és ilyenkor a bal alsó quadrans sonorus kopogtatási hangja ezt meg is mutatja, aminek legjobb bizonyítéka, hogy hashajtóra vagy beöntésre onnan eltűnik (míg a többi említett helyen megmarad), újabb obstipatió esetén pedig újra megjelenik.

A has különböző helyén a colon egyes részeinek megfelelő, sonorus kopogtatási hangot adó területek hangmagassága nem egyforma, mert egymástól iso-

lált, különböző átmérőjű és különböző feszülés alatt álló gázhólyagokról van szó.

Tekintve, hogy a gázok röntgenvizsgálattal jól kimutathatók, kívánatos volt a kopogtatási lelet ezirányú ellenőrzése. Teljes megegyezés nem várható ugyan, mert röntgennel oly gázgyülem is látszik, ami a kopogtatás számára hozzá nem férhető helyen fekszik, így a colonnak a máj vagy lép alatt fekvő, valamint a mélyebben elhelyezett és a hasfallal közvetlenül nem érintkező része. Másrészt pedig a vázolt kopogtatási technikával a vékonybélben esetleg lévő gáz sem mutatható ki, mert az ugyancsak mélyebben fekszik és a cseplesz is fedi. Mindezen, különböző mélységű síkban elhelyezett gázgyülem ráprojiciálódik a lemezre, míg a kopogtatás csak a hasfalhoz közvetlenül odafekvő részeket mutatja ki.

A bél gáztartalmát és ennek elhelyezkedését röntgenvizsgálatkor normalis esetben nem igen szokás tekintetbe venni, az csak excessiv mennyiség esetében tűnik fel és csak kóros esetben fordítanak rá különös gondot. A hasiszervek szokásos röntgenvizsgálata során inkább zavar a gáztartalom, és pedig legjobban vesefelvételkor, amiért is vizsgálat előtt igyekeznek azt lehetőleg eltávolítani. Ha ez nem vagy csak részlegesen sikerül, akkor a felvétel a kívánt cél szempontjából használhatatlan. Minthogy azonban a vesefelvétel ugyanúgy háton fekve történik, mint a has vázolt kopogtatása, és pedig a kopogtatás irányának megfelelő ventrodorsalis sugáriránnyal, a gáztartalom vizsgálatához éppen ezek a »használhatatlan« felvételek felelnek meg, ha eltekintünk attól, hogy a gázhólyagok kissé megnagyítva kerülnek a képre. Egyetlen hiba, hogy kövér egyéneken compressiót szokás alkalmazni, ami a gázhólyagok helyét megváltoztatja, míg sovány egyénről készült kép a normalis viszonyokat mutatja.

Bizonyos fokig zavarja a gáznak kopogtatással végzett localisatióját a colon lefutásának a normalis átlagtól elég gyakori eltérése. Eltekintve a coecum mobiletól, mely helyzetét mesocoecuma folytán változtathatja, elég gyakori fejlődési rendellenesség, ha az eredetileg a jobb hypochondriumban lévő coecum descensusa elmarad, az ascendens nem is fejlődik ki és ilyen módon nincs jobb flexura sem. Mindez azonban csak a gáznak az egyes bélrészekbe localisatióját zavarja, de annak vázolt praedilectiós elhelyezkedését nem befolyásolja. A röntgeneljárással viszont, eltekintve a coecum változó helyétől, jobboldali isolalt gázhólyagról nem mindig lehet megállapítani, hogy melyik jobboldali colonrészben van, ha csak annak nagyon magas vagy nagyon mély elhelyeződése, vagy a transversumban lévő kisebb-nagyobb gázmennyiség nem ad útmutatást a flexura coecum, illetőleg colon ascendens helyzetét illetően.

Ilyen szempontból nézve át 70 vesefelvételt, csak a bal flexurában és ennek szomszédságában volt gáz 18, csak jobboldalt 9, mindkétoldalt 13 esetben. A többi esetben szerepel valamelyik flexurával együtt az ascendens vagy coecum és 4 esetben a descendens vagy sigma. Párszor az ampullában is volt gáz, ami a kopogtatás számára éppen úgy nem hozzáférhető, mint a bordák alatt fekvő bal flexura, tehát a bal hypochondriumban talált dobos hang a *descendenstől* származik.

Önmagában, de inkább más bélrészekkel együtt 16 esetben volt a transversumban gáz, amit szintén kilehet kopogtatni, kivéve, ha ptotikus, vagy ha a cseplesz (kövérekben) vagy a telt gyomor elfedi, de kétségtelen, hogy a duplicaturák miatt a két flexura tája jobban kopogtatható.

Előfordul az is, hogy a felvételen baloldalt a flexura mellett még a gyomor szomszédos részében és a vékonybélben is volt gáz, utóbbiak azonban a has kopogtatása szempontjából nem jönnek szóba.

A jobb flexura legtöbbször igen mélyen, sőt jóval a máj alatt fekszik, ezért is nehéz a coecumtól kopogtatással elkülöníteni.

A két vizsgálati módszer mindamellett nagyjából azonos eredményű a vázolt methodikai különbség ellenére is, mert a gázgyülem rendszerint nem szorítkozik körülírtan a csupán a röntgen számára hozzáférhető területre és mert normalisan a vékonybél gáztartalma elhanyagolhatóan csekély.

Kóros körülmények között a leírt kopogtatási lelet természetesen megváltozik és pedig elsősorban akkor, ha valamely bélrész kiürülése gátolt, így chronikus vagy acut ileus esetében, amikor is mindegy, hogy az ileus mechanikus vagy dynamikus eredetű-e. A tágult hypersonorus hangot adó bélkacsok a has bármely részében lehetnek, rendszerint körvonaluk is kirajzolódik a puffadt has falára, de a látható, esetleg tapintható és egymástól kopogtatással is elkülöníthető bélrészek átmérőjéből egyáltalában nem lehet arra következtetni, hogy melyik bélrészben van a szűkület, illetve a passage-zavar oka, mert ilyenkor pl. a vékonybél is akár karvastagságúra tágulhat, viszont tágult bélrészlet éppen feszülése folytán a normalistól egészen eltérő helyre kerülhet. Ha a tágult bélrész egészen lateralisan fekszik, akkor inkább a colonra kell gondolni, más helyen azonban éppúgy lehet szó vékony-, mint vastagbélről, mert az utóbbinak tágult része, pláne, ha a sigmáról van szó, éppúgy kerülhet pl. a has jobb alsó quadransába, mint az epigastriumba. Amennyiben az állapot megengedi a röntgenvizsgálatot, akkor ennek segélyével legtöbbször megállapítható, hogy melyik bélrész tágult, illetve, hogy hol van a szűkület helye, de még így sem minden esetben. Teljesen elegendő tehát, ha a kopogtatási lelet az ileus gyanúját kelti fel, mert az ilyen eset, ha az ileus mechanikus eredetű, amúgy is csak műtéttel oldható meg.

Schill Imre dr.
egyetemi magántanár.

A hugyszervi rendszer egységes szemlélete urologiai betegségekben.

A húgyszervi rendszer anatomiai felépítésének, valamint működésének és kórtani elváltozásainak egységes szemlélete és a látszólag különálló anatomiai részek egymásra kifejtett hatásának megítélése főleg csak a legutóbbi két évtizedben alakult ki az urologiában. Ezért ajánlatos a kérdéssel gyakorlati szempontból is foglalkozni, hogy az orvosi köztudatban is általánossá váljék ez a felfogás. Így majd másként látja a házi- vagy nem szakorvos az egyes húgyivarszervi betegségeket, másként tudja értékelni a kórtüneteket és az esetleges következményeket, mint eddig.

Azelőtt a vese, a vesemedence és ureter, a hólyag, valamint a prostata, ondóhólyag és húgycső megbetegedéseiben külön-külön főleg helyi jelleget

láttak és a helybeli gyógyításon túl kevésbbé foglalkoztak annak a húgyszervi rendszer távolabbi részeire is kifejtett hatásával. Ez az eljárás sok esetben természetesen nem fedhette a kórállapotnak megfelelő valódi tényállást. Ma már tudjuk, hogy a húgyszervi rendszer bármely részében lezajlott betegség nem tekinthető magábazárt, helyileg élesen elhatárolt folyamatnak, hanem az tulajdonságai szerint a rendszerben felfelé vagy lefelé, esetleg mindkét irányban messze tovaterjedő károsodást és kórelváltozást okozhat. Ennek magyarázata az, hogy a húgyivarszervek egymással úgy fejlődésileg, mint működésileg, de kórtanilag is szorosan összetartoznak és így mindig fennáll a lehetőség arra, hogy egy helyi megbetegedés távolhatást fejthessen ki. A rendszer sokféle működése magában foglalja a vizeletkészítés, tovaszállítás, tárolás és kiürülés valamennyi szakaszát és állapotát. Az egész folyamatot nemcsak a vérerek útján a veséhez szállított anyagok és a rendszerhez vezető ingerek szabályozzák, hanem az annak belsejében lejátszódó élet- és kórtani körülmények, valamint állapotok is. Így pl. erősen telt hólyag mellett a vese vizeletkiválasztása és a húgyvezető vizeletszállítása csökken addig, amíg a hólyag kiürítése meg nem történik. Az élettani egyensúly bármilyen megbontása a rendszerben működési és alaki elváltozásokat idéz elő, legtöbbször nemcsak a megbetegedés helyén, hanem távolabb is. Ezek az elváltozások a rendszer nagyfokú alkalmazkodási képessége folytán eleinte a physiologikus és reversibilis határok között mozoghatnak, de hosszabb fennállás után vagy súlyosabb megbetegedésben állandósulnak és fokozódnak. A húgyszervi rendszer anatomiai és élettani felépítettsége bizonyos mértékig elhatárolja az egyes területeket, amennyiben az izomzárak egészséges szervezetben az egyes szakaszok között (húgycső, hólyag, ureter, pyelum) valóban fennálló és elkülönítő határt képeznek. Súlyosabb kóros elváltozásokban azonban ezek az anatomiai zárak és határok nem lesznek akadályai a betegség tovaterjedésének

A húgyszervi rendszert tehát mindig, mint egységet kell tekinteni, melynek részei sem működésileg, sem kórtanilag éles vonallal el nem választhatók. Ha ebből a szempontból figyeljük most már az egyes betegségeket, akkor gyakran megtaláljuk annak kihatását a szomszédos, de sokszor a legtávolabbi urogenitalis területre is. Röviden végigmenve a leggyakoribb urologiai betegségcsoportokon, gyakorlatilag is megállapíthatjuk ezen álláspont helyességét.

A fertőzéses, gyulladásos megbetegedések között a legismertebb a hólyaghurut és vesemedencelob. Egyszerű hólyaghurut mellett is mindig megvan a kórtani lehetősége annak, hogy a fertőzés nem rögzítődik csupán a húgyhólyag területére, hanem, amint az a gyakorlatban sokszor előfordul, folyamatosan továbbhalad felfelé vagy pedig látszólagosan egyes részeket átugrik és a magasabb húgyutakban is megbetegedést okoz. A fertőzés nemcsak a nyálkahártya folytonosságában és a vizelettel történhetik, hanem a nyirok és vér útján is. Heveny hólyaghurutot kísérő görcsök a nyálkahártya megrepesztésével a fertőző csiroknak megnyitja a hólyagfenék és ureterszájadékok körüli igen bő nyirokérhálózatot, ahonnét azok a felső ureterszakaszokhoz, a vesemedencéhez és a veséhez is eljuthatnak anélkül, hogy a fertőzött vizelet a hólyagból közvetlenül a felső húgyutakba került volna. A vesemedencegyulladás sem értelmezhető csupán saját területére korlátozódó lobosodásnak, mert az felfelé a vese szövetállományára, lefelé az ureterre és hólyagra különböző mértékben ráterjedhet. A pyelitis, pyelonephritis és súlyos genyes vesék között csak fokozati különbségek vannak. Gyakorlati szempontból a pyelitist a pyelonephritistől elválasztani sokszor igen nehéz, mert a valóságban minden vesemedencegyulladás, különösen annak idült alakja, a vesékre is ráterjed. Fertőzéses megbetegedésben a feltűnő kórtünetek sokszor már nem is az elsődleges megbetegedés helyét jelzik, mert azok jelentőségükben erősen háttérbe szorulnak a következményes és a húgyszervi rendszer távolabbi részein fellépő szövődmények mellett. Így pl. egy egyszerű hólyaghurutnak induló megbetegedés később idült vesemedencelob, vesegenyedés, másodlagos hólyag- és vesekő keletkezésének oka lehet. A legalsó húgyutak és függelékeinek (húgycső, prostata, ondóhólyag) fertőzéses betegségeiben is ugyanez a viszony áll fenn a magasabb részekkel kapcsolatban. Idült prostatitis, spermatocystitis az ureterfal megbetegedését, tágulását, merevségét hozhatja létre, idült pyelitist tarthat fenn, sőt kiinduló góca lehet súlyos vesegenyedésnek és vesekörüli tályognak. Megfordítva idült húgycsőhurut tüneteinek oka igen sokszor a függelékes szervek megbetegedéseiben található meg.

Egy második csoport, ahol az egymásrahatás különösen szembetűnő, a húgyszervi rendszerben keletkezett vizelettorlódás és rendellenes felhalmozódás (retentio urinae, hydroureter, hydronephros, atoniás pangás stb.). Az akadály feletti szakaszokon megbomlik a működési (hydrostatikus és dynamikus) egyensúly és úgy a vizeletkészítésben, mint az élettani tovaszállításban zavarok keletkeznek. Minél mélyebben — tehát az alsó húgyutakban — helyezkedik el az ok, amely a pangást előidézi, annál súlyosabbak és kétoldalra terjedőek az elváltozások. Legszembetűnőbben észlelhető egy peripherikus akadálynak az egész rendszerre kifejtett hatása pl. idült és nem kezelt teljes húgycsőszűkület vagy előrehaladott és nagyfokú rententióval járó prostatahypertrophia mellett. A tágult, retentiós hólyagból tátongó ureterszájadékokon át kacskaringós, kisujjnyi vastag ureterek vezetnek fel a megnagyobbodott vesemedencéhez, amelybe a bunkósvégű, szélesnyakú kelyhek nyílnak. A vizelet retrograd pangása és az állandóan fokozott intrapelvinalis nyomás a vese szövetállományát is nagy fokban elvékonyítja és pusztítja. A pangáshoz könnyen társuló fertőzés ezeket a tüneteket még jelentékenyen fokozhatja. Ilyen esetben nemcsak a húgycsőszűkületet és prostatahypertrophiát vagy általában a fennálló hólyagkiürülési akadályt kell meglátni, hanem a helyi megbetegedés mögé is kell tekinteni, mert a következményes elváltozások sokkal súlyosabban esnek latba, mint a kiváltó ok. A peripherikusan meginduló kórfolyamat a fenti példában a húgyszervi rendszerre kifejtett távolhatásával végeredményben a vese szövetállományának elpusztulását és uraemiát idézhet elő.

Egy következő betegségcsoport, amely világosan utal arra, hogy megint csak az egész rendszert kell áttekinteni, ha azt akarjuk, hogy kórismei és kórjóslati véleményünk megközelítse a való állapotot, a húgykövek. Ezekről tudjuk, hogy általában a vizeletrendszernek bármely helyén képződhetnek és nem maradnak mindig eredeti helyükön, hanem vándorolnak a húgyszervi rendszerben, leggyakrabban a természetes útnak megfelelően, felülről lefelé. Egy időben többszörös kövek is keletkezhetnek úgy az egy, mint mindkét oldali vesében is. A hólyagkövek

legnagyobb százaléka pedig a vesékből lejutott kisebb kövecskékből fejlődik tovább. Hólyagkő kórismézésekor tehát nem elégedhetünk meg csupán ennek a megállapításával, hanem azt is keresni kell, hogy a magasabb húgyutakban nincsen-e még tünetet nem okozó ureter-vesekő? Általában kőlelet mellett a húgyszervi rendszer minden szakaszát át kell kutatni kő után. Egy kő puszta jelenlétével, még ha tünetmentes is, állandó és fokozódó ártalmat képez egyrészt helyileg, mert izgalmat és lobosodást tart fenn, másrészt távolhatásában is, mert a rendszer működését károsan befolyásolhatja. Ezért azt is meg kell vizsgálni, hogy a kő mennyiben betegítette meg a fölötte lévő rendszert. Megakadt ureterkő mellett kíváncsiak vagyunk arra is, hogy a kő mennyiben zárja el az ureter nyílását, működik-e a vese, avagy milyen mértékű annak csökkenése? Ezenkívül fennáll-e fertőzés vagy sem? Hosszabb ideig tartó tünetmentesség ellenőrzés hiányában félrevezetheti az orvost, mert látszólagos jó közérzet mellett egy hosszabb ideig kő által teljesen lezárt vese tönkremehet. A szövetállomány elpusztító és főleg a fertőzött vesekő a másik oldali vese működését is sértheti. A húgykövek helybeli meghatározása tehát a teljes kórismézéshez még nem elegendő, mert a kórfolyamat legtöbbször nem önmagában álló, hanem érinti a többi részeket is.

A húgyszervi rendszer betegségeinek egységes szemléletéhez a korszerű urologiai vizsgálatoknak és klinikai megfigyeléseknek összevetése vezetett. A példákat azért soroltam fel, hogy ne elégedjünk meg csupán a legszembetűnőbb helyi elváltozások kórismézésével, hanem szükség szerint az egész rendszerre terjesszük ki a vizsgálatokat, mert csak így nyerhető áttekinthető és pontos kép a betegség valódi állapotáról.

Noszkay Aurél dr.
OTBA h. főorvos.

Kérdés — felelet!

Kérdés: *a)* Az úgynevezett provocatiós Wassermann-reactio céljából mennyi idővel ajánlatos vért venni a provokáló (Wassermann) neosalvarsan injectio alkalmazása után?

b) Primaer sclerosis miatt (spirochaeta lelet +; Wasserman —) kezelésbe vett egyén meggyógyítható-e egyetlen erélyes kúrával, mely 5 gr. neosalvarsan + 12 drb. Medobis injectióból állott. Milyen időközökben és hányszor indokolt ilyen esetben ellenőrző Wasserman-vizsgálatot végeztetni?

c) Az intramuscularisan adott **solusalvarsan**-kúra megfelelő adagolásban teljesen egyenértékű-e az intravenás neosalvarsan-kúrával?

D. K. B.

Felelet: *a)* Határozott szabály erre nézve nincsen. Mégis az általános tapasztalás amellett szól, hogy legjobb a serologiai vizsgálatot a provokáló salvarsan-injectio utáni 3—6. napon elvégezni. Negativ reactio esetén a serologiai vizsgálatot a 10—14. napon meg kell ismételni. Régi lues esetén óvatosságból jó a serologiai vizsgálatot 4—5 héttel később újból elvégezni, mert ilyenkor az esetleges positivra forduláshoz több időre van szükség.

b) Erről a kérdésről kimerítően szól majd az e lap hasábjain legközelebb megjelenő előadásom.

c) Megfelelő adagolással az intramusculárisan adott solusalvarsan gyógyító hatása nagyjában egyenértékű az egyéb jó salvarsanokéval, de a kivételes ártalmak szempontjából tapasztalásom szerint a szükséges óvatosság még nagyobb legyen.

Guszman prof.

Kérdés. Két különböző községben egy 56 éves férfi és egy 68 éves nő ugyanazon tünetek között betegedett meg: hirtelen, munkaközben villámszerű fejfájás; megtántorodtak, majd elestek. Eszméletüket nem vesztették el. Majd kínzó főfájás, csillapíthatalan hányás, nyugtalanság jelentkezett. Hidegrázásuk nem volt, csak a férfi borzongott. Mindkettőn herpes labialis, kifejezett tarkómerevség, tág pupillák, positiv Kernig-tünet. 24 óra mulva az alsó végtagokba kisugárzó idegfájdalmak, enyhébb rángások. Hőmérséklet 37.8° C körül. A liquor közepes nyomással ürül, véres. A gerinccsapolás után a főfájás szűnik, hányás elmúlik. A tarkómerevség a 10—11. napra enged fel. A 14—16. napon gyógyultnak mondhatók. Vizeletben semmi kóros. Pulsusszám a főfájás fokozódásakor percenként 64. Liquorvizsgálat: tárgylemezkészítményben a vérnek megfelelő alakelemeken kívül vegyes, főleg Gram-positiv bacillusokból álló flora; meningococcust tenyésztéssel sem lehet kimutatni. Therapia volt: ultraseptyl izomba, majd belsőleg cardiazol, jégtömlő a fejre, nyugalombahelyezés, lumbalis punctio. Mi itt a diagnosis, volt-e a klinikán vagy fertőzőosztályokon hasonló megbetegedés?

B. I.

Felelet. A leírt két eset tünetei a subarachnoidealis vérzés kórképének felelnek meg. Ennek aetiologiája igen különböző lehet: kiválthatják uraemia, fertőző betegségek (meningitis epidemica, scarlatina, typhus), sepsis, eklampsia, epilepsia, mérgezések (CO, P); vérzés indulhat meg továbbá tumorból vagy agyalapi aneurysmából; végül előfordulnak ú. n. idiopathiás vérzések is vasoneurotikus vagy angiospastikus alapon az érfalak kóros áteresztékenysége folytán.

Teljes bizonyossággal a megadott tünetek alapján a két eset aetiologiáját tisztázni alig lehet. Leginkább idiopathiás vérzés vagy vérzéses meningitis epidemica között ingadozhat a diagnosis. A herpes utóbbi mellett szól.

A közelmúlt járvány alatt osztályomon 4 hasonló esetet észleltünk s kórházunk másik osztályáról Nádosy 5 esetet ismertetett (Népegészségügy, 1940.). Hirtelen apoplexiaszerű kezdet, kínzó halánték-, homlok- és tarkófájás, makacs hányinger és hányás, nyugtalanság, deliriumok, tág pupillák, az alsó végtagokba kisugárzó heves fájdalmak és a meningealis tünetegyüttes mellett kivétel nélkül nagykiterjedésű herpes fejlődött ki; gerinccsapolással pedig egyenletesen véres liquort kaptunk. A későbbi csapolások során a liquor vörhenyessé s a gennyseitektől moslékossá vált, majd xanthochromia állt be. Meningococcust csak az esetek felében sikerült kimutatni, a másik két esetben a járvány fennállásából, a herpesből, a gennyes liquorból és a csökkent szintű vagy hiányzó liquorcukorból következtettünk járványos meningitisre.

Valamennyi betegünk felnőtt volt s vérnyomásuk csaknem kivétel nélkül magas volt (180—200 Hg/mm). Mind a négy meggyógyult s a Nádosy leírta öt beteg közül csak egy halt meg.

A meningitisnek ezt a viszonylag jóindulatú haemorrhagiás alakját a könyvek alig említik: úgylátszik ritkaság. Aránylag nagyobbszámú előfordulását, tekintettel a kórforma és a magas vérnyomás feltűnő kapcsolatára, talán azzal magyarázhatjuk, hogy a mult járványban szokatlanul nagy számban betegedtek meg idősebb felnőttek.

Kalocsay Kálmán dr. egy. magántanár, közkórházi főorvos.

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

Uricedin

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

Magyarországi vezérképviselet:

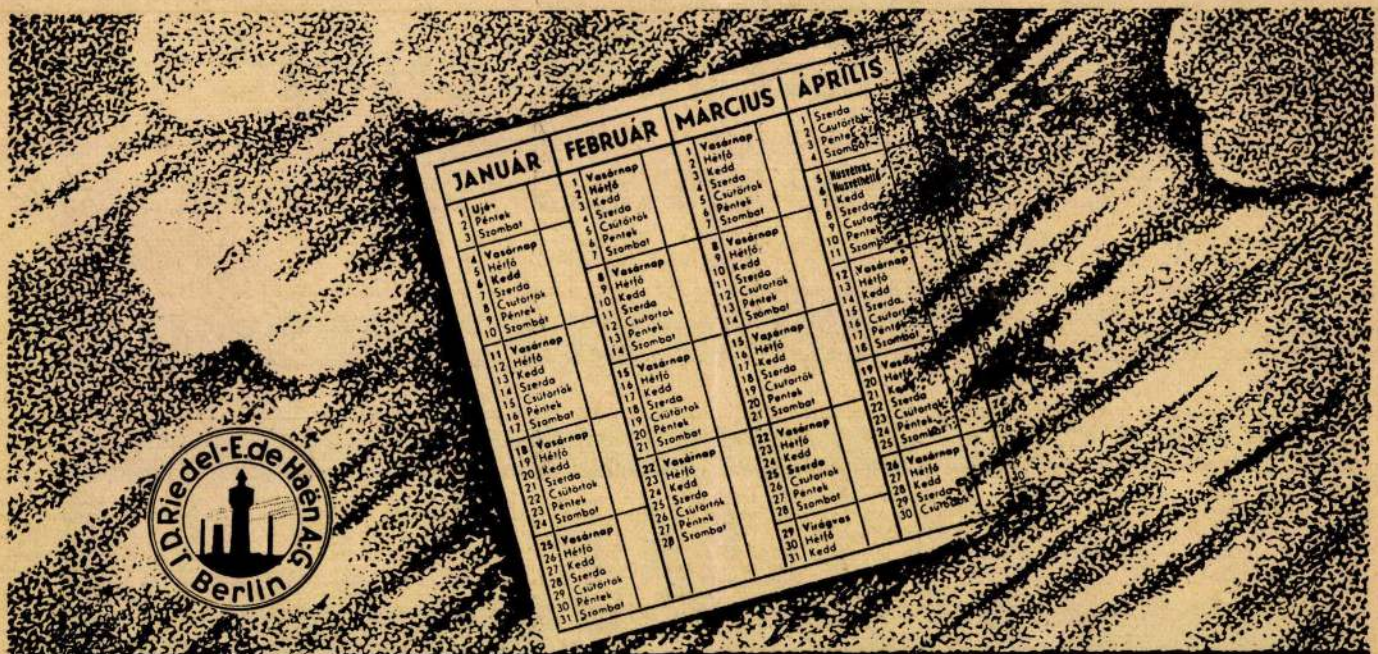
Medichemia Gyógyszerkészítmények Gyára R.T.

Budapest, X., Hölgy-ucca 14

J. E. Stroschein

Chemische Fabrik K. G.

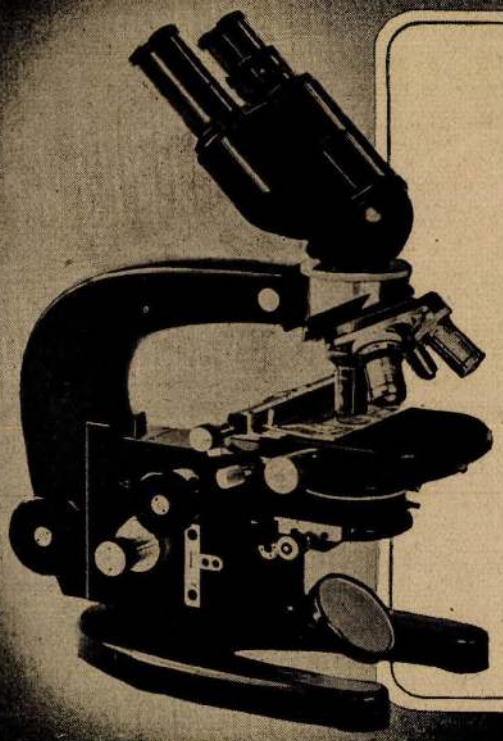
Berlin



SALIPYRIN

INFLUENZA, MEGHŰLÉSEK ÉS RHEUMATISMUSNÁL

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



ZEISS

MIKROSZKÓPOK

legújabb kivitelben

monokuláris vagy binokuláris
ferde tubussal

Az új Zeiss L-tipusú mikroszkópok különös jellegzetessége a mélyenfekvő hajtócsavarok, melyekkel a beállítás nyugodt, biztos és kényelmes.

CARL ZEISS JENA

Prospektust és ajánlatot küld
a magyarországi vezérképviselő:

JURÁNY HENRIK BUDAPEST, IV., VÁCI-UTCA 40. TELEFON: 183-092

LEANDIN-CHINOIN

A NERIUM OLEANDER LEVELEINEK ELKÜLÖNITETT GLYCOSIDJA

DIGITALISHATÁSÚ CARDIACUM

Solutio, 15 kcm üveg
Tabletta, 15 drb.
Suppositorium, 5 drb.

SPASMOTROPIN

Az ideális magyar spasmolyticum.

Ulcus ventriculi et duodeni. Hyperaciditas. Cholelithiasis. Angiospasmusok.

12 Tabletta phiola P 2.20
25 Tabletta üveg P 3.80

MEDICHEMIA

MEDICHEMIA R.T. BUDAPEST X.

Szovjet-orosz egészségügyi viszonyok.

Írta: *Dajbukát Jenő dr.*

A szovjet egészségügyi viszonyokról és egyéb állapotokról is mostanáig igen keveset vagy semmit sem tudtunk. Amit a külföld számára közöltek, az mind a hírverés, szépítés céljait szolgálta. Mint az egyik honvédtüzérosztály orvosának hat hónapig alkalmam volt személyes tapasztalatokat szerezni, amit kiegészítettem adatgyüjtéssel. Az adatokat értelmes emberektől — tanító, tanár, mérnökemberektől, orvosoktól, felcserektől — szereztem be és azokat egybevetve dolgoztam itt fel. Sok orvossal beszéltem, de egyikük sem tudta megmondani, hogy hány orvos van a szovjet államokban? Csak a legszükebb környzetükben ismerték az orvosok, az egészségügyi személyzet, a kórházak stb. számát. Ez a beszűkült látókör egyébként jellemző minden szovjet polgárra, bármi legyen a foglalkozása és műveltsége, ami a célzatos és egyirányú nevelés következménye. A hivatalos orosz kimutatás szerint 110.000 orvos működött az utóbbi években az egyesült köztársaságok területén. Ha a lakosainak számát kereken 192 milliónak vesszük, akkor 1745 lakosra esnék egy-egy orvos. Nálunk ezer lakosra 1.2 orvos jut. Ha ez az adat igaz lenne, akkor az egészségügyi, orvosi ellátottságát a Szovjetúniónak jónak lehetne mondani. De még akkor is, ha a felcsereket, akikből több van, mint orvos, ide számítjuk, — mint ahogy az orosz hivatalos kimutatás is tette — nem lehet igaz az előbbi szám. Ukrajnában, amely a legnépesebb tagállam volt, 5—10 ezer lakosú falvak voltak, ahol nemhogy orvos, de felcser sem működött.

Az orvosok itt is inkább a városokban, városokhoz, vasúthoz közel igyekeztek elhelyezkedni. Bizonyos, hogy az ázsiai részeken, Szibériában még rosszabb lehetett a helyzet, ott orvos- és felcserhiány volt. A visszavonuló hadsereg is mindig igyekezett az orvosokat, felcsereket magával vinni. Régi, a cári világból visszamaradt orvossal nem találkoztam. A vörös uralom az orvosokat is kiirtotta, mint ahogy kiirtotta nyomtalanul az egész régi középosztályt. Szovjet-Oroszországban 25 év alatt hivatalos megállapítás szerint 8920 orvost végeztek ki. Ennek többszöröse a száműzött és a kényszermunkában nyomorultul elpusztult, eltűnt orvosok száma. Sokan hivatásuknak lettek áldozatai. Így a cári család orvosa is, akit a családdal együtt gyilkoltak le csak azért, mert mint udvari orvos teljesítette a kötelességét az állandóan betegeskedő cári családnál. *Lewin* és *Pletow* jónevű egyetemi tanárok voltak. Mindkettő belgyógyász. Gorkij Maximot kezelték. Állítólagos megmérgezése miatt száműzték őket és könyveiket, dolgozataikat nyilvánosan elégették.

1926-ig csak kommunista munkás és földműves gyermekei lehettek orvosok. A dr. jelzést nem használták. Magánorvos nem volt. Minden orvos az államtól kapott fizetést, havonta 350 rubelt, amely minden öt évben havi száz rubellel emelkedett.

Tízévi alsó- és középiskolázás után mehettek felvételi vizsga után az orvosi intézetbe, így hívták az orvosi egyetemet. Törvény szerint minden kerületben (oblaszt) kellett egy-egy orvosképző intézetnek lenni. Ukrajnában így kb. hét orvosképző intézet működött. Hazánkban, amely lakosságra egyharmada Ukrajnának, öt orvosi kar van. Az alsófokú iskolákat jeles eredménnyel végzők felvételi vizsgát nem tettek. A felvételi vizsga tárgyai chemia, physika, anatomiai és élettani előismeretek. Az utolsó két évben angol, francia, német nyelv valamelyikéből is kellett vizsgázni. Úgylátszik, rájöttek arra, hogy orvosaik, de az egész új vörös vezetőréteg is milyen gyenge nyelvtehetség. Ritka amelyik pár szót tud valamelyik világnyelven.

Az orvosképzés öt évig tartott. Az első évben anatomiát (két félév), élettant (két félév), chemiát (öt félév), physikát (két félév) hallgattak. Tehát ugyanazon tantárgyaik voltak, mint nálunk. Kollokviumok nem voltak, csak vizsgák. Egy-egy évfolyamban 5—600-an is voltak. Már az első év elvégzése után választhattak valami szakot, amivel azután bővebben foglalkoztak a tanulmányok alatt. Anatomiai, chemiai, élettani gyakorlatok is voltak, de azok a hallgatók sokasága, a kevés munkahely miatt inkább csak bemutatásoknak számíthatók.

A II. évben gyógyszertant (két félév), élettant (két félév), kórbonctant (két félév) hallgattak. A III. évben therapiai propedeuticát, belgyógyászatot, sebészetet, szülészet-nőgyógyászatot, gyermek- és bőrgyógyászatot, szemészetet kellett hallgatni. A IV. évben a kiképzés teljesen gyakorlativá vált. Háromhetenként egy-egy beteget kaptak és annak vizsgálatát, kezelését, kórrajza megírását orvosi ellenőrzés mellett nekik kellett megcsinálni. A tanári, főorvosi betegvizsgálatok esténként voltak. Ilyenkor felváltva egy-egy betegségről anyagot kaptak, amit ott megbeszéltek, majd önképzőkörükben felolvastak.

Az ötéves tanfolyam elvégzése után államvizsgát tettek. A vizsgák másfél hónapig tartanak. Mindenkinek egy más egyetemről jövő bizottság előtt kell vizsgáznia, úgyhogy így eleve kizárták az elfogultságot és a protektiót. A vizsga elméleti és gyakorlati volt és felölelte a tanultakat. A sikerült vizsga után egy állami bizottság szükség szerint szétosztotta az orvosokat az állam területén. Mindenkinek legalább két évet falun kellett eltölteni és csak azután kerülhetett városba. A tanulmányok alatt az egyes tárgyakban kitűntek, a jelesen vizsgázottak még hároméves tanfolyamon vettek részt és itt előadókká képezték ki őket. Közülök kerültek ki a későbbi vizsgáztatók. Szakorvosképzés tulajdonképpen nem volt. Két-három évi tanulás után, amelyet meg is szakíthatott, mindenki szakorvosnak számított.

Az egyetem (orvosképző intézet) épületei nem, mint nálunk, egy csoportban, hanem a város más és más részében szétszórva feküdtek.

Az orvosképzés nem, mint nálunk, klinikákon, hanem kórházakban történt. A hallgatóknak így sok idejét elvette a szanaszét fekvő kórházak, osztályok látogatása. A szovjet alkotmány értelmében mindenki anyanyelvén tanulhatott, de ez csak papíron volt meg. Valójában mindenütt és mindenben oroszosítottak. Így az előadások nyelve is nagyorosz úgy az alsóbb, mint a felsőbb fokú iskolákban.

A tandíj évente 300 rubel. A jelesek tandíjat nem fizettek. Voltak ösztöndíjak is, de ezeket nehéz volt megszerezni. A hallgatók a helyben lakók kivételével intézetekben laktak. Ezért havonta 60—90 rubelt fizettek. Menzák, diákétkezdék nem voltak. Mindenkinek magának kellett az élelmezéséről gondoskodnia. Ez meglehetősen nehéz dolog volt, mert mindent jegyre kaptak és mindenért sorba kellett állni. Az orosz a világ legtürelmesebb sorbanállója. Nem tolakszik, nem zúgolódik. Talán megszokta év-

tizedek alatt vagy nem is tudja elképzelni, hogy ez másként is lehet. Az egyetemi hallgató tehát vagy ácsorgott a különböző elosztóhelyek előtt és akkor evett, vagy tanult és akkor éhezett. Az orvostanhallgatók számát még megközelítőleg sem sikerült megtudnom. Úgyszintén az orvosok megoszlását, számát faj szerint sem.

Oroszországban már a békeévekben nagy volt az orvoshiány, ezért honosult meg egy máshol nem található foglalkozás, a felcserség. A *felcser* nem a régi idők »sebész«-ének mása, hanem valami átmeneti lény a képzett ápoló és az orvos között. A forradalom inkább megkímélte az egyszerűbb felcsereket és így több mindkét uralmat átélt felcserrel beszéltem. Sajnos, még mindig olyan nagy bennük a félelem, hogy összehasonlításokba, jobb volt-e a cári uralom alatt, mint most? Milyenek voltak az egészségügyi viszonyok akkor és most? — nem mentek bele. Csak annyit tudtam meg, hogy a kiképzésük most is, régebben is egyforma volt.

A felcseriskola hároméves. A hét elemi elvégzése után mehetett felcseriskolába a fiú vagy leány. (A Szovjetunióban nyolcéves korban kezdődött meg a gyermekek taníttatása.) Az első év tantárgyai ukrán és orosz nyelv, történelem, régiségtan, latin betűk olvasása és kevés nyelvtan, chemia, anatomia, élettan és kórtani ismeretek voltak. Gyakorlatokat nem végeztek, de bemutatásokon részt vettek. Például anatomiai gyakorlaton egy orvos boncolt, magyarázott és azt figyelték. Physikai, chemiai bemutatásokat is láttak. Mikroskop alatt metszeteket is megmutattak nekik. A II. évben belgyógyászatot, sebészetet, szülészetet, gyógyszertant hallgattak. A második évtől csak nagyorosz nyelven adtak elő. Kiképzésük elméleti és gyakorlati volt. Betegeket vizsgáltak, vérátömlesztést végeztek, intravenás injektiókat adtak. Apró sebészi beavatkozásokat, kelés, tályogmegnyitás, kötözés, elvégeztek. Töréseknél, nagy vérzéseknél, nagy műtéteknél segédkeztek. A III. évben az előbbiekkel együtt még a különféle physikotherapiás eszközök — quarc, diathermia stb. — kezelését is megtanulták. A tanfolyam elvégzése után vizsga volt. Tételeket húztak, arra kellett felelni. De aki meg nem felelt, az sem bukott meg, mert nagy hiány volt a felcserekben. Ilyen rövid és felületes kiképzés után kerültek ki a felcserek olyan kis és eldugott helyekre, ahol orvos nem volt. Rájuk volt bízva minden és sokszor nem a tudásuk, hanem a merészségük vagy gátlásnélküliségük alapján működtek. Belefogtak olyan dolgokba is, amit az utasítások tiltottak, hiszen sokszor 100 kilométerekre nem volt, aki ellenőrizte volna működésüket. Sőt a helyzet igen sokszor kényszerítette is erre őket, hiszen a gyógyszert is ők adták a betegeknek és bábák is kellettek hogy legyenek, ha ilyen nem volt a faluban. Már pedig nagyon sok helyen nem volt! Szabály szerint csak rendes szülést vezethettek le, de ha rendellenesség volt, azt is igyekeztek megoldani. Ha volt is mentőautó, annak igénybevételét csak orvos engedélyezhette. Nagy hóban, sárban ez is hasznavehetetlenné vált a rettenetesen elhanyagolt orosz utakon. Ilyenkor a beteg meghalt. Oroszországban olcsó az emberélet. A kórházakba a felcserek is beküldhették a betegeket. Az oltásokat is ők végezték. A himlő-, diphtheria-, typhuselleni védőoltások kötelezőek voltak. A betegvizsgálat úgy az orvosnál, mint a felcsernél ingyenes volt, csak a gyógyszerért kellett fizetni. Ajándékokat azonban szívesen fogadtak el és így lassan mégis kezdett valamiféle díjazás kialakulni. A felcserek kezdőfizetése 250 rubel, amely 10 évenként 100 rubellal emelkedett. A felcserből is lehetett orvos. Ilyenkor elvégezte az ötéves orvosképző tanfolyamot. Nagyon kevesen vállalkoztak erre, hiszen fizetésben nem volt nagy különbség és teljesen orvosi munkát végezhettek. Némelyiknek több községe is volt. A pawlowkai felcser valóságos egészségházat vezetett. A napi betegforgalma 20—30 volt. Még a cári uralom alatt, 1910-ben végezte el a tanfolyamot. Akkor a felcseriskola kétéves volt. 380 rubel fizetése volt, azonkívül lakást, fűtést, világítást kapott. Lengő fehér szakállával, kétes tisztaságú köpenyével tekintélyes egyén volt és messze földön híres nagy tudományáról. Ennek az alapja egy régi orosz vénykönyv volt, amit kétségtelenül ügyesen tudott felhasználni. Mellette működött egy ápolónő, aki takarítónőből vedlett át azzá, úgyhogy három este egészségügyi előadást hallgatott és azután levizsgázott. A rendelő három helyiségből állott, egy szoba a gyógyszertár volt, amit a felcser kezelt. A szobák és a berendezés is piszkosak voltak. A piszok a Szovjetunióban nem meglepő. Az emberek elvesztették itt a tisztaság- és a szeméremérzetüket. Sokszor úgy tűnt fel, hogy minél piszkosabb és rongyosabb valaki, annál igazibb kommunistának számított.

A faluban volt egy négyágyas szülőotthon is s *bába* volt a vezetője. Otthon nem lehetett szülni, csak a szülőházban. Négy faluból jártak ide a szülőnők. Évente 130—150 szülés volt. A rendellenességet kórházba küldték. Az abortust mindig kórházba kellett beküldeni. Mendencevégű fekvéses szülést levezethetett a bába is; gátvarrást is végzett. A műtétet így mondta el: A sebet lemosta sublimatos vagy lysolos vízzel. Pantopon-injectiót adott és opiumos végbélkúpot. Selyemmel varrt, amely bent is maradt. Állítása szerint jó eredményei voltak. Az ápolás, ellátás ingyenes volt. Idegen Kolkhoz-beliek (a Kolkhoz gazdasági és termelési egység volt, amely egy vagy több tanyának vagy falunak a lakosait ölelte fel) hat napra 30 rubelt fizettek. A bába (akuserka) fizetése havonta 200 rubel. Lakást, fűtést és világítást is kapott. A szovjet lakás alatt általában egyetlen szobát kell érteni. Sokszor egyetlen szobában is több idegen lakott.

A bábaképző tanfolyam kétéves volt. Egy év elméleti és egy év gyakorlati kiképzésből állott. Körülbelül ugyanazokat tanulták, mint a mi bábáink. A gyakorlati évben 30 szülést önállóan le kellett vezetni. *(Folytatjuk.)*

Állami forrás

Nieder-Selters

A természetes Selters-víz
régóta bevált
influenzánál, torokfájásnál, láznál és tüdőbajoknál
(Niederselters-víz meleg tejjel). Kapható gyógyszertárakban, drogériákban, fűszer- és csemegekereskedésekben, valamint a vezérképviseletnél:

Édeskuty L. Ásványvíz Kereskedelmi Rt.
Telefon: 181—428. V., Erzsébet-tér 8. Telefon: 181—720.

Exhepar + Strychnin + P + As =

EXHEPARTON inj.

CERTA

„CERTA“ Gyógyszerészeti Laboratórium R. T., Budapest.

PEREMIN-CHINOIN

Rheumatikus izom- és izületi bántalmak histamin-kezelésére

Kenőcs Injectio Solutio

DCH

Dialgin caps. és kúp: megbízható antipyreticum és antirheumaticum · 10 caps ára: P 2.- · 5 kúp ára P 2·50

Expectin sol: expectorans, köhögésnél rekedtségnél, ipecacuanha helyett · 1 üveg 10 gr. ára: P. 2·20.

Frombogen inj.: varix és haemorrhoidalis csomók kezeléséhez 3 amp. á 3 ccm. ára: P. 2·10.

Gyártja és forgalomba hozza: Diachemia Straub Sándor gyógysz. és vegy lab. Budapest VI. Teréz-krt 27.

LIQUOR HYPNOBROMID

Kellemes ízű hypnoticum és sedativum

Összetétele evőkanalanként:

Aethylmorphin hydrochl.	0.005 gr
Codeinum hydrochl.	0.01 gr
Paraldehyd	0.50 gr
Natr. bromatum	0.75 gr

aromás syrupban.

SZENT PÉTER gyógyszervegyészeti laboratórium. Budapest, V., Pozsonyi-út 1. Telefon: 121-547

IDŰLT NŐGYÓGYÁSZATI BETEGSÉGEK MEGGYÓGYULNAK AZ

ERZSÉBET-GYÓGYFÜRDŐBEN

KESERŰSÓS FÜRDŐK ISZAPBOROGATÁSOK FORRÓ ÖBLÍTÉSEK

Az influenza, tonsillitis, izom-, rheuma- és idegfájdalmak, polyarthritisek, fertőző betegségek kezelésében nélkülözhetetlen a

CAUSYTH -TABLETTA -KÚP ÉS BABYKÚP

GYÁRTJA: TERNAJGÓ JÓZSEF »SZENT KERESZT« GYÓGYSZERTÁRA, BUDAPEST, XI., GELLÉRT-FÜRDŐ

OTI terhére szabadon rendelhető

Ismét kapható

CIGELKA
jód-brómos források gyógyvizei
1843
óta vannak forgalomban

Gyomorégés, savtúltengés, gyomorfekély, étvágytalanság, emésztési zavarok eseteiben
Cigelka-STEPHANUS sóskarbonátos — jód-brómos — gyógyvíz
Kiváló gyógyhatású!

Érelmeszesedés, vérbaj, skrofulózis, gyulladásos természetű női bajok és a légzőszervek hurutos bántalmai ellen pedig a
Cigelka-LUDOVICUS jód-brómos forrás gyógyvizét ajánljuk.

Vezérképviselő: ÉDESKUTY, Budapest, V., Erzsébet-tér 8. szám

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift. 10. szám. *Luz K.:* Szórváyosan jelentkező kiütéses láz. *Seiffert G.:* Tetvetlenítésre és fertőtlenítésre szolgáló egyszerű kamra. *Bauer I.:* Az Abderhalden-reactio interferometriás módszere a kutatás és klinika szolgálatában. *Sunder-Plassmann P.:* A Basedow-kór genesisének neuro-hormonalis alapjai. *Makai E.:* A veleszületett combcsonthiány kérdéséhez. *Kernau Th.:* A gyermeki enuresis nocturna kezelési technikája közkincsévé vált-e már az orvosoknak?

Schweizer Medizinische Wochenschrift. 10. szám. *Morsier G.:* Az ischias és brachialgiák pathogenesise. (Befejezés.) *Miescher K.* és *Gasche P.:* A férfi sexualhormon lingualis alkalmazása. *Saurer A.:* A sovány-ság hormonalis kezelése. *Menzel K. M.:* Uj út a makacs nagyothallás kezelésére. *Fischer R.:* Néhány szempont a vérkonzerválás kérdésében. *Roosen R.:* A rákmegelőzés egyik módja. *Linsmayer W.:* Életbiztosítás és orvosi prophylaxis. *Bucher R.:* A transfusiós vér célszerű felhasználása.

VEGYES HIREK

Orvosi továbbképző előadások. *Raffaele Paolucci di Valmaggiore* egyetemi ny. r. tanár, a római egyetem sebészeti klinikájának igazgatója Budapesten a következő előadásokat fogja tartani: Március 24-én d. e. ½9 ó. I. sz. sebészeti klinika: »La cura della endoarterite obliterante« (Az endarteritis obliterans gyógy kezelése) címmel. Március 24-én d. u. 6 ó. Közegészség tani Intézet: »Malati chirurgici del passato« (Sebészeti betegek a multban) címmel. Március 26-án d. u. 6 ó. II. sz. sebészeti klinika: »La cura chirurgici delle bronchiettasie« (A bronchektasiák sebészi kezelése) címmel. Március 27-én d. u. 6 ó. Kir. Orvosegyesület: »Considerazioni su 300 casi di suppurazioni polmonari trattate chirurgicamente« (Beszámoló 300 sebészetileg kezelt tüdőtályogról) címmel.

Orvosi továbbképző tanfolyam elhalasztása. Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága március 16—28-ig hirdetett orvosi továbbképző tanfolyamát az »Orvosbiologiai kutatás mathematikai-statisztikai módszereiről« tárgykörből *elhalasztotta* és azt április 13-tól április 26-ig tartja meg. A tanfolyam vezetője v. Solth Károly egyetemi magántanár.

Iskola-, ifjúsági orvosi és egészségtantanári tanfolyam. 1942 április 8-án 3 hónapos iskola-, ifjúsági orvosi és egészségtantanári tanfolyam kezdődik a budapesti Tudományegyetem Közegészségtani Intézetében. A tanfolyam vezetője *Darányi Gyula* egyet. ny. r. tanár. A felvételi kérvényeket a nagym. vallás- és közoktatásügyi miniszter úrhoz címezve a Közegészségtani Intézetben (Budapest, VIII., Esterházy-u. 9.) március 26-ig bezáróan kell benyujtani. A kérvénnyel egyidejűleg 80 P tanfolyam- és vizsgadíj, továbbá 10 P kezelési költség fizetendő be. A kérvényhez csatolni kell: születési (származást bizonyító) bizonyítványt, orvosdoktori diplomát, orvosi működést igazoló bizonyítványt. A tanfolyamot képesítővizsga zárja be, amelynek sikeres letétele esetén a képesített jelölt »iskola-, ifjúsági orvos és egészségtantanár« képesítést nyer. Olyanok, akik már előzően tettek képesítővizsgálatot, azok a jelen rendelettel létesített tanfolyam egy hónapi kiegészítő hallgatása után az ifjúsági tárgykörből a vizsgálóbizottság előtt kiegészítő vizsgálatot tehetnek és ennek sikere esetén kiegészítő képesítő bizonyítványt nyernek. A kiegészítő tanfolyam, mely június 5-én kezdődik, díjmentes. A kiegészítő képesítő bizonyítvány díja 10 P. A felvételre folyamodóknak április 8-án délután 5 órakor kell a vizsgálóbizottság előtt megjelenni, mely a felvétel tekintetében dönt. A fel nem vettek a befizetett díjat visszakapják.

Orvosdoktorra avattattak a budapesti Tudományegyetemen március 14-én: Becsei István, Dankó Miklós István, Jakobovics Károly István, Kiss József, Lonkay Loykovics László Alajos Szaniszló. Üdvözöljük az új Kartársakat!

Valamennyi orvosi tárgykör magyar és külföldi irodalmának kikeresését és összeállítását szakorvosok elvállalják. A vállalkozás célja a kartársak tudományos munkájának megsegítése, akik helyi körülményeik miatt az egyes szakmák részletes és teljes irodalmához hozzájutni nem tudnak. Megkeresések: Budapest, II., Fő-u. 37/c. II. 3. Dr. Török Miklós.

HETIREND

Hétfőn, 23-án ½7 ó.: a Magyar Urologiai Társaság ülése. Bemutatás: *Józsa A.:* Érdekesebb hydronephrosok. *Simonyi A.:* Cystitis emphysem. haem. élőben észlelt esete. Előadás: *Pitrolffy-Szabó B.:* Hányszor operálhatjuk a soliter-köves vesét.

Kedden, 24-én ¾7 ó.: a Bp. Orvosi Kaszinó ülése. *de Chatel A.* és *Groák B.:* A hátfájásokról.

Csütörtökön, 26-án 6 ó.: a Bp. Kir. Orvosegyesület Orthopaediai Szakosztályának a Magyar Ideg-Elmeorvosok Egyesületével és a Budapesti Gyermekklinikával tartando együttes ülése (Gyermekklinika). Spastikus állapotok kór- és gyógytana. Előadók: *Angyal L., gegesi Kiss P., Horváth B.*

Pénteken. 27-én 6 ó.: a Bp. Kir. Orvosegyesület ülése. Előadás: *Prof. Raffaele Paolucci di Valmaggiore:* »Considerazioni su 300 casi di suppurazioni polmonari trattate chirurgicamente.«

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTÁN.
A szerkesztő fogadóóráját kedden és pénteken 12—1 óra között tartja.

ROBUR orvosi-, gyógyszer- és műtősköpenyek
Kitünő minőség, megbízható kivitel, olcsó ár! PILÁK JÁNOS V., Wekerle Sándor-u. 24. félemelet.

CONTRATUSSIN SYRUP:
Bronchitis — tracheitis — pertussis
FŐRAKTÁR DR. BAYER ANTAL GYÓGYSZERTÁRA, BUDAPEST, VI., ANDRÁSSY-ÚT 84

Jódtinktúra helyett

Sepso

A Sepso tinktura bizonyos fémeknek brómmal és rhodannal képzett complex vegyülete alkoholos oldatban. Koncentrációja megfelel a 10%-os jódtinktúrának és így fertőtlenítő ereje azzal teljesen egyenértékű. Mivel a Sepso tinktura jódmentes, jódérzékeny egyéneknél is használható.

Csomagolások:

20, 50, 250, 1000 g eredeti üveg.
3 g üvegcső, 5 és 10 l kórházi csomagolás.

Ismertetőt és irodalmat készséggel bocsájt rendelkezésre az előállító:

Medichemia Gyógyszerkészítmények Gyára R.T.
BUDAPEST, X., HÖLGY-UTCA 14

Quadronox

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

10 és 20 tablettás
csomagolások

Adatokkal készséggel szolgál:
ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE I. W.
KÁLMÁN LEHEL GYÓGYSZERVEGYÉSZETI VÁLLALAT BUDAPEST 62

WANDERVIT-D$_2$

(VIOSTERIN)
DRAGÉE ÉS OLAJ

Rachitis

MEGELŐZÉSÉRE ÉS GYÓGYITÁSÁRA

**Közgyógyszerellátás,
betegbiztosító intézetek terhére
rendelhető**

Mintával, irodalommal készséggel szolgál

Dr. WANDER gyógyszer és tápszergyár r. t. Budapest

ACEDICON

a makacs köhögésnél

Az Acedicon igazi területe az a makacs köhögés, mikor más köhögéscsillapitószerek pl. codein, csődöt mondanak, ami oly gyakran fordul elő sulyos chronikus bronchitisnél, bronchiektásiánál, tüdővérzésnél, tüdő- és gégetuberculosisnál, pleuritisnél és bronchusráknál.

A legcélszerübb és legjobban bevált adagolás, mit a betegek jól türnek: kétszer napjában egy fél tabletta (0,0025) este pedig egy egész tabletta (0,005).

Csomagolás: Csövek 10 és 20 tablettával á 0,005 g.

INGELHEIM

C. H. BOEHRINGER SOHN · INGELHEIM AM RHEIN

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

86. évfolyam. 13. szám. Budapest, 1942. március 28.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26., IV. em.
Telefon: 345-113.
Ingyenes lifthasználat.
(Kérje a portástól.)

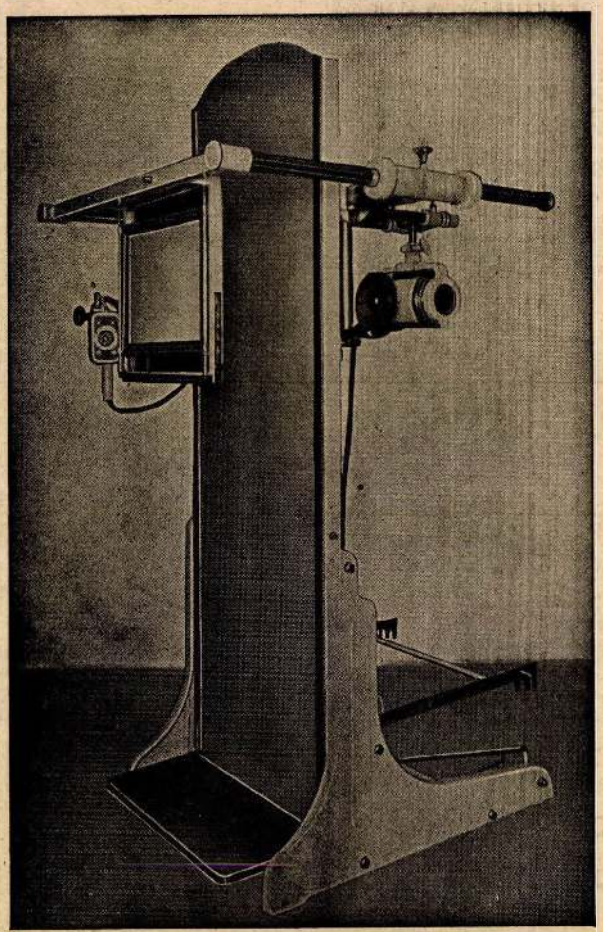
MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámlánk javára. *Jugoszláviában* az Avala bármely kirendeltségénél az »O.H.« számlájára. *Romániában: Borsos Béla dr.* Arad, Str. G.Gringorescu 5. *Slovákiában: Eleőd Soll.* Handels u. Kredit-B. Bratislava. *Egyéb külföldről:* az előfizetést levélben küldött dollárchequeben kérjük a kiadóhivatalba.

Előfizetési díj: az »Orvosi Hetilap«-ra az »Orvostudományi közlemények«-kel együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 350 dínár, 1000 lei, egyéb külföldre 6 dollár, vagy a belföldi díjak + portóköltség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyedévre negyede, egy hóra 2·50 P. A »Magyar Orvosi Archivum« egész évre 10 P., 70 slk., 100 dínár, 400 lei, 2 dollár.



PRAKTIX a legideálisabb
UNIVERZÁLIS RÖNTGENKÉSZÜLÉK

hosszú átvilágításokra és felvételekre thermikus önműködő kikapcsolóval.
METALIX vonalfókuszú röntgencsővel, fém vagy fa egyetemes vizsgálószerkezettel átvilágításra és felvételre.
A Praktix teljesen védett, túl nem terhelhető, egytankrendszerű röntgengép.

Magyarországi vezérképviselet és gyártás:
METALIX RÖNTGEN RÉSZVÉNYTÁRSASÁG
BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KÖRÚT 37
TELEFON 182-680, 383-135
SÜRGÖNYCIM: METALIX

„CERTA" Gyógyszerészeti Laboratórium R. T., Budapest.

DOLANTIN

Sósavas 1-methyl-phenylpiperidin-4-carbonsavasaethylester

Analgeticum és spasmolyticum

Javallatok:

A gyomor-bélcsatorna, az epeutak és az urogenitalis rendszer simaizomzatának görcse.

Érgörcs, angina pectoris, pylorospasmus, tabeses krizisek.

A szülészetben a méhszáj rigiditása és görcse, görcsös fájások és általában a szülés fájdalommentes levezetése.

Műtét utáni, rákos és egyéb fájdalmak, neuritisek, neuralgiák, arthritisek, myalgiák, lumbago és singultus.

A köhögés minden fajtája.

Közkórházak és a Honvédség intézményei külön engedély nélkül beszerezhetik. Az OTI, MABI, MÁV, továbbá valamennyi betegségi biztosító intézet (bányatárspénztár) terhére főorvosi engedéllyel rendelhető

Forgalomban: Tabletták, ampullák, kúpok és cseppek.

»Bayer«
LEVERKUSEN

BAYER

Magyarországi vezérképviselet: **Magyar Pharma Gyógyáru R. T. Budapest**, V., Arany János-utca 10. — **Kolozsvár**, Mussolini-út 18.

MYOFORT

Coronari-ereket tágító és vérnyomást csökkentő, biologiailag standardizált izomkivonat.

Angina pectoris, claudicatio intermittens, migrén, genuin epilepsia, thromboangitis.

Solutio ***Injectio***

COREDIOL

Pyridin-β-carbonsavdiaethylamid 25%-os vizes oldata.

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

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

86. évfolyam. 13. szám. Budapest, 1942. március 28.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

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

TARTALOM:

Keresztessy Tibor: A szájfenék és állalatti phlegmonék. (649—651. oldal.)
Gaál István: Meningococcus-sepsisből gyógyult négyhetes csecsemő. (651—652. oldal.)
Irodalmi szemle. (652—655. oldal.)
Könyvismertetés. (655—656. oldal.)
Dujbukát Jenő: Szovjet-orosz egészségügyi viszonyok. (656—658. oldal.)
Lapszemle. (660. oldal.)
Vegyes hírek. (660. oldal.)
Hetirend. (660. oldal.)

A kolozsvári Tudományegyetem orr-, gége- és fül-klinikájának közleménye. (Igazgató: Gyergyay Árpád ny. r. tanár.)

A szájfenék és állalatti phlegmonék.

Írta: *Keresztessy Tibor dr.*

Pulsen statisztikája szerint a nyaki phlegmonék majdnem fele az állalatti tájékon helyezkedik el. Eltekintve azoktól az esetektől, amikor a környékből terjed át a gyulladás, többnyire adenophlegmonékről van szó, amelyek odvas fogakból, gyökérperiostitisből, foghús-ulceratiókból vagy az arc sérüléseiből keletkeznek.

Legtöbb esetben a gyulladás a mirigytokon kívül játszódik le, ilyenkor egy kemény, az nyakállkapocsárkot kitöltő, hátra a fejbiccentő széléig, előre az állcsúcs környékéig és lefelé a nyelvcsontig terjedő duzzanat keletkezik, amely nyomásra igen érzékeny. Nagy fájdalmak mellett a bőr vöröses színezetet kap, elgenyedés áll be és a geny kifelé áttör. A közérzetre a hatás nem oly nagy; csak ritkán keletkeznek genysüllyedések a nyak felé, vagy genyáttörés. Néha oly idülten folynak le és oly kevés hajlamot mutatnak a felpuhulásra, hogy egész kemény duzzanatot alkotnak, mely inkább egy rosszindulatú daganathoz hasonlít, mint gyulladáshoz (Holzphlegmone).

Aránylag ritkán támadja meg a phlegmone a nyálmirigytok üregének kötőszövetét, úgyszintén a szájfenék és állalatti kötőszövetét is. Ámbár a nyelv traumás behatásoknak nagymértékben hozzáférhető, a szájüreg védelmi berendezése következtében csak ritkán fejlődik ki súlyos infectio, ha azonban ilyen keletkezett, a folyamat kiterjedése a mozgékony szerv számos izomrése között rendkívül gyors. Rohamos lefolyásban a kötőszövetrésekben hatol előre a gyulladás és megtámadja a szomszédos szerveket is.

A gyulladás mélyenfekvő helyzeténél fogva az erős nyomás következtében, amely alatt a gyulladás termékei a kívülről takaró és igen ellenálló fascia következtében állanak, valamint a szomszédos szervek bevonásával egy jellegzetes, sokszor halálosan végződő megbetegedés szokott kifejlődni, amelyre 1838-ban a stutgarti sebész *Ludwig* terelte először a figyelmet és amely azóta az *angina Ludovici* vagy Ludwigi elnevezést kapta.

Az angina Ludovici tehát nem más, mint a szájfenék kötőszövetének septikus gyulladása az állalatti kötőszövet gyulladásával egyetemben. Igen súlyos betegség s amint a *Leterier* által közölt 31 esetre terjedő statisztikából kitűnik, minden életkorban előfordul, leggyakrabban a 20—30. életév között s főképpen férfiaknál. A fertőzés behatolási kapuja lehet: *a)* odvas fog, *b)* nyálkahártyasérülés, *c)* gyulladt mandula, *d)* mandulakörüli tályog, *e)* nyálkahártyasérülés, *f)* a nyelvgyök lymphatikus kötőszövetének gyulladása, *g)* foghústáska (különösen a bölcseségfog nehéz áttörésénél). *h)* nyálmirigyek gyulladása, ami átterjed a nyelv és állalatti kötőszövetre, ahol lassabban vagy gyorsabban nekrosisra, üszkösödésre vezet, avagy a vérerek rögösödését idézi elő.

Thomas 104 esete közül 36 esetben beteg fogakat és 24 esetben mandulagyulladást és tályogot tudott okul kimutatni.

Bakteriologiai vizsgálatok szerint legtöbbször streptococcus okozza, majd staphylococcus aureus, pneumococcus, sőt leírtak eseteket gonococcussal is, azonban a legsúlyosabb eseteket, elhalásokat a streptococcus és bakterium colli communis vegyes fertőzése okozza. Anatomiai szempontból boncolási és műtéti esetek azt mutatják, hogy a kötőszövet genyesen infiltrált, nekrotizált volt.

Tünetek majdnem mindig ugyanazok. Fogfájás vagy mandulagyulladás után hirtelen hidegrázás és magas láz mellett súlyos betegség érzete áll be. A láz eleinte folytonos, később, ha nem történt idejében beavatkozás, az egész szervezet bakteriumokkal és toxinokkal bőséges elárasztása után nagy reggeli remissiók állanak be. A szájfenék erősen meg van duzzadva, miáltal a nyelv megemelkedik. A beteg úgy érzi, hogy nyelve óráról-órára térfogatá-

ban növekszik, nemsokára nincs hely számára a szájban, a fogsorok közül kiszorul, az ínyvitorlát felfelé, a gégefedőt lefelé szorítja. Rövidesen nehézzé válik a nyelés és légzés, az állalatti tájék megduzzad, nagyon kemény, nyomásra igen érzékeny és nincs élesen határolva. Eleinte a felette lévő bőr változatlan, csak napok mulva jelentkezik gyulladásos pír és oedema. Fejét a beteg a beteg oldal felé tartja és a fej legkisebb mozgását is óvatosan kerüli. Avagy fejüket jellegzetesen hátraszegve tartják, hogy az orr felől jövő inspiratiós levegőnek bejutását a gégébe a megvastagodott nyelvhát mentén megkönnyítsék. A szájfenék megduzzadása miatt a rágás lehetetlen, erős nyálfolyás és foetor ex ore érezhető. Magas, állandó láz és súlyos septikus jelenségek mellett néhány napon belül bekövetkezhetik a halál. Más esetekben a gyulladásos oedemának a gége bemenetére átterjedése okozza azt.

Cozolino szerint legfontosabb tünet a fakeménységű regio subhyoidea, a szájfenék- és nyelvmegnagyobbodás, mozgáskorlátozás és általános rossz állapot.

Szerinte a submaxillaris és sublingualis mirigyek is bevonatnak a nyirokereken keresztül. Enyhe lefolyás esetén, ami nagyon ritka, tályog képződhetik és a geny a száj felé vagy kifelé spontán áttör, ami után a betegségi tünetek rövidesen alábbhagynak.

A kórisme rendesen könnyű. A regio subhyoidea kemény duzzanatára, a szájfenék elődomborodására, légzés akadályozására és a súlyos általános fertőzés tüneteire támaszkodik.

Elkülönítő kórisme szempontjából az alsó állkapocs periostitise és osteomielitise, továbbá az extracapsularis submaxillaris phlegmone jönnek számításba. Az előbbinél a duzzanat magán az állkapcson van, tehát inkább az arci részek felé terjed, az utóbbinál mind a localis, mind az általános tünetek sokkal kevésbbé kifejezettek és a szájfenék elődomborodása hiányzik.

Gyógyeljárás sebészi és korai, lehetőleg tág feltárásban áll. *Delteil* a műtéti beavatkozást inkább endobuccalisan végzi, ha csak arra egyetlen mód is van. Az endobuccalis módszert azért tartja jónak, mert a fertőzés behatolási pontja endobuccalis, sublingualisan a sebészeti behatolás könnyű, a fertőzött seb benyílva a szájba, állandóan keveredik a baktericid hatású nyállal, majd végül a ki- és belégzés elősegíti a fertőzött váladék kiürülését.

A beavatkozást a szájüreg előkészítése és desinficiálása után a következőképpen végzi. Elsősorban, ha fogeredetű a fertőzés, a rossz fogat eltávolítja és az alveolust curettel kitisztítja, a bemetszést az állkapocs belső szélén teszi, ahol legnagyobb az oedema. Ha inkább egyoldalú a folyamat, a beteg oldalon ujjal, avagy tompa raspatoriummal lefejti a sublingualis területet egész a szájfenékig, ha az egész szájfenék meg van támadva, akkor a lefejtést a gingivo-lingualis sáncban végzi az egyik állszöglettől a másikig. Utána természetesen szádlás következik csíkkal, mely antistreptococcus-serummal van átitatva. Ugyanakkor nagy adag polyvalens antistreptococcus-serumot ad injectióban. Szerinte, ha idejekorán jön a beteg, ezzel a módszerrel teljes gyógyulást érhetünk el és aesthetikailag megkíméljük a beteget egy, esetlegesen keloiddal gyógyult külső hegtől.

Gyorsan terjedő phlegmonéknál az egyedüli beavatkozási mód a külső széles feltárás. *Delorme* hét esetben idejében történt műtéti beavatkozással minden esetben gyógyulást tudott elérni.

A külső széles feltáráskor a bemetszést két ujjnyira az alsó állkapocs éle alatt kell végezni, nehogy a facialisnak szájágát megsértsük, a bőr és platysma átvágása után a musculus mylohyoideuson keresztül — a véredények megsértésének elkerülése végett — tompán hatolunk be az infiltrált szövetbe. Ha kell azonban, a musculus mylohyoideust átvágjuk és a nekrotikus szövetrészeket eltávolítjuk.

A glandula submaxillarist a fészkéből luxálni kell, ha az a gyulladás okozója, sőt resecálni kell, mint ahogy el kell távolítani a rossz fogakat is, ha a fertőzés fogeredetű.

Hogyha viszér-thrombosisokat találunk, akkor a vena facialis communist le kell kötni ott, ahol a jugularis internába ömlik, hogy megakadályozzuk a fertőzés tovaterjedését a vérpályába. A sebet jó erősen szádolni és tömni kell. A sebváladék jó levezetése után a nehéz légzés megszűnik; ha ez kivételesen még sem állna elő, akkor gondolkodás nélkül légcsőmetszést végzünk. Mindezek mellett roboransok, a szív stimulálása és nagy adag serum adandó.

I. *Sz L.* 24 éves. Súlyos septikus állapotban kéri felvételét. Két héttel ezelőtt tüszős mandulagyulladása volt. Három nap óta hidegrázás, magas láz, rossz közérzet, torkát bedagadtnak érzi. Pulsus 150. Hőmérséklet 39.2. Tüdő, szív kóros eltérést nem mutat. Szájzár. nyálfolyás. A garatban a bal mandula környéke belövelt, az elülső garatív előredomborodik, uvula jobbra tolódva. Gégében kis oedéma légzési nehézség nélkül.

Tonsillectomia a chaud 1. s. Másnap láza csökken, közérzete változatlan. Este súlyos légzési nehézség, szájfenék és állalatti mirigyek megduzzadva, nyelv feltolódva.

Azonnali tracheotomia, majd utána mindjárt külső széles feltárást végzünk. A behatolásnál az egész kötőszövet infiltrált, nekrotizált. Szádlás. Lázcsillapítók, erős szívstimulálás, nagy adag antisteptococcus serum. 48 óra mulva exitus.

Kórbonctani lelet. A szájfenék és állalatti kötőszövet, glandula sublingualis infiltrált, necrotizált. A garatban baloldali mandulakörli infiltrátum, oedema laryngis.

II. *P. S.* 32 éves, felv. 1940 december 12-én. Betegsége három nappal ezelőtt fogfájással kezdődött. Meleg borogatást és fájdalomcsillapítókat használt.

Állapota nem javult, sőt a negyedik napon érezte, hogy nyelve óráról-órára növekszik, légzési és nyelési nehézségei vannak. Hidegrázás, magas láz, rossz közérzet. Reggel óta mintha a nyaka is megduzzadt volna.

Pulsus 120. Hőmérséklet 38°. Szájzár, nyálfolyás, betekintés a gégébe majdnem lehetetlen. Szájfenék duzzadt, az állalatti mirigyek is. Az egész állalatti rész infiltrált.

Delteil szerint endobuccalisan végeztem a beavatkozást. Tekintve, hogy inkább a jobboldalon volt a szájfenék felemelkedve, a jobb állkapocs belső szélén hatoltam be. Körülbelül 20 cm. bűzös, sűrű geny és az infiltrált kötőszövet eltávolítása után szádlást végeztem, nagy adag serumot adtam.

A jobb alsó I. morális fog gangrénás volt. Normális kórlefolyás. Két hét mulva gyógyultan távozik. Közben a rossz fogat eltávolítottam.

III. *S. J.* 30 éves, felv. február 25-én. Betegsége egy héttel ezelőtt fogfájással kezdődött. A bal hátsó bölcsesség fogát fájlalja. 24-én reggel hidegrázással és nagy lázzal ébred. A nap folyamán veszi észre, hogy nyelve mindjobban növekszik, beszéde akadozik, nyála folyik. Felesége a nap folyamán hidegvizes nyakborításokkal kezeli. Éjjel már nyelési nehézséget érez, táplálékot nem vesz magához. Pulsus 150. Hőmérséklet 38.5°. Szájzár. Fokozatosan tágítom a szájat. A nyelv egész magasan a lágyszájpadot felnyomja. Mozgása korlátozott, a gégét megvizsgálni lehetetlen. A beavatkozást *Delteil* szerint endobuccalisan végeztem, mivel a külső feltárástól ide-

genkedett. Széles feltárás, drainage, nagy adag serum, roboransok. Két hét mulva egészségesen távozik. A bölcsesség-fog körül az egész gingiva gyulladt, tályogos volt.

IV. *Z. E.* 38 éves, felv. augusztusban. Három nappal ezelőtt szúrást érzett a bal mandulatájékon, másnapra torka szorul, nyelési fájdalmai vannak, nagymennyiségű nyálfolyás. Hidegrázás. Magas láz. Vizsgálatnál: A nyaki rész submentalisan megvastagodott, infiltrált, nyomásra fájdalmas. Endobuccalisan a nyelv a szájban felnyomva, megvastagodottnak látszik. Az epiglottis kissé oedemás, mozgása csökkent, azonban a hangrés teljesen gyulladásmentes, légzés szabad. Endobuccalis beavatkozás. Serum, Szíverősítők. Normális kórlefolyás, 10 nap mulva a beteg gyógyultan távozik.

V. *V. L.* 26 éves. Betegsége 8 nappal ezelőtt fogfájással kezdődött, jobb arca kissé megdagadt. Községi orvos kezelés alá veszi. Fogfájása megszűnik, de néhány nap mulva a nyaka fájdalmassá válik, hidegrázása és magas láza van. Állapota mind rosszabb, beszéd, nyelési, majd légzési nehézségei vannak. Édesapja súlyos állapotban hozza be. Mindkét alsó állkapocs-tájék erősen duzzadt, kékes színezetű, tapintásra fájdalmas, nagyon kemény. A nyelv megnagyobbodott, szájból szinte kilóg, bőséges nyálfolyás és egész a felsőszájpadhoz szorul. Beteg elesett, arca sápadt, ajkai és orra kissé kékes színezetű. Légzés 45, érlökés 140, alig tapintható. Azonnal külső széles feltárást végzek, de gennyet sehol sem találtam, azonban a bemetszés helyén az egész kötőszövet infiltrált és necrotizált volt. Nagy adag serum, coffein, camphor, glucoze. Este meghalt. *Kórbonctani lelet:* A nyaki szervek rendkívül duzzadtak, sötétszürke, piszkos színeződésűek. Pofa, száj, garat nyálkahártyája zöldesszürkén elszíneződött, duzzadt. A középvonalban a nyelv alatt a lágy részek sötét szürkészöldesen elszíneződöttek. A szájfenék kötőszövete nagy részben necrotizált. Mindkét oldali gl. submaxillaris megduzzadt mogyorónyi ellágyulással. A glottis nyálkahártyája duzzadt. A lép megnagyobbodott. Sepsis.

Amint észlelt eseteimből is látszik, három esetben a fertőzés behatolási kapuja a rossz fogak, míg két esetben mandulagyulladás, illetve tályog szerepeltek. Ugy az első, mint utolsó esetben — miután a beteg már súlyos septikus állapotban érkezett — minden segítség hiábavaló volt. Idejében észlelt esetek beavatkozás után szépen gyógyultak.

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

Meningococcus-sepsisből gyógyult négyhetes csecsemő.

Irta: *Gaál István dr.* tanársegéd.

A csecsemő immunbiologiai állapota az első hónapokban lényegesen eltér a felnőttétől. Ragályos betegségekkel szemben (diphtheria, scarlat, morbilli poliomyelitis, stb.) részben anyai védőanyagok miatt, részben a szöveti immunitás következtében igen kevéssé fogékony. Viszont más kórokozók iránt nagyon is érzékeny. Igy igen fogékony a genykeltőkkel, pneumococcussal, meningococcussal, a tetanus és a tuberculosis bacillusokkal szemben. A fogékonyság magyarázata mindenek szerint az, hogy egyfelől hiányzik a maternalis, illetve szöveti immunitás, másfelől az activ ellenanyagképzés e korban még gyenge s a fehérvérsejtek fagocitáló képessége is kisebb. Innen van, hogy az ilyen eredetű fertőzéseket a csecsemő nem tudja lefogni, az infectio általánossá válik. Főleg a bakteriaemiával járó infectiosus megbetegedésekben láthatjuk azt, hogy míg a fiatal csecsemő, különösképpen az újszülött általános sepsist kap és elpusztul, addig a jobb immunbiologiai helyzetben lévő gyermeki szervezet már a védekezés tökéletesebb formáját használva egy szervre tudja szorítani a megbetegedést. Jól láthatjuk ezt a súlyos pneumococcus fertőzések esetén. Ilyenkor nagyon gyakran tulajdonképpen bakteriaemiával indul a betegség. Míg azonban az újszülöttön a bakteriaemiából csakhamar általános sepsis lesz, a gyermeki szervezet, úgylátszik a korral járó áthangolódási, illetve érési folyamatok eredményeképpen, helyhez tudja kötni a kórokozót: fellép a cruppos pneumonia vagy a pneumococcus-peritonitis. A pneumococcus infectiókhoz hasonlóan a meningococcus-fertőzést is általános bakteriaemia vezeti be. Itt is az a helyzet, hogy mennél fiatalabb a csecsemő, annál gyakrabban fordul elő, hogy a szervezet nem meningitis, hanem meningococcus-sepsis formájában betegszik meg. Közölt esetünkben is a négyhetes csecsemőn az agyhártya gyulladása mellett általános sepsis képében zajlott le a meningococcus fertőzés.

28 napos fiú, rendes időre született, súlyát nem mérték. Szépen fejlődött, 3 óránként szopott. Betegsége 2 nappal a felvétele előtt kezdődött, nagy izgalommal, hányással, magas lázzal. Orvosa tüdőgyulladást állapított meg és kanalas orvosságot rendelt. Állapota nem javult, sőt mind súlyosabbra fordult, arcán, mindkét lábfején vérzések és — ahogy anyja elmondja — »genyes kiütések« jelentek meg.

A jól fejlett 4150 g súlyú csecsemő már rendkívül súlyos állapotban került hozzánk. Hőm.: 39.6°, kifejezett septikus habitus: zavart sensorium, mélyen szántó nasolabialis redő, cyanosis az egész testen, de különösen az ajakon és a körmökön. Arcán, mindkét kezén és lábán lencsényi, fillérnyi vérzéses beszűrődés látható, emellett gombostűfejnyitól borsónyi nagyságú metastatikus abscessusok (l. 1. ábrát). A septikus kép mellett a meningitis tünetei is felismerhetők: merev tarkó, Kernig és Brudzsinszki tünet, makacs hányás, nagyfokú hypertonia. B. o. hátul a rekesz fölött és a lingula tájékán crepitatio. Lumbalpunctio alkalmával a feszülő kutacs ellenére csak 5 ccm lassú cseppekben ürülő genyes liquort tudtunk lebocsátani. Gyulladásos reactiók erősen positivak. Festett készítményben számtalan genysejt volt látható, meningococcusokat csak a tenyészetben tudtunk kimutatni.

Régebben teljesen tehetetlenül állottunk hasonló esetekkel szemben. Az utóbbi években a sulfamid készítmények a genykeltők, kiváltképpen a meningococcus okozta megbetegedések kezelésében oly ugrásszerű haladást eredményeztek, hogy az eddigi ismereteink alapján már elveszettnek látszó

1. ábra.

csecsemő kezeléséhez valamivel nagyobb reménnyel foghattunk. Azonnal 3 ccm sulfapyridint adtunk i. v.-an s egyidejűleg megkezdtük az ultraseptylt — a klinikánkon súlyos esetekben használatos módon —, úgyhogy 3×2 óránként, majd azután 4 óránként adagoltuk a szert. Az egyes adag 1½ tabl. volt, úgyhogy az első 24 órában összesen 12 tabl.-t, azaz 6 gr ultraseptylt kapott a csecsemő, ami az i. v.-an adott 0.3 gr sulfapyridinnel együtt 1.51 gr sulfamid készítményt jelent testsúly kg-ként s a következő napokban is napi 4.5 gr-al pro kg 1 gr-ot kapott. Bár mi a klinikán egyébként is ugyancsak nagy adagokkal szoktunk dolgozni, az általában használt napi adagnak ez az első napon ötszöröse, a továbbiakon háromszorosa volt. Emellett i. m.-an 20 ccm meningococcus savót s mikrotransfusiókat is adtunk, vitaminokkal pedig szinte elárasztottuk a csecsemőt. Igen megnehezítette a helyzetet az, hogy feszülő kutacs mellett is lassú cseppekben ürült a liquor, amiből arra kellett következtetnünk, hogy az elzáródás veszélye fenyeget. Ezért minden igyekezetünk oda irányult, hogy a liquor keringést megjavítsuk. E célból a lumbalis punctiók alkalmával előzetesen mindig hypotoniás (0.2%-os) konyhasó oldatot fecskendeztünk be i. v.-an s a lebocsátott liquor helyébe levegőt fújtunk be. Ennek ellenére az elzáródás a harmadik napon a gerincvelői szakaszon mégis bekövetkezett. Így a cysterna punctiókra kellett áttérnünk. Pár nap mulva a csecsemő általános állapota fokozatosan javulni kezdett, eszmélete feltisztult, a septikus habitus megszünt, a makacs hányás, cyanosis s a láz enyhült, a pneumonia pedig meggyógyult. Ekkor a kezelés negyedik napján az ultraseptylt 4 óránként 1 tabl.-ra csökkentettük. Naponként cysterna punctio útján lebocsátottuk a liquort, emellett a lumbalpunctiót s ennek útján a levegőbefúvást minden alkalommal megkíséreltük és a hypotoniás konyhasó adását is tovább folytattuk. Így sikerült elérni, hogy az elzáródás utáni 5-ik napon a communicatio ismét helyreállt, úgyhogy visszatérhettünk a kizárólagos lumbalpunctiókra. A csecsemő állapota most már gyorsan javult, láztalanná vált, a hányás, cyanosis s a meningealis tünetek megszűntek, a liquor feltisztult, a meningococcusok eltüntek, az addig csak sondán át táplálható csecsemő ismét megtanult szopni. A későbbiek során a lumbalpunctiót másnaponként végeztük, majd tovább ritkítottuk, egyidejűleg az ultraseptylt is fokozatosan csökkentettük. Betegsége 28. napján teljesen normalis idegrendszeri lelettel, igen jó állapotban, gyógyszer nélkül adtuk haza azzal, hogy 5 naponként keresse fe ambulantiánkat. Az ellenőrző vizsgálatok során megállapíthattuk, hogy a gyermek teljesen meggyógyult. (l. 2. ábra.) A csecsemő azóta is szépen fejlődik. Legutolsó alkalommal ez év szeptember 5-én jelentkezett controll vizsgálatra.

Esetünket azért tartottuk érdemesnek a közlésre, mert a meningococcus sepsist eddig foudroyans lefolyású s halálosan végződő betegségnek tudtuk. Irodalmi adatot egyáltalában nem találtunk, hogy e betegség különösen ilyen fiatal korban valaha is meggyógyult volna. Betegünk kilátásait még az is rontotta, hogy a meningocuccus sepsis haemorraghias exanthemával járt s egyidejűleg genyes meningitis is fenn állott. *Langowoy* és *Wlassoff* ugyanis nagy anyag feldolgozása alapján azt állítják, hogy a haemorrhagiás exanthema igen súlyos prognostikus jel s legsúlyosabb a helyzet akkor, ha emellett még meningitis is van. Nem fér tehát kétség ahhoz, hogy be-

2. ábra.

tegünk életét, sőt teljes gyógyulását a leggondosabb individualisaló kezelésünk s a meningitis szakszerű, aktív ellátása mellett az új chemotherapeuticumoknak köszönheti. Meggyőződésünk azonban, hogy ez csak az alkalmazott heroikus adagok (59 g ultraseptyl + 0.30 g sulfapyridin) mellett volt elérhető.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

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

Ingervezetési zavarok aetiologiája. *Attinger.* (Schw. med. Wschr. 1941. 41. sz.) Az ismertetett 24 esetben legnagyobb számban coronaria sclerosis volt az ingervezetési zavar oka. Az okozott elváltozás túlnyomóan irreversibilis. A bántalom az ingervezető rendszer minden részét megtámadhatja. Nagy számmal szerepelnek a heveny fertőző betegségek (grippe 4 eset). Az általuk okozott elváltozások, ha még oly súlyosak is, reversibilisek. Chronikus nephritis, aortitis luetica, thyreotoxicosis kapcsán irreversibilis intraventricularis vezetési zavart látott. Septum defectus folytán megnyúlt az A—V. ingervezetés. Digitalis hatására kétféle elváltozást észlelt: 1. nagy adag Digitalis toxicus hatása folytán megnyúlt az A—V. ingervezetés; 2. kis adag Digitalis a beteg szívizom-túlérzékenysége miatt egy esetben sinuauricularis blockot, egyben pedig Tawara-szár blockot okozott. A Digitalis által előidézett ingervezetési zavarok reversibilisek voltak. (B. 6.)

Vidra József dr.

Sulphocyanat therapiás hatása hypertensióban. *Kuntz M., Shapiro H. H. és Mills C. S.* (Am. J. of. Med. Sci. 834. 1941.) A kaliumsulphocyanatot már több évvel ezelőtt ajánlották a hypertensio kezelésére. Toxikus hatása miatt azonban nem egy ellenzője akadt. A toxikus hatás elkerülésére a szert úgy adagolták, hogy a vércyanid 4—16 mgr % között maradjon. 50 esetükből kettőben kellett túlérzékenység miatt abbanhagyni a kezelést. Eredményeik a következők: Subjective javult lényegesen: 03%, közepesen: 20%, nem javult: 17% Objective javult kielégítően: 78%, közepesen: 16%, alig: 6%. Az átlagos vérnyomás a kezelés előtt 197/156 Hgmm. volt, utána 115/94 Hgmm. Vizsgált beteganyaguk élettartamát hosszabbnak látták, mint amit a nem így kezeltek statisztikája mutat. A betegséggel járó complicatiók száma is kevesebb volt az átlagnál. (G. 7.)

Gyulai Ernő dr.

Addison-betegség gyógyítása desoxycorticosterone acetate-tal. *Soffer, Engel, Oppenheimer.* (J. amer. med. Assoc. 115 k. 1860. o. 1940.) Öt addisonos betegről számol be, akiket Docával gyógyítottak. A kezelést i. m. Doca-injectiókkal kezdték (5—20 mgr pár napon át), majd kristályos Docát implantáltak bőr alá: 10 drb.-t

CIGELKA
jód-brómos források gyógyvizei
1843
óta vannak forgalomban

Gyomorégés, savtúltengés, gyomorfekély, étvágytalanság, emésztési zavarok eseteiben
Cigelka-STEPHANUS sóskarbonátos — jód-brómos — gyógyvíz
Kiváló gyógyhatású!

Érelmeszesedés, vérbaj, skrofulózis, gyulladásos természetű női bajok és a légzőszervek hurutos bántalmai ellen pedig a
Cigelka-LUDOVICUS jód-brómos forrás gyógyvizét ajánljuk.
Vezérképviselő: ÉDESKUTY, Budapest, V., Erzsébet-tér 8. szám

à 100—130 mgr súlyban. A Doca magában is megszüntette az összes addisonos tünetet, kivéve a pigmentatiót. Ha nagy mennyiséget adtak, hypertonia, anginás panaszok, oedemák, rossz közérzet keletkeztek, azért helyesebb inkább kisebb mennyiségeket adni és mellette pár gr konyhasót. Implantálni azért érdemes, mert 25—40%-kal kevesebb Docára van szükség, mint injectióban. Igaz azonban, hogy a túldosirozás kellemetlen tüneteket okoz. Azért előbb lehetőleg pontosan meg kell határozni a kívánt napi Doca-mennyiséget injectióval. A számítás alapja, hogy 100—150 mgr kristályos Docából kb. 0.3 mgr szívódik fel naponta. Tehát 10 darab ilyen kristályos Doca éppen fedezi a napi szükségletet (3—4 mgr). (B. 10.) *Doby Tibor dr.*

A serum rhodan-tartalmáról különböző betegségekben. *E. Becher.* (Klin. Wschr. 1942. I.) Hartner eljárásával vizsgálta a szerző a serum rhodant és vese-insufficientiában, a máj parenchymás betegségeiben, basedowban és diabetesben igen magas értékeket talált. Egyéb betegségekben változó volt. Feltételezi, hogy a májban és a mellékvesében keletkezik az anyagcsere intermediaer termékéből, a cyanból. (G. 6.)

Greiner Antal dr.

Capillaris permeabilitás vizsgálata heveny és idült vesegyulladásban. *H. Sarre* és *H. Sostmann.* (Klin. Wschr. 1942. I.) Landis módszere szerint pangást hoztak létre a felkaron és vizsgálták a vérben létrejövő változást. Azt találták, hogy acut nephritisben a folyadék- és fehérjekivándorlás igen nagy, jeléül annak, hogy a capillarisok áteresztőképessége fokozott. Ez hosszú ideig a betegség klinikai gyógyulása után is megmarad, idült vesebajokban fehérjekivándorlás nincs, a folyadékkivándorlás pedig kis mértékű. (G. 5.)

Greiner Antal dr.

SEBÉSZET.

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

Első kísérletek sebészeti fertőzések esetén Sulfamido-thiazollal. (Cibazol.) *Brunner W.* (D. Zeitschr. f. Chir.) 255. 1—2.) Rövid összefoglalást ad szerző a chemotherapia legújabb irányainak fejlődéséről, majd sebészi vonatkozásban bemutatja a Ciba 3714 jelzésű (Cibazol) sulfamido-thiazol gyógyszerével végzett vizsgálatait: 50 különböző pyogén fertőzésnél nagyrészt peroralisan kezelte a betegeket. Eredményei: A Cibazol minden eddigi sulfamid készítmény felett áll. Emeli a szervezet ellenállóerejét, különösen a fokozott phagocystosis révén: a bakteriumszaporodást gátolja. Chemotherapiásan eredmény addig várható, amíg a szöveti szerkezet megtartott s a gyulladásos izzadmány serosus. Ezért a legmegfelelőbbek a korai esetek, mikor a sebészi beavatkozás inkább még árt, mint használ. Amint genyes beolvadás, elhalás lép fel, a kórokozót már befolyásolni nem lehet: ekkor a sebészi feltárás a helyénvaló. Súlyos általános fertőzés esetén kérdéses az eredmény, hacsak a kórokozó nem különösen érzékeny a Cibazollal szemben. Esetei kapcsán a staphylococcus fertőzést találja ilyennek. Hatásos concentratio a vérben 4—20 mgr %-nak bizonyult az esetek súlyossága szerint, ezt 2—3 napig fent kell tartani. Napi adag 0.1—0.2 gr. testsúly kg-ként, peroralis és parenteralis formában egyaránt adta. Egyetlen melléktünet a gyógyszerláz (6%) és exanthema (8%). A sebészi kezelés elvei ismertek, ezek megfelelő esetben hatásosan egyesíthetők a gyógyszerrel a siker érdekében. (G. 2.)

Szandtner György dr.

A mandulakörüli tályogok kezeléséről. *Steurer.* (Med. Welt 1941. 52.) Szerző közleményében összefoglalja álláspontját a mandulakörüli tályogok kezelésére vonatkozólag és a kezelőorvosoknak gyakorlati útmutatással szolgál teendőjüket illetőleg. A maga részéről nem híve minden esetben a sokak által ajánlott ú. n. »abscess tonsillektomiának«. A körülírt tályogot megnyitja, ezzel a napok óta szenvedő, leromlott betegnek azonnali könnyebbedést szerez, majd 6—8 nappal a tályognyitás után mindkét mandulát eltávolítja. Helyteleníti a tályogos mandula eltávolításával egyidőben az ép mandulának az eltávolítását. A gyakorlóorvos minden körülmények között a következő esetekben vegye igénybe a szakorvost és ne maga végezzen bemetszést: heveny mandulalobból kiinduló sepsis gyanúja esetén, továbbá, ha a kötőszövetes gyulladás lefelé a nyak felé terjed és a nagyerek érzékennyé válnak és az állszögleti nyirokcsomók erősen megduzzadnak, avagy gégevizenyő, esetleg parotitis lép fel. Továbbá, ha a gyulladt mandulából vérzés lépne fel. Azonnal elvégzendőnek tartja az »abscess tonsillektomiát« a kezelőorvos által esetleg elvégzett bemetszés után a következő esetekben: Ha a bemetszés után genny nem ürül, de a fennmaradó fájdalom, vizenyő, szájzár rejtett, mélyenfekvő tályog mellett szól. Eltávolítandó a mandula, ha a tályog mélyebb fekvése miatt a bemetszett nyíláson a genny nem ürülhet kellőképpen és a mandula mintegy maga képezi a tályogüreg elülső falát. Ha tág feltárás után három nappal még magas láza van a betegnek, vagy a tályog hosszabb ideig sipolyos marad és végül, ha a megnyitás után erősebb utóvérzés lép fel. (R. 7.)

Szende Béla dr.

A ganglionok lényegéről és gyógykezeléséről. *Welcker.* (Med. Welt 1941. 46.) A ganglionok kórtana még ma sincs tisztázva. Régebben az izületi tok sérvének vagy retentiós cystának tartották. *Ledderhose* vizsgálatai derítettek fényt a mono- és polycystikus (egy- és többkamrás) ganglionokra. Valódi daganatképződésnek tartotta. *Payr* a sérüléses eredet mellett foglalt állást: a behatás következtében meglágyuló és beolvadó szövetek cystákat alkotnak. *Welcker* részletesen foglalkozik az egyes szerzők felfogásával és tisztázza az első- és másodlagos monocystás, valamint a polycystás ganglionok fejlődési fokozatait. Saját vizsgálatai szerint a ganglionok valódi daganat eredetére nem talált támaszt. Képződését ismételten erősen igénybevett valamely kötőszövetféleség beolvadásaként fogja fel, a folyamatot az aseptikus csontelhaláshoz hasonlítja. Tárgyalja a megjelenési helyek szerint a gyógykezelési eljárásokat, valamint a gyakori recidivák okait. Polycystikus ganglion esetében gyökeres kimetszést javasol, az alap egyidejű alapos kiirtásával. Fejtegeti a használatos Calauden-injectiós kezelést, amelynél negativ eredmény csak polycystikus ganglion esetében észlelhető. (R. 8.)

s. Pöschl Ferenc dr.

IDÜLT NŐGYÓGYÁSZATI BETEGSÉGEK MEGGYÓGYULNAK AZ
ERZSÉBET-GYÓGYFÜRDŐBEN
KESERŰSÓS FÜRDŐK
ISZAPBOROGATÁSOK
FORRÓ ÖBLÍTÉSEK

ROBUR orvosi-, gyógyszer- és műtősköpenyek
Kitünő minőség, megbízható kivitel, olcsó ár! PILÁK JÁNOS V., Wekerle Sándor-u. 24. félemelet.

Használt QUARZÉGŐK
felujitása—regenerálása, javítása
QARZTECHNIKAI LABORATORIUM
BUDAPEST, VI., SZIV-UTCA 13. TELEFON: 220-727

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ottó József* és *Benedek Andor.*

A rángógörcs klinikai lefolyásának viszonya a kórbonctani lelethez. *Spahn.* (Geburtsh. u. Frauenhk. 1941. 456.) Szerző a klinika ötéves anyagában 14 halálos rángógörcs vizsgálatából azt a következtetést vonja le, hogy az egyik csoportban a hirtelen, minden előzetes tünet nélkül beálló, gyorsan, halálosan végződő esetekben a boncolás semilyen vagy csak enyhébb kóros elváltozást mutat (zsíros elfajulás), míg a lassan kifejlődő és hosszasabban lefolyó másik csoportban a vesében, májban és az agyban vagy mind a három szervben jelentkeznek súlyosabb kórbonctani elváltozások (nephrosis, elhalás, agyvizenyő). A heveny formában súlyos mérgezésről van szó, amikor a halál bekövetkezik, mielőtt bármilyen károsodás fejlődhetnék ki a szervezetben. Ezt a feltevést igazolja az a megfigyelés, hogy a heveny formájú esetek késői következmények nélkül gyógyulnak meg, míg az elhúzódó esetekben 50%-ban jelentkezik agyi, vese vagy érrendszeri bántalom. Amíg az idült formáknál szóbajöhet a gyógykezelésnek valamilyen változata, addig a heveny esetekkel szemben szinte tehetetlen a gyógyítás is és a megelőzés is. (O. 7.)

Farkas József dr.

A tüdőembolia kezelése Eupaverin készítménnyel. *Jaenicke—Rössler.* (Münch. Med. Wochenschr. 1941. 10.) A tüdőarteria peripheriás részein fellépő embolia kísérő tüneteinek magyarázatában a szerző Denk felfogását tartja egyedül elfogadhatónak. E szerint a súlyos, életveszélyes shock-állapotot az a körülmény idézi elő, hogy a peripheriás érerek elzáródása reflectorikus úton a tüdőarteria egész területén görcsös állapotot okoz. Ezáltal a kisvérkörben hirtelen vérnyomásemelkedés jön létre, amely a jobb szívfél erős megterhelésével jár együtt. Ehhez járul még az is, hogy az embolia következtében előállott vagusizgalom miatt a koszorúserek is beszűkülnek és így a szív saját vérellátása tökéletlenné válik. Ilyen meggondolás alapján a tüdőembolia oki kezelésére az Eupaverin a legalkalmasabb gyógyszer, azon tulajdonságánál fogva, hogy a tüdőereket és a koszorúsereket tágítja. A roham fellépése után minél előbb 2—6 cm³ Eupaverint ad i. v. Egyidejűleg 1 cm³ Dilaudidot is kap a beteg i. v. vagy i. m., hogy ezáltal az egész idegrendszer ingerlékenységét leszállítsa. Ezt a kezelést folytatólagosan addig alkalmazza, míg a fenyegető állapot megszűnik. Az Eupaverin értágító hatásának időtartamát Denk 2—3 órára becsüli. (O. 3.)

Győrffy Iván dr.

A magzat méhenbelüli elhelyezkedése és a veleszületett csipőizületi ficam. *Wilhelm Leun.* (Zbl. Gynäk. 1941. 9. 380.) A magzat méhenbelüli elhelyezkedése és a csipőizületi ficam között okozati összefüggés mutatható ki. Előlfekvő lepény, méhhátrahajlás, ívelt és kétszarvú méh kedvezőtlenül befolyásolhatják a méhür alakját. Medencevégű fekvésnél a kedvezőtlen térkihasználás miatt gyakoribbak a térd- és csipőizületi ficamok. Tehát nem a ficam az elsődleges, hanem a rendellenes fekvés. E feltevéseket a közölt eset is megerősíti, ahol hátrahajlott méhnél két vetélés után négy szülés folyt le; három medencevégű fekvésben, egy pedig arctartásban. Az utóbbi baloldali csipőizületi ficammal szövődött. Az anyánál a gyakori medencevégű fekvést kétségtelenül egy meghatározott tényező okozta. Hogy ez a tényező jelen esetben a megállapított méhhátrahajlás vagy pedig a méh alakbeli változása, azt pontosan megállapítani nem lehet. Hogy az anya családjában kétízben volt ikerszülés és ő maga is ikerszülésből származott, inkább az utóbbi mellett szól. Hogy éppen a csipőizületi ficamú gyermek arctartásban született, még nem szól a csipőizületi ficam és medencevégű fekvés közötti összefüggés ellen. Általánosan ismert, hogy medencevégű fekvések az utolsó hetekben is átváltozhatnak önként fejvégű fekvésekké. (O. 9.)

Hady László dr.

Kísérletes vizsgálatok a magzat méhenbelüli B₁-vitaminellátásához. *Gaehtgens.* (Arch. Gynäk. 1941. 171. 415.) Nagyobb anyagon végzett vizsgálatai alapján megállapítja, hogy a B₁-vitamin (aneurin) a köldökzsinór vérében éppúgy kimutatható, mint az A- és C-vitamin. Régebbi vizsgálataival megállapította, hogy a terhes nők vérében a B₁-vitaminszint erősen emelkedett nem terhes nőkével szemben. A köldökzsinór B₁-vitamintartalma az előbb említett két érték között foglal helyet. A lepény a B₁-vitamint átengedi. Ha az anyának a tápcsatorna megkerülésével nagyobb mennyiségű aneurint adagolt, úgy a köldökzsinórvér B₁-vitamintartalma is emelkedett. Ezzel bizonyítottnak veszi, hogy a magzati szervezet nem maga építi fel a B₁-vitamint, hanem az az anyai vérből egyenesen átkerül a magzati vérkeringésbe. (O. 10.)

Thaisz Kálmán dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

Trachoma és sulfamidok. *Balcet.* (Bolletino d'Ocul. 1941 október.) A sulfamid-vegyületek nem tekinthetők a trachoma fajlagos gyógyszerének, a kórokozóra nem hat, csupán a másodlagos fertőzést küzdi le. Kritikával használva, a bevált régi mechanikus kezelés mellett kiváló gyógyszernek mondható. 300 transjordániai (arab, cserkesz) trachomáson szerzett tapasztalatai szerint az általános sulfamid-kezelés kiváló eredményekkel bír a szövődményekre, míg a csomók és túltengések, elfajulás nem befolyásolható. Helyi kenőcsös kezelés eredménytelen. (G. 12.)

Grósz István dr.

A hypertonia hatása az agyi és retinalis keringésre. *Kenel.* (Rev. Méd. Suisse Rom. 1941 július.) A kompenzált, jóindulatú vérnyomásemelkedés jólismert szemtünetekkel jár együtt. A rosszindulatú alakba

BILAGIT-CHINOIN
Rationalis összetételű cholagogum, choleretikum
20 és 40 tabletta

való átmenetelt a tünetek súlyosbodásán kívül a retinalis és általános vérnyomás közti viszony megváltozása jelzi (az ideghártya központi arteriájában uralkodó nyomás *relativ* emelkedése). Ugyanekkor az agyi keringés is szenved és intracranialis nyomásemelkedés állhat be. Ennek jele a látótér szűkülete. A mérgezésen kívül e nyomásemelkedés okozza a számos panaszt (szédülés, főfájás, stb.). A gerinccsapolás nagymértékben csökkenti az általános és szemészeti tüneteket. (G. 9.) *Grósz István dr.*

A-vitaminháztartás szemhéjelváltozásokban. *Bolettieri.* (Bolletino d'Ocul. 1941 október.) 20 jégárpás és 23 xanthelasmás egyén fényérzékét és serumértékeit vizsgálta. Chalazeon-képződés kissé magasabb serum-carotin-szinttel jár. Xanthelasma normalis A-vitamin- és carotin-értéket mutatott, míg az adaptatio csökkent volt. Ez utóbbi tehát nem A-hiánnyal függ össze, hanem májelégtelenséggel és lipaemiával. (G. 10.)

Grósz István dr.

K-avitaminosis szerepe intraocularis vérzésekben. *Scardaccione.* (Bolletino d'Ocul. 1941 október.) A római szemklinikán végzett prothrombinaemia-vizsgálatok szerint különböző intraocularis vérzések (retina ismétlődő vérzései, központi vivőér rögösödése, haemorrhagiás glaukoma) normalis értékkel járnak, tehát nincs K-hiány. A műtéti anyag (67 beteg) 12%-ában talált mérsékelt hypo-prothrombintaemiát, de ez nem járt különösebb vérzékenységgel. Kifejezettebb csökkenés azonban súlyos postoperativ vérzést okozhat (két plastika). Sárgaság nyolc esetéből három normalis öt csökkent értéket mutatott; utóbbiakból két betegnek retinalis vérzése is volt. Ikterus és malaria szemfenéki vérzéseit K-avitaminosis magyarázhatja. (G. 11.)

Grósz István dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Orvosi műszótár. Manninger—Bakay neveskönyve alapján szerk.: *Torday Ferenc* egy rk. tanár. (Novák és Tsa, 1942. Ára kötve 16 pengő.)

Évek óta tudjuk, hogy a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat egy nagy orvosi lexikon kiadását tervezi, melyen Nékám professzor vezetése alatt számos jeles szakember dolgozik, s ami szinte hiánytalanul fogja a tudományunkban és az orvosi közhasználatban előforduló több mint 40.000 szó és elnevezés jelentőségét és lexikonszerű ismertetését megadni. Bármilyen kincsestára lesz is ez a nagy mű az orvosoknak, nem teszi fölöslegessé Torday Ferenc ez áldozatos munkáját, amellyel egy új kis orvosi neveskönyvvel ajándékozott meg bennünket. Nincs olyan orvosíró, de még olvasó sem, aki olykor egy idegen szakkifejezésen fennakadva, ne sóhajtott volna fel már évek óta a Manninger—Bakay-féle neveskönyv után, melynek példányai már régiségeseknél sem találhatók. Ettől az akadozástól ment fel bennünket ez a jól kezelhető, pompás kis könyv (no azért elég tekintélyes tartalmú: 500 lap, 1000 hasábján 17—20 ezer címszó!), melyet nem nélkülözhet senki sem tudományunk mai specializálódása idején, s ami olyan jól kisegít bennünket korosodásunkkal járó szófelejtésünkből. Lehetett volna talán rövidebbre is venni, hogy egyes tőszavak ne minden jelzőjükkel minősüljenek külön kifejezésekké (pl. abortus, ab. artefic., ab. crim., ab. habit., ab. incompl.), de így esetleg hiányosságát vetették volna szemére különösen az anatómiai nomenclatura tekintetében.

A szójelentések megadásában a szerző jó magyar nyelvérzéke nyilatkozik meg, noha teljesség kedvéért a rossz magyar szavakat is adja. A könyv kiállítása, kötése kifogástalan. *Vámossy prof.*

Elsősegélynyujtás képekben. Irták: *Orovecz Béla* orvosszázados és *Telbisz Albert* orvosőrnagy, egy. m. tanár, előszóval ellátta *Komposcht Nándor* vezérőrnagy, csoportfőnök. (A »Riadó« kiadása.)

Sok könyvet és népszerű ismertetést láttunk már az elsősegélynyujtásról, de ilyen tökéleteset és mindenki számára hasznosat még nem. Néhány okos szó a segélynyujtás általános szabályairól, az életjelenségekről és a halál felismeréséről, aztán jönnek a sérülések, élesztések, harcgázmérgezések ellátása, végül a betegszállítás szabályai és a légoltalmi mentőtáskák tárgyalása. De mindez rövid, megszámozott pontokban írva, kitűnően megfogalmazva és minden ponthoz egy-egy kifogástalan, a mozdulatokat jól bemutató ábra tartozik, melyek kifogástalanságáért *Hollós Endrét* illeti elismerés. Melegen ajánljuk beszerzését minden orvostársunknak, mert nemcsak ők maguk is okulhatnak belőle, hanem a közönség kitanítására tartott tanfolyamaikon igen jó hasznát veszik. Köszönettel tartozunk e jó munkáért a szerzőknek és a kiadó »Riadó«-nak egyaránt. *Vámossy prof.*

Die Neurosen des Kindesalters. *F. Hamburger.* (F.) Enke, Stuttgart).

A lélek befolyása — mondja a szerző, a bécsi egyetemi gyermekklinika igazgatója — tekintet nélkül arra, hogy az olvasó a lelkieket az idegsejtek működéseként vagy anyagtalan substantia-ként fogja fel, a testre jóval nagyobb, mint a testé a lélekre. E befolyás leginkább a vegetativ idegrendszer területén mutatkozik. Minden nagyobb hatású élmény, gáncsoló szó, barátságtalan gesztus, mely a gyermek önszeretetét, valamely szeretett egyénhez való viszonylatát bántólag érinti, psychés traumá válthat ki, mely a világra hozott vagy szerzett szervi túlérzékenység alapján az egyiknél hólyag, másiknál végbél, gyomor, szív, stb. zavarokra vezet, avagy a szervezet chemismusára hat bántólag. Valamennyi neurosist a Helmholtz-féle nemtudatos analogiaképzésre avagy a *Pawlow*-féle feltételes reflexekre vezeti vissza. Mindkettő hibás megszokásokat, assotiátiókat teremt s *a neurosis nem egyéb, mint rossz megszokás,* vagyis *ethizma* (εθιζειν = megszokni). Ezeket az ethizmás tünetcsoportokat megelőzni vagy gyógyítani csakis a lélekre való hatás ú. n. thymotrop-nevelés, illetve therapia útján lehet. Igen nagy szerepet játszik a tünetek okozásában és megszüntetésében a környezet, nevezetesen az anya. Pl. *ágybavizelő gyermekre* az anya megnyugtatása fontos, akár szóval, akár bárminő gyógyszerrel vagy bárminő villamozással, vagy a gyermeknek adott, de az anyának szóló suggestióval, s ezért mindig pontos, részletes előrásokkal történjék is. Szükség esetén rendelhetünk forró láb- vagy kádfürdőt lefekvés előtt, az ágy végét magasabbra emelhetjük és ha hiszünk a spina bifida occulta-ban, mint kórokozóban, adhatunk akár epiduralis injectiót is, de mindezzel csak önmagunkat áltatjuk. Ha eljárásunkkal az anyára kedvezően hatottunk, akkor ő ugyanígy hat a gyermekre és rendszerint nyert ügyünk lesz. *Az orvosnak,* még ha szervi hátteret talál is, melyet a lényegileg már beállott gyógyulás esetén is a megszokás rögzíthetett, *elsősorban a psychogen tényezőre kell figyelmmel lennie.* Csaknem minden idült köhögés »nervosus«, amit éppen a legkülönbözőbb utakon elérhető megnyugtató hatás bizonyít. Suggestiv kezelésre a röntgenileg igazolt hilus-árnyék, apró hőemelkedések, pos. tuberkulinreactio, stb. alapján a bronchialis mirigyek tbc-jére szóló diagnosis ellenére is a bántalom tapasztalt orvos kezében még a költséges légváltozás nélkül is elég gyakran meggyógyul. A főleg vagy kizárólag éjjeli alvásban rohamszerűleg beálló száraz köhögés csaknem mindig psychogen és thymotrop úton könnyen befolyásolható. A *codein szokásos adagjai* többnyire hatástalanok s ha mégis hatnak, csak suggestiv hatásról van szó. A német gyógyszerkönyvben maximalis-

CARBONA »Réthy« enyhén hajtó széntabletták

Indikációk: Erjedéses dyspepsia, catarrhus intestini, habitualis obstipatio, valamint obstipatióval kapcsolatos bélbajok, haemorrhoidák, graviditas, meteorismus, colica mucosa et membranacea. — **Eredeti csomagolás 50 és 100 tablettával**

A MABI, a MÁV. B. B. I. és a Postatakarékp. B. B. I. terhére szabadon rendelhető

FAGIFOR „CITO"

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lacto-kreosot-syrup

Ideális enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

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

Szabadon rendelhető: MABI, MÁV. B. B. I. Szklőv. közkórháza Szklőv. Alk. Segítő Alapja. Keresk. Segélyegyl.

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

ként jelzett adagnál jóval többet kell és lehet adni, ha valóban gyógyszeres hatást óhajtunk. Az el nem rontott csecsemő étvágya mindig feltétlenül megbízható, de elrontható, ha szopásra, nyelésre kényszerítjük, amikor nincsen kedve, mert ilyenkor gátlásos associatiókat teremtünk. Ugyanez áll a későbbi kisgyermekkorra is és soha sem ajánlatos a táplálékot kanállal tömni a gyermek szájába, hanem a gyermek maga keresse szájával a kanalat. Már a tányérjára se rakjunk túlnagy adagokat. És így tovább adjunk tanácsokat a neurosis összes féleségeire nézve.

Mindezek nem új dolgok, sok tekintetben talán túlzottak is, mégsem árt azokat időnként újra a mai orvosnak figyelmébe ajánlani, aki túlzottan hajlamos a laboratóriumi leletekre s az azokból levont diagnósisra támaszkodni és néha józan benyomása és ítélete ellenére is engedi magát segíteniakarásában megbénítani.

Ranschburg prof.

Innere medizin in der Chirurgie. *H. Kress* u. *W. Kittler.* (144 oldal. Ferdinand Enke, Stuttgart. Ára füzve 10 R. M., kötve 11.80 R. M.)

A szerzők célja, hogy lehetőleg egyszerű módon ismertessék a belgyógyászatnak azon fejezeteit, amelyek a sebészek számára nagyfontosságúak. *Az első fejezet* a keringésnek a műtéti előkészítésével foglalkozik. Ismerteti a műtét kapcsán támadó keringési ártalom lényegét, a szívelégtelenségnek az eredetét, a digitalis hatásmódját; rámutat azon szívelégtelenségekre, amelyek nem az első vizsgálatkor, ellenben akkor látnak napvilágot, amikor a keringésre nagyobb teher hárul. Itt hangsúlyozza a kórelőzmény fontosságát, valamint a részletes és el nem hagyható objectiv vizsgálatokat, az arteriosclerosis és coronaria sclerosis felismerését és azoknak a műtétet megelőző kezelését; nem hanyagolja el a sebészeknek sok gondot okozó elhájasodott egyének keringési zavarait. Részletesen feltárja a hyperthyreosisos golyva műtét előkészítését a keringés szempontjából. A fejezetet a keringési próbák problémája zárja le. *A második fejezet* a műtét után támadó keringéselégtelenséget, illetve annak kezelését tárgyalja. *A harmadik fejezet* a diabetesben, *a negyedik* pedig a sárgaságban szenvedők műtéti beállításával foglalkozik. *Az ötödik* nagy fejezet a légzőszerveknek megbetegedéseit és azok kezelését ismerteti, részletezi a műtét után támadó légútmegbetegedéseket és azok gyógyítását. *Utolsó fejezet* az alvás zavarainak kérdését tárja fel.

A munka azt az annyira kívánatos törekvést támasztja alá, melynek lényege a belgyógyászi gondolkodásnak a sebészetbe való bevonása; a sebész-belgyógyász közös problémáit úgy foglalja össze, hogy irányt szab a mindennapi gyakorlat számára.

Klimkó prof.

A jászkarajenői Mira keserűvíz hashajtó hatásáról *és annak alkalmazási módjáról a székszorulás különböző alakjainál.* »A Mira keserűvíz legalább is egyértékűnek, vagy előnyösebbnek bizonyult az eddig használatos keserűvizeinkkel szemben, részben enyhe kellemes hajtó hatását illetőleg, részben az íznek elviselhetőbb és a kiürülésnek nem drasztikus volta miatt. Mérsékelt adagok mellett nem láttunk tőle durva laxáns egyéb keserűvizeinket.« A bpesti Kir. M. Pázmány Péter Tud. Egy. II. sz. belklinikájának közleménye. O. H. 1925., 44. sz.

Szovjet-orosz egészségügyi viszonyok.

Írta: *Dajbukát Jenő dr.*

A környéken malaria és trachoma is előfordult. A kezeléseket egy nővér (szesztra) végezte. A malariásoknak évente háromszor három napon át Atebrint adott. Az Atebrint (ők Akrekhin-nek mondják) eredeti orosz gyógyszernek tartják, amelyet a németek tőlük vettek volna át. A trachomakezelés elsajátítására egyhónapos tanfolyamot végzett a szesztra. A szokásos becseppentéseken, edzéseken kívül a csomók kinyomását is végezte. Nem a betegek keresték fel, hanem ő járt a betegekhez. Havonta egyszer szakorvos is ellenőrizte és ennek beszámolt az eredményekről, újabb megbetegedésekről és bemutatta a bonyolultabb eseteket. A trachomakezelésért 175, a malariakezelésért 160 rubelt kellett volna kapjon, de csak 260 rubelt fizettek. Lakást, fűtést és világítást is kapott. A fizetések így első hallásra jónak mondhatók, de ha figyelembe vesszük, hogy a rubel vásárlóértéke 5—10-szer kevesebb volt, mint a pengőé és az árak hihetetlenül magasak, látjuk, hogy a fizetésekből éppen csak a mindennapi megélhetésre jutott. Tájékozódásul és összehasonlításra felemlítek egypár adatot. Egy kg marhahús ára 15 rubel, egy kg szalonna 30 rubel, egy kg kenyér kezdetben két, majd a háború alatt négy-hat rubel. Egy gumitalpú vászon teniszcipő 30—40 rubel (majdnem mindenki ilyen cipőkben járt, harisnya nélkül). Egy bőrcipő 100—150 rubel, egy méter pamutvászon négy-hat rubel. Kész férfiruha 400—600 rubel, egy télikabát 1000 rubel. Hozzávéve azt, hogy minden szovjet áru rossz tömegmunka és silány minőségű volt, nem csodálkozhatunk azon, hogy ott a rongyosság nem volt szégyen. Tanítókat, tanárokat, mérnököket, orvosokat lehet nyáron mezitláb találni, kiknek ruhatárát egy vagy két ócska ruha képviseli. A városokban valamivel jobbak voltak a viszonyok, annyival is inkább, mert a szovjet rendszer a falvakat igen hosszú ideig szándékosan elhanyagolta, mivel a paraszt a világon sehol sem érti meg a kommunista közösségi eszméket, szívósan védelmezi a magántulajdont, amely az emberi munka egyik fontos sarkalója.

Az említett falu környékén 55—60 volt a trachomások száma. Malariás 120—130 volt évente. Itt a Dnyeper árterülete helyenként 30—40 km széles és azon számtalan kisebb-nagyobb tócsa, mocsár, a szúnyogok kiirthatatlan fészke. Igaz, nem is törekedtek a kipusztításukra. Megelégedtek annyival, hogy a malariás vidékeken a betegséget, szúnyogokat és a védelmet ismertető füzeteket osztottak ki és szemléltető falitáblákat függesztettek ki a látogatott helyeken. Malariakutató állomásuk nem volt.

A gyógyszerészek kiképzése három évig tartott. Kevés volt a számuk, mert az orvosok és felcserek is ott, ahol nem volt gyógyszertár, ennek vezetését el kellett lássák. A gyógyszertár berendezését, felszerelését, a gyógyszereket az államtól kapták központi úton. Gyógyszerészek inkább az ilyen elosztóhelyeken működtek vagy városokban. A recepturában grammokban számoltak. Ugyanazokat a gyógyszereket, készítményeket használták, mint amelyeket mi is alkalmazunk. A védett névvel nem sokat törődtek, Aspirin, Salvarsan, Atebrin, Bromural stb. néven hozták forgalomba a készítményeiket. A csomagolás kezdetleges volt. Parafadugó helyett va-

lami kátrányos anyaggal bevont papírdugókat használtak. A dysenteria kezelésében alkalmaztak egy jó összetételű szert, amit mi is használtunk eredményesen cystitis, cysto-pyelitis és colitis esetén is: fél gramm salolt és két centigramm extr. Belladonnae-t tartalmazott. A jódtinctura helyett az úgynevezett Zelyonka-tincturát alkalmazták. Ez brillantzöld 3%-os alkoholos, vizes oldata. Mi is használtuk. Előnye a jód felett, hogy nincs maróhatása, érzékeny bőrűeknél sem okoz bőrgyulladást.

Az ápolónők (szesztra) kétéves tanfolyamot végeztek. Egészségügyi alapismereteket, betegápolást tanultak. Inkább a kórházakban dolgoztak és az orvosok rendelkezéseit hajtották végre. Gyógyszert, injectiókat beadhattak. Voltak azonban szükségápolónők is szép számmal. Ezek 3—6 hónapos tanfolyamot végeztek. Az egyik 600 lakosú faluban (Kateschino) az 50 éves ápolónő, aki háromhónapos tanfolyamot végzett, ahol főleg az első segélynyujtást tanulta meg, a bábateendőket is ellátta, pedig ezt nem tanulta. Évente 20—25 szülése volt. Havonta 20 munkanapnak megfelelő fizetést kapott (120 rubel), azonkívül lakást, fűtést, világítást. Táskájában jód-, opium-, valerianna-tinctura, aspirin, gyomorcseppek voltak. Ünnepélyesen autógumiból készült bocskorban fogadott.

A szovjet a legtöbb vidéki kastélyt üdülőnek, szanatoriumnak, kórháznak használta fel. Természetesen itt alkalmazkodniok kellett a meglévő helyzethez, úgyhogy ezek nem mindenben feleltek meg a céljuknak. Az újonnan épült kórházak vidéken pavillonrendszerben, a városokban tömbrendszerben készültek. Nem vagyok hivatva az építkezést bírálni, de azt, mint hozzá nem értő is láttam, hogy silány munkát végeztek, hiszen az egy-két évtizede álló épületek omladoztak, repedeztek. Nekünk szinte érthetetlen, hogy lehet megtervezni egy kórházi pavillont árnyékszékek nélkül? Azt feleslegesnek tartották, e célra a modern kórház közvetlen környéke szolgált. Az épületek között nem csináltak járdákat és ha esni kezdet, a szó igazi értelmében térdig ért a sár és lehetetlen volt a közlekedés. Sokszor úgy látszott, hogy teljesen ötletszerűen építettek kórházakat eldugott kis falukba, annak is a szélére. Így a megközelítésük nehézkes volt.

A Bug partján fekvő Petsara városkát nemcsak a súlyos harcok teszik örökre emlékezetessé, hanem egy másik megrázó élményem is. A városka szélén *egy csonttuberkulotikus kórház* van, amely így belekerült a harcokba. A bevonulás után megnéztem. A réten a szokásos kép: eldobált fegyver és lőszer, felborult gépkocsik, kilőtt tankok. Egy orosz tank beleszaladt az egyik pavillonba, áttörte a falat és a kezelőben állt meg. Sehol egy ép ablak nem volt. A kórtermek képe megdöbbentő volt. Ott feküdtek a magukkal tehetetlen nyomorékok, félőrülten a kiállott izgalmaktól, szenvedésektől és a félelemtől. Az oroszok, hogy a nép mindenhonnan elmeneküljön, azt hirdették, hogy mi mindenkit legyilkolunk. Az orvosok, ápolószemélyzet elmenekült, csak az egyik szakácsnő maradt a helyén és a még mozogni tudó betegek segítségével ellátta a nyomorékokat, különben éhen pusztultak volna. A bűz és a piszok mindenütt förtelmes volt, még üvegnélküli ablakok mellett is. Jól tudjuk, hogy a legtisztábban tartott gennyesosztályokon is érezhető a sajátságos szag. Itt a betegek több, mint egy hete nem voltak kötözve, sok mozdulni sem képes beteg a szükségletét is az ágyban végezte el. A legyek milliói habzsolták az undorító lakomát. Falusiakat tereltünk össze, majd egy-két, a faluban lakó ápolónő is előbátorkodott és velük együtt megkezdtük a takarítást, betegek ellátását. Maga a kis kórház jól el volt látva. Szép műtője volt, ellátva bőven csontsebészeti műszerekkel. Laboratorium és röntgen is volt. *De vízvezeték nem volt* és vizet az udvaron lévő szivattyús kútból hordtak. A helyét is rosszul választották meg, mert közvetlenül az út mellett feküdt és így poros is volt.

A többi kisebb-nagyobb vidéki kórház 50—100 ágyas létszámmal körülbelül így nézett ki, ha a felszerelése nem is volt ilyen bőséges. Rendesen a sebészet-nőgyógyászat együtt volt. Minden kórházban járó betegrendelés is volt, amelynek forgalma 30—70 beteget is elért naponta. Két-három orvos látta el a szolgálatot. Havi fizetésük hat és félórai napi munka után 360 rubel volt. A fertőzőbeteg-osztály orvosa s a röntgenorvos csak öt órát dolgozott, de magasabb fizetést kapott 170 rubellel. Szabadságuk is másfél hónap, míg a többi orvos két vagy négy hetet kap attól függően, hogy hány éve orvos? Az idősebbek több szabadságot kapnak. A kórházi kezelés teljesen ingyenes. A kórházi ágyak száma 1939. évi szovjet adatok szerint 672.000 volt. Ez azonban nem felel meg a valóságnak. A kórházi ágyak kihasználását megnehezítette az, hogy a gyógyíthatatlan betegeket is a kórházakban ápolták.

A *nagyvárosi kórházak* legtöbbje még a cári világban készült. Mivel nem gondozták őket, az egykor szép épületek kopottak, omladozók. Sehol annyi rozoga, omladozó épület nincs, mint a Szovjetúnióban, mert senki sem gondozta őket, mint az állam tulajdonait. Az állam pedig minden pénzét a fegyverkezésbe ölte. Az új kórházépületek ízléstelen tömegükkel tűntek ki. Dnyepropetrowszkban felkerestem többek között a *sebészeti klinikát.* Csak a tanár tudott egy-két szót németül. A klinika zsúfolva volt. Sok háborús sérült polgári lakos feküdt bent. Az volt a meggyőződésem, hogy túlságosan gyakran és könnyen amputálnak. Igaz, sok volt a gázoedemás betegük is. Érdekesebb esetet nem láttam. Az épületet olyan szerencsétlenül építették meg, hogy a folyosó közepre került és sehonnan sem kapott világítást. Nappal is csak villany mellett lehetett látni. A klinika múzeumában láttam egy érdekes készítményt. Ép, nativ készítményű tüdő, amelynek tapintata, színe természetes, de pehelykönnyű. Nem tudtam meg, hogyan készítették.

Más országgal alig voltak az orvosoknak kapcsolataik. Külföldi szaklap csak egyes intézeteknek járt. Nagyorosz nyelven megjelenő, Cyrill-betűs orvosi lapjaik vannak, az orvosi könyveik is ugyanilyenek. Elzárva a világtól sok mindent újból felfedeznek vagy módosítnak. Láttam egy orosz tüdőtöltő találmányt, amelyre igen büszkék voltak. A rengeteg csap megnyitása és elzárása, a két deszkalap (amelyen a víztartály és az üres henger van rászerelve) csigán történő fel- és letologatása azonban igen megnehezíti és hosszadalmassá teszi a kezelését és orosz türelmet igényel.

Pár évvel ezelőtt a mi szaklapjaink is foglalkoztak azzal az orosz felfedezéssel, amely balesetek következtében elhalt, egyébként egészséges emberek vérét a halál után kiengedte és bizonyos conserváló eljárással későbbi vérátömlesztésekre használhatóvá tette. A megkérdezett orvosok is csak hallottak róla, hogy talán Moszkvában csinálnak ilyesmit, de nem alkalmazták még a kórházakban sem. A harctéren

sem tudok az alkalmazásáról, pedig éppen itt tág tere nyílt volna felhasználásának.

1926-ban a vetélések ellen is szigorú intézkedéseket hoztak, mert a régebbi törvény, amely a művi vetélést nem büntette, azt eredményezte, hogy városokban szülés alig volt és a szövődményes női megbetegedések ijesztő mértékben megszaporodtak. A törvény életbelépése után művi vetélést csak szigorú javallatok mellett kórházakban vagy intézetekben lehetett végezni. A javallatokban foglalt betegségek ugyanazok, mint nálunk. A terhességet indokolatlanul megszakítókat szigorúan büntették, a legenyhébb büntetés egyévi kényszermunka. Az orosz nép máskülönben szapora, legalább is a falvakban. Öthat gyermek egy családban nem ritkaság. De az sem ritkaság, hogy mindenik gyermek más-más apától származik. A Szovjetunióban a házasság és a válás is igen könnyen ment. A házasulandók elmentek a kholkhoz vezetőhöz, városban a főnökhöz és az beírta őket valami anyakönyvfélébe. Ha válni akart valamelyik, újra elment és akkor törölték a könyvből. A szovjet nő mindenben teljesen egyenjogú volt a férfiakkal, de ennek csak a hátrányait érezte. Így például katonáskodnia is kellett és dolgozni éppen úgy, mint egy férfinak. Amellett ellátta a háztartási teendőket is, mert cseléd nem volt. Természetesen így a gyermeknevelésre alig maradt ideje. Az orosz ember a fájdalmakat jobban tűri, mint mi. Sebesülteket láttam csunya sérülésekkel, jajszó nélkül várva, hogy mi történik velük? Valami előttünk érthetetlen fásultság és közönyösség van bennük.

A közegészségügyi állapotok rosszak. Nem lehet egészségügyről beszélni ott, ahol az árnyékszékek ritkaságszámba mennek és ami van is, csak egy gödör. A falusiak jó időben a ház körül, rossz időben az istállóban végzik el bajukat. A falusi lakás egyetlen szobából áll, a pitvar pedig összeköti azt az istállóval is. A padlójuk földes és a tenyérnyi ablakokat nem lehet kinyitni, mert be vannak építve. A lakásokban így elképzelhetetlen bűz van. A rossz egészségügyi, lakásviszonyok mellett sok az angolkóros, sápadt, vézna gyermek. Általában jól táplált embert alig látni. Még a termelő paraszt is adagokat kapott, amitől hájat nem eresztett. A vízellátás is nyomorúságos. A víz a legtöbb helyen rossz pocsolyaízű és nagy sulfáttartalma miatt hashajtó hatású. Állandó fogyasztása katonáinknál egész vérhasszerű állapotot tartott fent. Mivel a talajvíz a legtöbb helyen magasan áll, a kutak legtöbbje ásott kút. Bélelésük kő vagy tégla, tele becsurgási nyomokkal. A víz kiemelését a lakosság magával hozott kötél és veder segítségével végzi, úgyhogy rááll a földből alig kiemelkedő kávára. Így a fertőzési lehetőségek bőven megvannak. A vérhas, typhus állandó megbetegedések. A törvény szerint typhus ellen mindenkit beoltanak 12—16 éves kora között. Még így is előfordulnak hatalmas járványok. Az említett Pawlowka környékén 1930-ban typhusjárvány volt. Majdnem mindenki megkapta és nagy volt a halálozás is. A beteg, legyengült emberek nem tudták a gazdasági munkát ellátni, szántani, vetni és így a következő évben az éhínség tizedelte meg őket. A szovjetben szószerint betartják, hogy aki nem dolgozik, az ne is egyék.

A fertőző betegségek elterjedéséről, megbetegedési és halálozási arányáról nem tudtam adatokat szerezni. A járványokat az orvos állapította meg és jelentette a felügyelőnek. A fertőző betegek olyan be- és kijelentése, mint nálunk van, nem volt. Himlőoltást végeztek a kéthónapos kortól, nyolcéves és 19 éves korban. Diphtheria ellen egyéves és négyéves korban oltottak. Anatoxint használtak az oltásra. Nagy városokban a gyermekeket Pirquet szerint átvizsgálták. Egészségházaik nem voltak. Csecsemőgondozást csak a nagy városokban ismertek. Itt kitűnően felszerelt bölcsődék, napközi otthonok, játszóterek voltak. A külföldiek csak ezeket látták és ezeket ismertette a szovjet hírverés is.

Az általános tisztátalanság miatt sok a bőrbeteg is. Szappant vidéken egyáltalában nem, városban is igen nehezen lehetett kapni. A kórházakba is alig jutott egy-egy szappan és az orvosok a szappant zsebükben hordták. Csatornázás csak a milliós városokban van és vízvezeték is csak ott. De azok is gyakran felmondják a szolgálatot. A legtöbb helyen kézi vagy gépi szivattyúkkal kutakból nyomják fel a vizet.

A lakásviszonyok igen rosszak. A tervgazdálkodás ideje alatt a nagy városok száma 31-ről 82-re szökött fel és a városok száma meghaladja a 9000-ret. A vidékről beáramlás túlzsúfolta a városokat és lakásínséget csinált. Egy-egy kétszobás lakásban négy család is lakott, közös konyhát használva. Az új munkásépületekben is hasonló volt a helyzet.

Egészségügyileg a városi, ipari lakosság a falusival szemben sokkal kedvezőbb helyzetben van. Városban vannak a kórházak, gyógyszertárak, orvosok, fürdők és más egészségügyi intézmények is.

A baleset vagy más okból rokkanttá válókat bizottság vizsgálta felül. Ez orvosokból és kiküldöttekből állott. Három rokkantsági fokozat volt: I. munkaképes rokkant, II. munkaképtelen, de önmagát ellátni tudó rokkant, III. önmagával tehetetlen rokkant. A fokozatok szerint kaptak teljes vagy csökentett fizetést, illetve gondozást. Az állam látta el őket gyógyászati segédeszközökkel, művégtagokkal is.

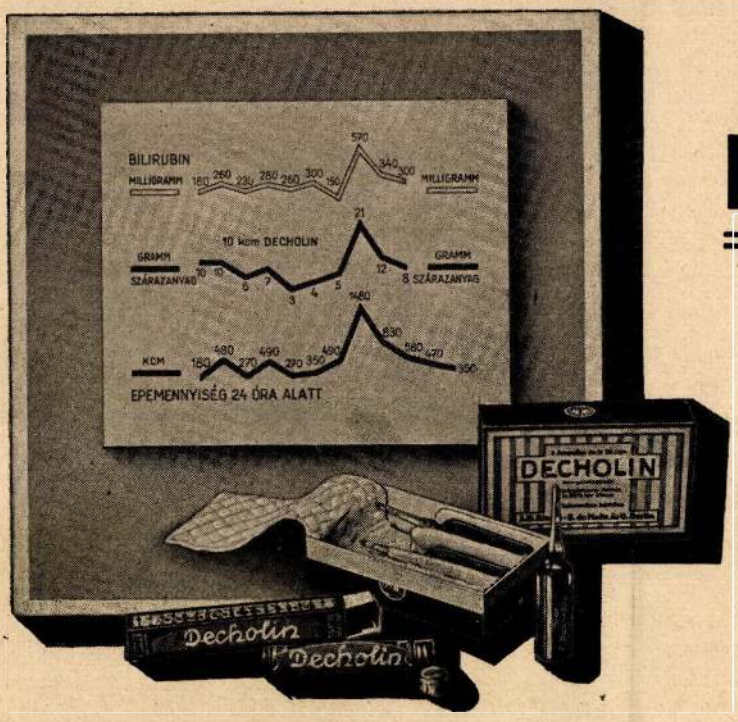
A vidéket vándor fogművesek járták és így sok műfogsorú, műfogú embert lehet találni. Csak olcsó fémanyagokat használtak. Az élcelődők szerint acélfoguk volt, de nem volt mit rágni.

A szovjet egészségügy élén népbiztos állott. Minden egészségügyi, kórház, betegellátási, rokkant stb. ügy ide tartozott. Az ellenőrzéssel kerületenként felügyelők voltak megbízva. Ezeknek a feladata volt az orvosok, felcserek stb. évenkénti ellenőrzése is. A munkás- és paraszttanácsok azonban mindenbe beleszólhattak és sokszor az ő szűklátókörű véleményükön buktak el az egészségügyi javaslatok. Az egyik faluban például artézikutat akartak csinálni, de a tanács nem járult hozzá, mert fontosabb a búza, amiből élünk. Vidéki kórházi orvosnő panaszolta, hogy a falusiak feljelentették, mert gyermekgyógyász létére a sebész távolléte alatt nem akar műtétet végezni, hiszen ahhoz nem értett. Az volt a vád, hogy nem akarja elvégezni a munkáját. Csak hosszas vizsgálat után menekült meg a kényszermunka borzalmaitól. Úgylátszik, az orvosoknak a világon mindenütt egyforma a sorsuk: küzdeni kell a meg nem értés, közöny ellen és elviselni a rosszindulatú vagy ostoba rágalmakat.

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

Laikus propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra

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



Decholin

a máj epeképző és epeelválasztó hatóanyaga. Nem synthetikus anyag, hanem marhaepéből nyert physiologiás gyógyszer.

J. D. Riedel-E. de Haën A. G. Berlin

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

Tinctura Ferri Athenstaedt

CUM ET SINE ARSENO

0·2% Fe.

TONICUM :-: STOMACHICUM :-: APERITIVUM :-: ROBORANS

250 gr. ára P. 3.—

Orvosi mintával és irodalommal készséggel szolgál:

VAJNA JÓZSEF GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUMA

BUDAPEST, IV., VÁCI-UTCA 34.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift. 11. sz. *Dinkler* G. Szolgálatképesség és szolgálatképtelenség megítélése a csapatorvos szempontjából. *Kirchner* M. A trigeminus neuralgia kezelése. *Kienle* F. Az E. K. G. typusváltozatainak diagnostikus jelentősége. *Mulzer* P. és *Jordan* P. A lepra, mint a gyarmati egészségügy elsőrendű problémája. *Kollmann* A. Koraszülött gyermekek kezeléséről. *Hoffmann* E. Német-japán orvosi kapcsolatokról személyes tapasztalatok alapján. *Lengemann* P. A koponya osteomyelitisének műtéti kezeléséhez.

Wiener Klinische Wochenschrift. 11. sz. *Wittek A.* Csont és izületi gümőkór kezelése magaslati klimában. *Drosch H.* Idült prostatitis kezelése. *Hellpach W.* Alpesi ember és nép. *Bergmeister* R. Megjegyzések Böck »Friss szemsérülések kezelése« c. előadásához (Wiener Kl. Wochenschr. 1941. 38. sz.)

Schweizerische Medizinische Wochenschrift. 11 sz. *Muralt* A. A kifáradásról. *Staub* H. A kifáradás pharmakologiája. *Koller* Fr. A hiánybetegségekről. *Földes* F. és *Strausz* E. A hypophysis hátsó lebeny hormon antidiuretikus hatásának meghosszabbítása zinksók hozzáadásával. *Thélin* M. H. A csecsemő és kisgyermek hirtelen halála. *Druey* I. és *Meier* R. A cibazol és acetyl-cibazol vizeletben oldhatósága. *Bucher* R. Kísérleti adat az universalis adóvér alkalmazásának kérdéséhez.

Újvidéken, a Dunaparton, 9 szobával 20 ágyas szanatórium, sebészeti és nőgyógyászati műtővel, bérbeadó vagy eladó. Cím a kiadóban.

VEGYES HIREK

Személyi hírek. A Kormányzó Úr Őfőméltósága a vallás- és közoktatásügyi miniszter előterjesztésére *Doros* Gábor egyet. magántanár, főorvos, *Pekanovich* István egyet. magántanár, főorvos és *Raisz* Dezső egyet. magántanár, főorvosnak az *egyetemi rendkívüli tanári címet* adományozta. A vallás- és közoktatásügyi miniszter a budapesti Tud. Egyetem orvostudományi karán *Farkas* Károly egyet. tanársegédnek, *Szakolóczy-Syllabo* Béla egyet. adjunktusnak, *Juba* Adolf egyet. tanársegédnek, *Gereczky* László egyet. tanársegédnek s a szegedi Tud. Egyetemen pedig *Scholtz* Gusztáv orvosőrnagynak egyetemi magántanárrá történt képesítését tudomásul vette és őket e minőségükben megerősítette.

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága meghívására *Lothar Kreuz* ny. r. tanár, a berlini egyetem orthopädiai klinikájának igazgatója március 30-án este 6 órakor a budapesti Tudományegyetem Közegészségtani Intézetének tantermében »Therapeutische Nutzleistung und Arbeitseinsatz nach schweren Hand und Armverletzungen« címmel, filmbemutatással kísért előadást tart.

A Budapesti Központi Gyógy- és Üdülőhelyi Bizottság az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottságával karöltve április 20—25-ig *a balneológia és klimatológia tárgyköréből orvosi továbbképző tanfolyamot rendez* fővárosi és vidéki orvosok részére. A tanfolyam rendezősége a jelentkezők részére nagy kedvezményket biztosított s a szakelőadások mellett változatos társadalmi programról is gondoskodik. Jelentkezni *április 7-ig* a Budapesti Központi Gyógy- és Üdülőhelyi Bizottság irodájában (V., Vigadó-tér 3., távbeszélő: 18-12-80 és 18-09-65) lehet.

Orvosdoktorrá avattattak a pécsi Tud. Egyetemen: *Pilaszanovich* Tivador Gábor, *Ficzkó* Gyula, *Lengyel* György István. Üdvözöljük az új kartársakat.

Az Egyesült Államokban évente átlag 4000 orvos hal meg. 1940-ben az utánpótlás 6000 volt, úgyhogy ebben az évben az orvosok száma 2000-rel szaporodott.

Syriában az ausztráliai katonák között kiütéses typhusjárvány tört ki. Az angol hatóságok mindent elkövetnek, hogy megakadályozzák a járvány terjedését, mivel itt sok sebesült katona van az északafrikai harctérről.

Volga vidékén, a százezerszámra összezsúfolt menekültek között súlyos typhusjárvány tört ki. A rosszul táplált és részben lakás nélküli emberek között az áldozatok száma nagy.

Felhívjuk olvasóink figyelmét Torday F.: »Orvosi műszótáráról« és »Elsősegélynyujtás képekben« című munkáról mai számunkban írott könyvismertetésünkre.

HETIREND

Szerdán, 8-án 6 ó. A Közkórházi Orvostársulat ülése. *Schaffler* J.: Az epekőbetegség kezelése. *Csiky-Strausz* Á.: Adatok az epeutak sebészetéhez.

Pénteken, 10-én, a Bp. Kir. Orvosegyesület ülése. Előadások. *Novák* E.: A golyva sebészetének néhány kérdése. *Papp* K.: Csecsemőkön aktív védőoltásokkal kifejlesztett immunitásról.

1472/1942. szám.

Tolna vármegye központi járásának főszolgabírája.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Tolna vármegye központi járásához tartozó Alsónyék nagyközségben lemondás folytán megüresedett *községi orvosi állásra* pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma az állami rendszerű X. fizetési osztály 3. fokozata szerint járó kezdő fizetés, a VI. lakbérosztály szerint járó lakáspénz, rendelőszoba bére, fűtési és világítási költsége címén havi 12 P járulék s a vármegyei szabályrendelet szerint járó rendelési és látogatási díjak.

Az állásra pályázni óhajtók a m. kir. belügyminiszter úrhoz címzett, szabályosan felbélyegzett kérvényüket a »Népegészségügy« című hivatalos lapban történt közzétételre számított 15 nap alatt hozzám — közszolgálatban állók hivatalfőnökük útján nyujtsák be.

A pályázati kérvényben eredetben vagy hiteles másolatban a »Népegészségügy« című hivatalos lapban közölt »Számmagyarázat« 1—12. és 13., vagy 14. számjegyei alatt megjelölt okmányokat kell csatolni.

A közszolgálatban lévő pályázók a törzskönyvi lapjukon (minősítési táblázaton) feltüntetett s a pályázatnál előírt adatokat a törzskönyvi lapjukkal (minősítési táblázattal) is igazolhatják.

Szekszárd, 1942 március 16.

Polgár főszolgabíró
vm. tb. főjegyző

A *Magyar Országos Orvosszövetség Fürdőorvosi Szakosztályának* védelme alatt működő *Magyar Fürdőalkalmazottak és Úszómesterek Országos Egyesülete* díjtalanul közvetít állandó alkalmazásra, vagy ambuláns kezelésre oklevéllel rendelkező, a legmagasabb igényeknek megfelelő gyógymasszőröket, vízgyógykezelőket, lábápolókat, stb. Budapest, Irányi-utca 21—23., félemelet 12. Hivatalos órák: este 4—6-ig. Telefon: 186-632.

Tussalin a legjobb expectorans minden életkorban

Uricedin

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

Magyarországi vezérképviselet:

Medichemia Gyógyszerkészítmények Gyára R.T.

Budapest, X., Hölgy-ucca 14

J. E. Stroschein

Chemische Fabrik K. G.

Berlin

ACEDICON

a makacs köhögésnél

Az Acedicon igazi területe az a makacs köhögés, mikor más köhögéscsillapitószerek pl. codein, csődöt mondanak, ami oly gyakran fordul elő sulyos chronikus bronchitisnél, bronchiektásiánál, tüdővérzésnél, tüdő- és gégetuberculosisnál, pleuritisnél és bronchusráknál.

A legcélszerübb és legjobban bevált adagolás, mit a betegek jól türnek: kétszer napjában egy fél tabletta (0,0025) este pedig egy egész tabletta (0,005).

Csomagolás: Csövek 10 és 20 tablettával á 0,005 g.

INGELHEIM

C. H. BOEHRINGER SOHN · INGELHEIM AM RHEIN

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

PRIMOVEROL

FORTE — MITE az ideális expektorans

hatása **négy-ötször erősebb** a senegánál, illetve az ipecacuanhanál.
A gazdasági viszonyokat szem előtt tartva ára **olcsó.**
MABI, Szfőv. S. A. terhére szabadon rendelhető.

Mintával készséggel szolgál: **Szent Péter gyógyszervegyészeti laboratórium, Budapest, V., Pozsonyi-út 1. Telefon: 121-547**

logal

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

Kipróbált szer, ártalmatlan a gyomorra és a szívre

Antineuralgicum
Antipyreticum
Antirheumaticum
Analgeticum

Mintával és magyar szakirodalommal szolgál:

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

40/1932.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A *keszthelyi közkórháznál* megüresedő *alorvosi és kisegítő orvosi* állásokra pályázatot hirdetek.

Az alorvosi állás javadalma az állami rendszerű XI. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fütés, világítás, valamint az önköltségi ár 50%-ának megtérítése ellenében I. osztályú intézeti élelmezés.

A kisegítő orvos javadalmazása havi 80.— P. fizetés, bútorozott szoba, fűtés, világítással és 50%-os térítés ellenében I. oszt. intézeti élelmezés. A kisegítő orvos alkalmaztatása ideiglenes jellegű és bármikor minden jogigény nélkül megszüntethető.

Az állást elnyerni óhajtók szabályszerűen felbélyegzett kérvényeiket — közhivatalban lévők hivatali főnökük útján — Zalavármegye Alispánjához címezve, hozzám nyujtsák be 1942. április hó 20-án déli 12 óráig.

A pályázati kérvényhez a Népegészségügy »számmagyarázatában« 1—12 szám alatt megjelölt okmányok csatolandók.

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

Az alorvosi állás betöltése kinevezés útján két évre történik, amelyből végleges kinevezésre jogigény nem támasztható. A kinevezés két évre meghosszabbítható.

Az orvosoknak az intézetben kell lakniok, a természetbeni lakást csak saját személyükkel vehetik igénybe s magángyakorlatot nem folytathatnak.

Keszthely, 1942. március 9.

Kórházigazgató

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTÁN.

A szerkesztő fogadóóráját kedden és pénteken 12—1 óra között tartja.

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**

DH **Dialgin** caps. és kúp.: megbízható antipyreticum és antirheumaticum · 10 caps ára: P. 2.- · 5 kúp ára P 2·50

Expectin sol.: expectorans, köhögésnél rekedtségnél, ipecacuanha helyett · 1 üveg 10 gr. ára: P. 2·20

Frombogen inj.: varix és haemorrhoidalis csomók kezeléséhez · 3 amp. á 3 ccm. ára: P. 2·10.

Gyártja és forgalomba hozza: Diachemia Straub Sándor gyógysz. és vegy lab. BUDAPEST VI. Teréz-krt 27.

Dr. Deér Endre serobakteriologiai laboratoriuma

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

Scarlantin
Diphtantin
Védőoltóanyagok
sec. Dr. Deér

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

Sanguityp
Vércsoporthatározó

Lábadozóknak
Kimerülteknek
NERVITONICUM
Dr. Deér
ROBORANS, TONICUM

Soványság, reconvalescentia, neurasthenia esetén kiváló roborans és étvágyjavító a

VITACHINA DRAGÉE.

B_1 vitamint, chinakérget, arsent és strychnint tartalmaz.

C hypovitaminosisban, fertőző betegségekben, normális fognövekedés biztosítására

VITASCORBIN SYRUP.

Állandó C-vitamin tartalmú, jóízű folyadék. Különösen ajánlatos a gyermekpraxis számára.

HYPANODIN INJECTIO, SUPPOSIT.

Opium alkaloidát nem tartalmaz. Műtétek utáni, vagy más eredetű fájdalmak esetén.

Rex Gyógyszervegyészeti Gyár és Gyógyáru Kereskedelmi R.-T.

Budapest—Debrecen

Fájdalmaknál

Quadronal

megbízható — hatásos — jól tűrhető

Naponta háromszor 1—2 tabletta

phiolák 10 és 20 tabletta tartalommal

Adatokkal készséggel szolgál:

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE I. W.

KÁLMÁN LEHEL GYÓGYSZERVEGYÉSZETI VÁLLALAT BUDAPEST 62

8382.544 szám. — XVI. 1942. *M. kir. belügyminiszter.*

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A gyulai kórháznál és a m. kir. állami elmegyógyintézetnél megüresedett két alorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma az állami rendszerű X. fiz. o. 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás, valamint az önköltségi ár 50%-ának megtérítése ellenében I. osztályú intézeti élelmezés.

Az állást elnyerni óhajtók hozzám intézett, szabályszerűen felbélyegzett kérvényeiket ezen pályázati hirdetménynek a Budapesti Közlöny című hivatalos lapban történt harmadízbeni közzétételétől számított 15 napon belül — közhivatalban lévő hivatali főnökük útján — a m. kir. belügyminiszteriumba (Budapest, I., Úri-u. 49. sz.) nyujtsák be.

A pályázati kérvényhez a Népegészségügy »Számmagyarázat«-ában 1—12 szám alatt megjelölt okmányok csatolandók.

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

Az állás betöltése alkalmazása útján 1 évre történik, amelyből végleges kinevezésre jogigény nem támasztható. Az alkalmazás 1 évre meghosszabbítható.

Az alorvosnak az intézetben kell laknia, a természetbeni lakást csak személyére veheti igénybe s magángyakorlatot nem folytathat.

Budapst, 1942. évi március 14.

M. kir. belügyminiszter.

TROPARIN COMBINATUM-*CHINOIN*

Novatropin 0·002 g + papaverin 0·04 g + Sevenal 0·02 g

20 tabletta

Fokozott hatású görcsoldó- és megnyugtatószer

MINDENNEMŰ SIMAIZOMGÖRCS MEGELŐZÉSÉRE ÉS KEZELÉSÉRE

A 342.460—1941. B. M. sz. rendelet alapján a Közgyógyszerellátás, illetve Államkincstár terhére rendelhető!