86. évfolyam. 49. szám. Budapest, 1942. december 5.

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.
Romániában: Borsos Béla dr. Arad, Str. Gen. Grigorescu 5.
Slovákiában: Eleőd Solt. Handels- u. Kredit-B. Bratislava.

Előfizetési díj: az **»Orvosi Hetilap«**-ra az **»Orvostudományi közlemények«**-kel együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 1000 lei, egyéb külföldre 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., 400 lei.

A felső légutak és légzőszervek heveny és idült megbetegedéseiben

KRESIVAL

AZ IDEALIS EXPECTORANS

Csillapítja a köhögést • Csökkenti a gyulladást
Oldja a tapadós váladékot

A gyermekgyakorlatban különösen alkalmas

Használata gazdaságos, mert bevételkor vízzel vagy teával 2—3-szorosára higítandó

Eredeti csomagolás: 200 g-os üveg

BAYER

Gyártja: MAGYAR PHARMA GYÓGYÁRU R.T. VEGYÉSZETI GYÁRA
Központi iroda: BUDAPEST, V., Arany János-u. 10. Kirendeltség: KOLOZSVÁR, Mussolini-út 18

Corediol

PYRIDIN-β-CARBONSAVDIAETHYLAMID

KÁMFORPÓTLÓ ANALEPTICUM

AZ ÉLETFONTOSSÁGÚ VEGETATIV KÖZPONTOK SPECIFIKUS IZGATÓ SZERE

CSOMAGOLÁS:

SOLUTIO:
10 cm^3-t tartalmazó üvegekben.

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

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

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

86. évfolyam. 49. szám. Budapest, 1942. december 5.

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:

Nánay Andor: Nagygörbületi fekélyből keletkezett gyomor-vastagbél sipoly. (581—582. oldal.)
Kopasz Ernő: A sternalis csontvelő 13 évvel a splenectomia után. (582—584. oldal.)
Polyánszky Tibor: Orrmelléküreggyulladásokból eredő szemüregi szövődmények. (584—585. oldal.)
Bános Alajos és **Erényi Julia:** Brown-Séquard-syndroma érdekes esete. (585—586. oldal.)
Fabinyi Géza: Csecsemőkori középfülgyulladás és Leiner-kór. (586—587. oldal.)
Makara György: Érdekes human-parazitologiai esetek. (587—588. oldal.)
Irodalmi szemle. (588—590. oldal.)
Könyvismertetés. (590. és 593. oldal.)
Lapszemle. (593. oldal.)
Vegyes hírek. (594. oldal.)
Hetirend. (594. oldal.)

Baja város közkórháza sebészeti osztályának közleménye.
(Főorvos: Nánay Andor.)

Nagygörbületi fekélyből keletkezett gyomor-vastagbél sipoly.

Irta: *Nánay Andor dr.* közkórházi sebész-főorvos.

A gyomor nagygörbületi fekélyei, főleg a pylorustól távolülők, ritkák. Ezt hangsúlyozza Siposs közleményében (Zbl. f. Ch. 1942. 23.), amikor azt mondja, hogy 1938-ig mindössze 24 nagygörbületi fekélyt talált az irodalomban, amelyhez hozzáfűzi 25-iknek saját esetét, amikor fiatal munkásnak nagygörbületi fekélye fúródott át a szabad hasüregbe.

A közelmultban észleltünk egy fundus fekélyt, amely a vastagbélbe fúródott át s amely mind a kórelőzmény, mind a műtéti és boncolási lelet szempontjából nem érdektelen.

H. G. 64 éves gazdasági cselédet orvosa bélelzáródás miatt küldötte be a kórházba. Behozatalkor a beteg és kísérője is elmondja, hogy mindössze 4—5 napja gyengélkedik, azelőtt soha beteg nem volt, gyomra nem fájt. Utóbbi időben keveset fogyott és étvágytalan volt, néha bűzös felböfögései voltak. 2 nap előtt hányt, azóta azonban nem. Enni nem kíván, puffadtnak érzi magát, széke állítólag 9 nap óta nem volt.

A rendkívül elesett férfibetegnek nyelve száraz, bevont, érlökése 140, könnyen elnyomható volt. A has mérsékelten előmomborodott, de főleg a köldöktáj nyomásérzékeny, fájdalmas volt. Májtompulata lényegesen megkisebbedett. Sérve nincs, végbéllelet negatív; láztalan. A gyomorban erős loccsanás valthatható ki, ezért gyomormosást végzünk, melynek tartalma nagymennyiségű, bűzös.

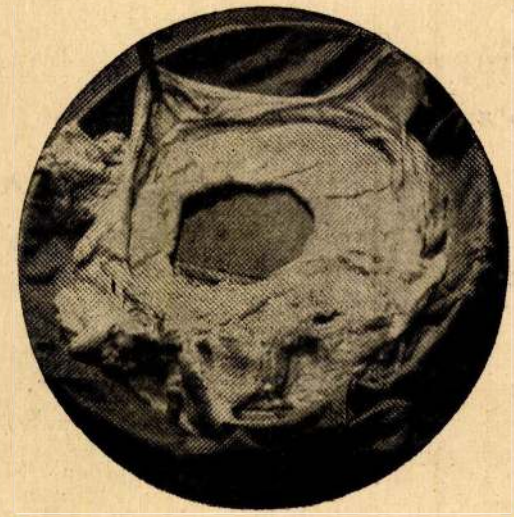
Kellő előkészítés után alsó középső hasmetszéssel hatoltunk be, vastagbéldaganat bizonytalan kórismével.

A vékonybelek és a vastagbél egyenletesen tágult, az előhúzott sigma és lehágó vastagbél ujjnyi vékony volt. A léphajlat táján, a harántvastagbélben kőkemény daganatos tömeg volt érezhető, ezért a metszést lefelé zártuk és fölfelé meghosszabbítottuk. A gyomor fundusán, távol a pylorustól tenyérnyi, ujjbegyet befogadó kőkemény fekély volt tapintható, amely a lépkapuval, a vastagbéllel majdnem elmozdíthatatlan, ökölnél nagyobb tömeggé nőtt összse. Mivel a műtéti lelet alapján az volt a feltevésünk, hogy nem operálható, a vastagbélre is ráterjedő hatalmas gyomordaganattal állunk szemben, amely a vastagbelet is beszűkíti, a középső metszést zártuk és coecostomiát készítettünk.

A betegnek a műtét utáni 3. napon magától volt széke, az 5. napon megnyitottuk a vastagbelet, amelyen bőven ürült híg széklet. Műtét óta a beteg nem hányt. A 6. napon lázas lett s mindkét alsó tüdőlebenyében beszűrődés támadt. A 10. napon tüdőgyulladás-szívgyengeség következtében meghalt.

Boncolási lelete szerint mindkét alsó tüdőlebenyben gyulladás volt s ez volt a halál oka.

Meglepetést okozott azonban gyomorlelete. »A gyomor tág, fala általában vékony, nyálkahártyája síma, palaszürke. A nagygörbületen, a középvonaltól balra egy 7 cm átmérőjű, köralakú, a gyomorfal összes rétegébe áthatoló anyaghiány (l. ábra). Ennek alapját részben a hasnyálmirigy felületén lévő kötő-



1. ábra.

szövet, illetve sarjszövet képezi, részben egy hüvelykujj számára átjárható nyíláson közlekedik a kötőszövetesen odanőtt vastagbél léphajlatával. A fekély szélei mind a gyomorban, mind a vastagbélben kissé kiemelkednek, de puhák, a környező nyálkahártyához hasonló szövetből állanak. Daganatra gyanús területek szabad szemmel nem láthatók. (Dr. Cseh kórboncnok főorvos.)«

A kórelőzményben semmi olyan adat nem volt, amelyből akár csak gyanut is meríthettünk volna arra, hogy a betegnek gyomorfekélye van. Gyomorpanaszokról nem tett említést s ezek miatt soha orvosi kezelés alatt nem állott. A panaszok, amelyek miatt kórházba küldték, sem utaltak a gyomor megbetegedésére. Kezelőorvosát is bélelzáródásos panaszai miatt hivatta magához, aki ilyen kórismével is küldte be a beteget a kórházba. A vizsgálatnál a puffadt, fájdalmas hason, megkisebbedett májtompulaton, üres végbélen s a beteg elmondása szerint a 9 napos szék- és szélrekedésen kívül, legfeljebb csak a bűzös hányadék lehetett volna az egyetlen tünet, amely gyomor- és vastagbél közötti sipolyra utalt, azonban bélelzáródáskor is lehet a hányadék bűzös. A beteg állapota olyan volt, hogy az erősen előtérben álló bélelzáródás tünetek nem engedtek időt a röntgenvizsgálat elvégzésére s a műtét halogatására. A műtéti lelet alapján a tapintható daganatot a vastagbéllel hatalmas tömeggé összekapaszkodott, nem operálható gyomorráknak véltük s ezért a lehető legegyszerűbb tehermentesítő beavatkozást, vakbélszájadékot készítettünk.

A műtét utáni napokban feltűnő volt, hogy a puffadás nem fokozódott, a beteg aránylag jól érezte magát, hányása megszűnt s gyomor-vastagbél sipolyának semmiféle tünete nem jelentkezett.

A boncolásból kétségtelenül beigazolódott, hogy a gyomor és vastagbél között összeköttetés állott fenn, ez pedig másként nem magyarázható, mint hogy a betegnek kérges gyomorfekélye volt, amely összetapasztva a gyomrot és vastagbelet, a fekély további mélybeterjedése kapcsán összeköttetést létesített a két szerv között.

A különböző összeállításokból tudjuk, hogy ilyen nagykiterjedésű áthatoló fekélyek leggyakrabban a hátsó falon ülnek, vonatkozásban a hasnyálmirigygyel. Ily nagykiterjedésű áthatolás azonban, mint esetünknél is, a legnagyobb ritkaságok közé tartozik.

Brinton összeállítása szerint (boncolás) a nagygörbületen átlagban csak 2.29%-ban van fekély, még ritkább a fekély megjelenése azonban a pylorustól távol, a funduson. Más vizsgálók adatai szerint is az ilyen fekélyek előfordulási aránya 2—4% között mozog.

Smidt írja a »Die Chirurgie«-ban: »Fekélyek a gyomortest elülső falán, vagy a nagygörbületen a ritkaságok közé tartoznak«; műtéti anyagában ilyent mindössze 2.4%-ban talált. Még nagyobb ritkaság ilyen fekélynek a szabad hasüregbe (Siposs) vagy szomszédos üreges szervbe való átfúródása.

A gyomorfekély leggyakoribb a pyloruson, a kisgörbületen s a gyomor hátsó falán és így érthető, hogy átfúródása leginkább a bonctanilag közelfekvő májba és hasnyálmirigybe történik; sokkal ritkább valamilyen más szervbe, így a vastagbélbe való áttörés.

Az idült áthatoló fekélyek olykor igen nagyra megnőhetnek, mint például *Cruveilhier* esetében, amikor a fekély átmérője 14.3×7.2 cm volt. *Brinkmann* leírt olyan fekélyt, amely a cardiától a pylorusig terjedt. Esetünkben a fekély kiterjedése 7×7 *cm* volt, tehát nem annyira sipolyt, mint inkább már tág összeköttetést képezett.

Általában a fekélyek milyenségéből nagyon nehéz arra következtetni, hogy mióta állhatnak fenn, mert a beteg panaszai erre nem mérvadók; maga a kérges burjánzás erőssége sem tud erre támpontot nyujtani, mert igen könnyen lehetséges, hogy akár 10 éve fennálló áthatoló fekélynél a kérges széli rész igen gyenge lehet. Betegünknél az összeköttetés széli részénél már alig lehetett valami kérgesedést tapintani, oly síma volt, mintha tág gyomor-vastagbélösszeköttetést készített volna valaki.

A gyomorfekély s így a mélybe terjedő fekély is nem mindig okoz súlyos panaszokat. Hiszen minden sebész operált már olyan gyomorátfúródásos beteget, akinek sohasem voltak különösebb gyomorpanaszai.

Sokszor csak hosszú idő mulva derül ki ez s az, hogy a gyomor és vastagbél között összeköttetés áll fenn. Ha a betegnek már régebben volt fekélyes panasza s a vizsgálat ki is mutatta a fekélyt és azután a beteg egyszerre arról kezd panaszkodni, hogy székletében hirtelen nagytömegű genny jelent meg, úgy gondolhatunk fent említett szövődményre; a mélybe terjedő fekély átlyukadásakor ugyanis májalatti tályog is keletkezhetik, amely azután később áttörhetik a vastagbélbe. Hirtelen fellépő bélsárhányás bélelzáródásos tünetek nélkül szintén gyomor-vastagbélsipoly gyanuját kelti. Gyakran bélelzáródásos panaszokat is okozhat s ilyen esetben a szék megindítása céljából adott beöntést, vagy olajos csőrét fogja a beteg kihányni. Kórisménket a röntgenvizsgálat fogja azután biztosan megerősíteni.

Esetünk a ritkán előforduló fundus fekély s még ritkább átfúródásán kívül azért is érdekes, mert a betegnek fekélyes panaszai nem voltak, úgyszintén nem volt biztos tünete a vastagbélsipolynak sem. Előtérben állottak a bélelzáródásos tünetek; amelyeknek oka a fekély, illetve az átfúródás okozta lobosodásban keresendő.

A szegedi Tudományegyetem Belgyógyászati Diagnostikai Klinikájának közleménye. (Igazgató: Purjesz Béla ny. r. tanár.)

A sternalis csontvelő 13 évvel a splenectomia után.

Irta: *Kopasz Ernő dr.*

Kóreset: M. T. 45 é. nő kereste fel klinikánkat. Két éve étkezéstől függetlenül hasában köldöke két oldalán erős fájdalmai vannak. Gyakran hányinger kínozza. Erős fájdalmat érez mellében és karjában is. Az utolsó négy hónapban állapota különösen romlott, ezen idő alatt 8 kg-t fogyott. Rosszul alszik, szédül, feje fáj. Előző betegségek felőli érdeklődésünkre elmondotta, hogy lépét 13 évvel ezelőtt Banti-kór miatt eltávolították, ezt műtőorvosa is megerősítette.

Physicalis vizsgálattal a VIII. háti csigolyának megfelelően 10 cm. hosszú herpes zoster. A tüdőn semmi kóros. A szívtompulat balra egy kevéssel nagyobb. A szívcsúcson és az aorta felett halk systoles zörej, az aorta II. ékelt. Vérnyomása 195/115. Hgmm. A hasfalon a proc. xyphoid. és köldök között per primam gyógyult műtéti heg. A májtomp. felfelé 1 bordával nagyobb. A lép tompulat nem kopogtatható ki. A hasban nyomásérzékenység az epigastriumban és a colonnak megfelelően.

Fractionált próbareggeli: histamin-refracter achlorhydria. A gyomorbélhuzam röntgenvizsgálata: a gyomor egészében balra helyezett. A transversum hét ujjas ptosisával szemben a flex. hepat. magasan fordul és megállapíthatóan a májszélhez nőtt. Ekg.: a coronariak területén kisfokú csökkent vérellátás.

A *vérvizsgálat* eredménye: haemoglobin: 80%, a vörösvértestek száma: 2.990.000, festékindex: 1, 3, fehérvérsejtszám: 9200, minőségi vérkép: fiatal magvú: 1%, segmentalt magvú: 82%, eosinophil segment: 1%, monocyta: 6%, lymphocyta: 10%, Reticulocyta: 0.2%.

Minthogy a vérvizsgálat a szabályostól eltérő eredményt adott, *sternalis punctiót* végeztünk. A punctatum nagyon sejtszegénynek bizonyult, ezért néhány nap mulva a szegy más helyén megismételtük; az eredmény azonban ugyanaz volt, mégpedig:

Makrophag	—
Plasmasejt	0.9%
Proerythroblast	—
Basophil makroblast	0.9%
Polychromaticus makroblast	0.9%
Basophil normoblast	0.1%
Polychromaticus normoblast	2.0%
Orthochromaticus normoblast	0.6%
Basophil szemcsés orthochr. normoblast	0.2%
Myeloblast	0.3%
Promyelocyta	0.6%
Myelocyta	3.6%
Eosinophil myelocyta	0.2%
Metamyelocyta	4.0%
Eosinophil metamyelocyta	0.3%
Pálcika magvú	4.7%
Segmentalt magvú	45.9%
Eosinophil gr. segment	1.2%
Basophil gr. segment	0.2%
Monocyta	2.9%
Lymphocyta	30.5%

Reticulocyta-szám: 6‰. A vörösvértest-átmérő átlagos értéke 8.5 mikron. A vörösvértestekben poikilocytosis, anisocytosis, polychromasia nem volt. Több tárgylemezkészítmény részletes átnézése közben sem az erythropoeticus, sem a myelopoeticus rendszer részéről oszló sejtet nem találtunk. A segmentált magvú fehérvérsejtek magja feltűnően sok lebenyű. A lymphocyták plasmája többnyire sötétkékre festődött, úgyhogy a lymphocyták és plasmasejtek elkülönítése teljes bizonyossággal nem sikerült. A kétes alakokat a lymphocytákhoz soroltuk. Így a lépkiirtás után évek mulva a keringő vérben, de főleg a myelogrammban jelentős elváltozást találtunk.

Az irodalom áttekintésekor megállapíthattuk, hogy a lépnek a vérképzésre gyakorolt hatásáról még nincsen egységesen kialakult vélemény. Olyan esetet viszont, melyben 13 évvel a splenectomia után haemo- és myelogrammot megvizsgáltak volna, nem találtunk.

Némelyek szerint a lép a csontvelőt gátolja, mások ezt a hatást tagadják, sőt a két felfogást áthidaló vélemények is vannak.

Hirschfeld, Naegeli és sokan mások szerint a lép eltávolítása az erythropoesisre izgató hatású, mert azt tapasztalták, hogy splenectomia után a keringő vérben Jolly-testek és normoblastok jelentek meg. Ezeket Hirschfeld még 9 évvel a splenectomia után ki is tudta mutatni. Hirschfeld és Helmeyer szerint a lép eltávolítása polyglobuliára vezetett. *Frank E.* szerint splenomegalia esetén a lép olyan anyagot ad le a csontvelőbe, mely annak tevékenységét gátolja. Ezt ő splenopathiás csontvelőgátlásnak nevezi. A lép eltávolítása után ez a gátlás megszünik és izgalmi jeleknek ad helyet. Ezt az elméletet támogatják *Bock* és *Frenzel* szép kísérletei is, akik a lép vérét a v. portae megkerülésével juttatták el a v. cava superiorba. Igy anaemia, leucopaenia, thrombopaenia keletkezett. Ezen az alapon szerintük a lép a vérképzésre gátló anyagot termel, amit a máj gyengít le. *Jombores* nyulak lépvenáját lekötötte és 2 hétig figyelte a vért és a csontvelőt, s a *Bock* és *Frenzel* eredményeit megerősítette. Szerinte 1 héten át anaemia, leucopenia és thrombopaenia volt. A myelogramm lelete kiúszási gátlásnak felelt meg. *Ber* Bang-kórral fertőzött állatokon a lép eltávolítása után rövid időre a fiatal vörösvértestek felszaporodását tapasztalta. A vörös vértestszám és haemoglobin-érték lényegében nem változott, viszont a fehérvérsejtszám nőtt. Az operatio után nyomban a granulocyták, később a lymphocyták szaporodtak fel. A különböző állatfajokon a műtét után a lymphoid reactio más-más időre jelentkezik. *Takahashi Isao* nyulakon végzett kísérletei szerint röviddel a műtét után erythrocytosis fejlődött ki, 2—3 hét mulva leucocytosis pseudoeosinophilokkal. *Schousboe Jan* két esetet ismertetett, melyekben lép és nyirokcsomók hasi lymphogranulomatosisa szerepelt leucopenia, anaemia, és thrombopeniával. A lép eltávolítása után a vér képe rendes lett.

Az eddig említett szerzőkkel szemben vannak, akik azt állítják, hogy a lép eltávolítása az erythropoesisre gátlólag hat. Így *Krumbhaar* állatkísérletekben splenectomia után anaemiát talált. *Sollberger* normalis patkányban nagy vérveszteség után fokozottabb regeneratiót észlelt, mint splenectomisált állatban. *Yaso* és *Jida* szerint a lépkivonat gyorsítja a vörösvértest regeneratiót. *Liberti Vincenzo* vizsgálatai alapján léptelen állat anaemiás lett, amit toxicusnak tart, mert a szervezet a lép antitoxicus functióját elvesztette. *Higgins G. M.* és *Stasney J.* 100 splenectomisált patkányon vizsgálta 24 óra és 3 hónap között a vért és csontvelőt. Semmi jelét nem találta annak, hogy a lép a csontvelőre gátló hatást tett volna. A csontvelőre gyakorolt reactio kizárólag az erythropoesisre korlátozódott és csak az 5—7 napon volt kimutatható, amikor a műtét utáni anaemia csúcspontját érte el. *Foà Piero* állatkísérletekkel bebizonyította, hogy a lép olyan anyagot szállít a májhoz, amiből a máj antianaemiás anyagot készít. Ugyanis splenectomisált állat májkészítménye kisebb hatást gyakorolt a regeneratióra, mint a rendes állaté.

Vannak a két felfogást áthidaló álláspontok is. Igy *Buchem* szerint a lép a vörösvértestek pusztulásán kívül szabályozza a csontvelőben az erythroblastok magjának elvesztését és a sejteknek a csontvelőből való kiúszását. *Engelberth* és *Holm* vizsgálta szegypunctióval a csontvelőt a splenectomia előtt és után. A lépet ellenőrző szervnek tartja, amely megakadályozza az éretlen sejteknek a csontvelőből való távozását.

Mivel a legtöbb szerző közvetlen a műtét előtt és utáni állapotot vizsgálta *Liberti Vincenzo* a splenectomiának későbbi hatását ismerteti. Nyulakon 1 év mulva minden szervben a reticuloendothel sejtek hyperplasiáját találta, így a csontvelőben is a reticuloendothel sejtek és a megakaryocyták felszaporodását észlelte. Ugyanezt találta *Soli Duilio* is.

Minthogy a talált adatok nagyobb része állatkísérlet eredménye, többnyire csupán a vér vizsgálatára szorítkozik, közvetlenül a műtét előtt, illetve röviddel a műtét utáni állapotot ismerteti és ilyen hosszú időre a splenectomia után emberen csont-

velő viselkedésére irodalmi adatot még egyáltalán nem találtam, ezért érdekesnek látszott a fenti eset ismertetése.

Vizsgálati eredményeink a csontvelő mind erythropoeticus, mind myelopoeticus működésének erősen csökkent voltát mutatják. Erre utal a sternalis punctatum nagyfokú sejtszegénysége, a regeneratív tényezőknek, mint a reticulocyták és őslő sejtalakok csekély száma, illetve hiánya .A vörösvértestek makrocytosisa, a fehérvérsejtek hypersegmentatiója *Rohr* szerint az éretlenebb sejtformákból, nevezetesen a proerythroblastokból, illetve promyelocytákból való homoplastikus származás mellett szól. Viszont ezeket a sejtalakokat a szegyi punctatumban csak igen kis számban találtuk meg. Így a vér lelete typusos példája a csontvelő gátolt működésének. Maga a csontvelő viszont már nem is gátlást, hanem ennek magasabb fokát, határozott aplasiát mutat. A lymphoid elem felszaporodása a csontvelő reticulum-hyperplasiájának jele, ami aplastikus csontvelőben megszokott jelenség.

Mindezekből esetünk kapcsán azt következtethetjük, hogy hosszú időn át fennálló léphiány a csontvelőre nemcsak gátló, de már aplasiát okozó hatású.

A budapesti Tudományegyetem Orr-, Gége- és Fülklinikájának (igazgató: Lénárt Zoltán ny. r. tanár) közleménye.

Orrmelléküreggyulladásokból eredő szemüregi szövődmények.

Irta: *Polyánszky Tibor dr.*, egyet. tanársegéd.

Ezek oka abban a sűrű vénás összeköttetésben keresendő, amely a mellékürgek és a szemüreg visszerei között van ,amelyre különösen *Gurwitsch* és *Zuckerkandel* vizsgálatai vetettek világot. Az orbita falát kétharmadrészben vékony csontlemezek alkotják amelyek egyúttal a melléküregeknek is falul szolgálnak. Az arcüreg nyálkahártyájának gyüjtőerei részben a vena ophthalmo-facialisba, részben a vena infraorbitalisba ömlenek, összeköttetésben vannak még a vena angularissal és vena ophthalmica superiorral. A vv. ethmoidales ant. et post. az agyhártyák gyüjtőérhálózatával, részben a vena ophth. sup.-ral és inf.-ral van összeköttetésben. A vena ophth.-ák pedig a sinus cavernosusba ömlenek. Ugyancsak *Gurwitsch* vizsgálata szerint az eseteknek körülbelül 5%-ában a homloküreg nyh.-nak egyik gyüjtőere átfúrván a csontot, közvetlenül ömlik a vena ophthalmica superiorba.

Ez a sűrű venás összeköttetés okozza, hogy bizonyos körülmények között a gennyes melléküreggyulladás a venák közvetítésével szemüregi szövődményeket idéz elő.

A melléküregek gyulladása ezenkívül közvetlen úton is átterjedhet. Ilyenkor a vékony válaszfal osteomyelitise következtében a gennyedés egyenest tör be a szemüregbe, máskor thrombophlebitis és periphlebitis szerepel a szövődmény keletkezésében, dehistentiákon keresztül, habár ezek szerepe az újabb vizsgálatok alapján túlzott. Gyakoriság szempontjából klinikánk statisztikai adatai szerint 1.45%-ra tehetők az orrmelléküregek gyulladása kapcsán keletkező szemüregi szövődményei. *Salamonsen* csak 3—4‰-et állapít meg. A két statisztika közötti látszólagos ellentmondás onnan származhat, hogy míg mi a kezdődő eseteket is feltüntettük a statisztikánkban, ahol a korai beavatkozás miatt nem fejlődtek ki súlyos szövődmények, addig *Salamonsen* bizonyára — erről azonban említés nem történik — csak az egész súlyos szövődményekről számol be. *Birsch—Hirschfeld* szerint az orbitalis gyulladások 60%-a melléküreg-eredetű.

Kórbonctanilag a szemüregi gyulladás, mint periostitis, subperiostalis tályog és szemüregi phlegmone jelentkezik.

A tünetek a gyulladás foka szerint alsó-felső szemhéjvizenyő, chemosis, szemdülledés, a bulbus mozgási korlátozottsága, könnycsorgás, nagy láz, agyi izgalmi tünetek.

Leggyakrabban a homlok, illetve rostalabyrinthus gyulladásai okoznak szemüregi szövődményeket. A homloküreggyulladások a serdült és közepes életkorban leggyakoribbak, a gyermekkorban ritkábban fordulnak elő, ami talán a homloküreg későbbi kifejlődésével magyarázható, ettől eltérően a rostalabyrinthus-gennyedések következtében a szövődmények inkább gyermekkorban keletkeznek, különösen vörhennyel kapcsolatban.

A homloküreg eredetű periostitis esetén a beteg lázas, felső szémhéja oedemás, körülhatárolt nyomási érzékenysége van, néha mint korai tünet, szemizombénulás is keletkezik. Ha abscessus fejlődik ki, magas láz, olykor rázóhideg, főfájás és a szemgolyó mozgási korlátozottsága áll fenn. Néha a vizenyő ráterjed az alsó szemhéjra is, a conjunctiva belövelt és néha kisfokú exophthalmus is keletkezik. Az orbitalis phlegmone tünetei nagyjában megegyeznek a subperiostalis tályog tüneteivel, csak a chemosis és a szemteke mozgási korlátozottsága nagyobb és a tünetek igen gyorsan fejlődnek ki.

A rostalabyrinthus eredetű gyulladásokban a szemhéjvizenyő, mint korai tünet szintén jelen van a belső szemzugban, többnyire mindkét szemhéjon. A subperiostalis tályog és az orbitalis phlegmone eseteiben a cantus internus tájékán körülírt, kemény beszűrődés támad. Spontán áttöréskor a sipolynyílás a belső szemzugban van. p

Az arcüreggyulladások szintén elég gyakran okoznak szemüregi szövődményeket, különösen a fogeredetű, rendszerint súlyos gyulladások. Periostitis esetén az alsó szemhéj vizenyős, gyakori a beteg üregfeletti arcrész lágyrészeinek a duzzanata, subperiostalis tályognál az alsó szemhéj vizenyője nagyobb, mely a szemzug tájékára és néha a felső szemhéjra is ráterjed. A gyakori spontán áttörés az alsó szemhéjnál a szemüreg szélén keletkezik. Phlegmonéban a tünetek nagyjában megegyeznek az előbbiekkel.

Legritkábbak a hátsó rostasejtek és az iküreg gyulladásai okozta szövődmények, melyek a közepes és idősebb korban fordulnak elő. Sok esetben a neuritis retrobulbaris tünetcsoportja uralkodik kórképen.

Az orrmelléküreg eredetű orbitalis szövődmény igen komoly betegség, ahol az a veszély forog fenn, hogy a fertőzés tovaterjed az endocraniumba.

A klinika statisztikája szerint halandósága 13.78%-ra tehető, a *Birsch—Hirschfeld*-féle statisztikában szereplő 14—16%-kal szemben. A hátsó rosta-

sejtek és iküregyulladáshoz társult orbitalis szövődmények prognosisa igen komoly. A közölt esetek midegyike halálosan végződött, legtöbbször a sinus cavernosus thrombosisa, ritkábban meningitis következtében.

Therapiája sebészi; conservativ kezelésre igen ritkán, csak enyhe, kezdődő esetekben van lehetőség. Először a complicatiót előidéző okot szüntetjük meg a gennyes melléküreg feltárásával, ezután az orbitalis phlegmonét vagy tályogot feltárjuk és a genny levezetéséről szádlással gondoskodunk. *Lénárt* professzor egy súlyos orbitalis gyulladásban a genny lefolyását úgy biztosította, hogy feltárta az arcüreget és az orbita alsó falán nagy nyílást készített, amelyen át a genny lefolyhatott a Highmore-üregbe s innen az orrba. (Ilymódon sikerült gyógyulást elérni. Az arcüreg egészséges volt, az orbitalis phlegmone eredete ismeretlen. Az ép arcüreget a szem, esetleg az élet megmentése érdekében nyitotta meg *Lénárt* prof.)

Klinikánkon az utóbbi évek folyamán 29 esetben észleltünk orrmelléküreggyulladás eredetű orbitalis szövődményt, enyhébb és súlyos eseteket, amelyek közül 25 meggyógyult és 4 halállal végződött.

A szövődmények kiindulása a melléküregek gyulladása szerint a következőképpen oszlott meg: a sinus maxillaris egyszer, a sinus maxillaris és ethmoid labyrinth ötször, a sinus maxillaris és frontalis kétszer, a sinus maxillaris frontalis és rostacsont hétszer, egyedül a rostacsont gyulladása háromszor, rostacsont és iküreg gyulladása egyszer, a rostacsont és sinus frontalis négyszer, a sinus frontalis gyulladása négyszer, a sinus maxillaris, frontalis, sphenoidalis és ethmoid labyrinth gyulladása egyszer, a sinus maxillaris, frontalis, ethmoidalis labyrinth és a maxilla osteomyelitise egyszer volt okozója szemüregi complicatióknak.

A felsorolt esetekben a következő műtéteket végeztük: operculumresectio egyszer, rostalabyrinthkitakarítás hatszor, Luc—Caldwell egyszer, Lothrop—Claoué és rostalabyrinthkitakarítás háromszor, Luc—Caldwell és rostalabyrinthkitakarítás háromszor, Luc—Caldwell és homloktrepanatio egyszer, Luc—Caldwell és rotalabyrinthkitakarítás, orbitalis incisio egyszer, homloküregtrepanatio, rostalabyrinthkitakarítás ötször, Luc—Caldwell és homloktrepanatio egyszer, Luc—Caldwell, rostakitakarítás és orbitotomia egyszer, rostakitakarítás és iköbölfeltárás kétszer, Riedel-féle műtét és rostakitakarítás egyszer, homloktrepanatio, Lothrop—Claoué és rostakitakarítás kétszer, Luc—Caldwell és rostakitakarítás, homloktrepanatio, Riedel, orbitalis incisio egyszer.

Conservativ kezelésre két betegünk gyógyult meg. Két esetben szükséges volt egyéb beavatkozáson kívül még orbitalis bemetszést is végezni. Egy esetünkben észleltünk spontán áttörést az orbita felé a homloküreg alsó falán, egy homlokürégi empyema esetében. 29 betegünk közül 4-et vesztettünk el; kettőt a sinus maxillaris, frontalis és rostacsont, illetve sinus frontalis, sphenoidalis és rostacsontgyulladáshoz társult sinus cavernosus thrombosis miatt; egy beteget meningitisben; egy betegnél arcüreggyulladáshoz a maxilla osteomyelitise és pneumonia is társult.

Végül hangsúlyozzuk a gyökeres és korai beavatkozás szükségét, mert csak így remélhető gyógyulás az igen komoly prognosisú orrmelléküregi eredetű szemüri szövődmény esetén, valamint annak a meggátlása, hogy a majdnem mindig halálosan végződő endocranialis szövődmények is beálljanak.

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

Brown-Séquard-syndroma érdekes esete.

Irta: *Bános Alajos dr.* és *Erényi Julia dr.*

1941 december 10-én egy 13 éves leánygyermeket hoztak klinikánkra.

Három hete tonsillitise volt, meggyógyult. 10—12 napja elesett, bal vállát és hátát megütötte, de különösebb fájdalma az esés után nem volt. 1 hete vette észre lábmosás közben, hogy jobb lába a hideg vizet is melegnek érzi. Ugyanakkor azt találta, hogy jobb lábán, egészen a csipőig, nem fáj a csipés, bal lábán azonban éppúgy érez, mint azelőtt. Két nap mulva jobb alsó végtagja zsibbadni kezdett, bal lába pedig gyengébb lett. Három nap óta derekában, a gerincoszlop mellett fájdalmat érez.

Családi anamnesis lényeges adatot nem tartalmaz.

Felvételi lelet: hosszúra nőtt, kp. táplált, arányos leány. Eltérést csupán idegrendszerében találtunk. Leletünk röviden a következő:

Baloldalt: az alsó végtagon spastikus paresis, fokozott patella-reflex, kiterjedt reflexogen zónával, Babinsky-tünet. Az alsó és középső hasreflex hiányzik. A VI. borda magasságában 3 ujjnyi hyperaesthesiás zóna, amely a középvonalon kissé túlterjed. Alatta keskeny anaesthesiás zóna. Jobboldalt: az egész alsó végtagon a hideg-, meleg- és fájdalomérzés teljes hiánya ép tapintás és mélyérzés mellett.

A kép tehát megfelel a Brown-Séquard tünetegyüttesnek, a bántalom a VI—X. háti segmentum közti terület bal felére tehető.

Pirquet: +, Chediak: O, Wa.: vérben, liquorban egyaránt negatív.

December 12-én lumbalpunctio: fokozott nyomással 15 cm^3 víztiszta liquort eresztünk le. Pándy: op., sejtszám: 21/3, összes fehérje: 29 mg%, colloid reactiók negativok, cukor: 20.7 mg%.

Intravénás hypertoniás szőlőcukor- és B_1-vitamin kúrát kezdünk.

Már a lumbalpunctio utáni napon feltűnt, hogy baloldalt a reflexogen zóna kisebb lett és a leányka bal lábát jobban tudja emelni, a következő napon pedig már jól mozgatja. Ugyanekkor a hyperaesthesiás zóna jobbra átterjedő nyúlványa eltűnt, a hideg-meleg- és fájdalomérzés jobboldalon teljes mértékben visszatért. A punctio utáni harmadik napon a mozgás tovább javul, a hyperaesthesiás zóna keskenyebb, a negyedik napon megjelenik a baloldali alsó és középső hasreflex, a hyperaesthesiás zóna már csak 1 ujjnyi széles és területén a gyermek igen erős viszketést érez. A hetedik napra eltűnik a hyperaesthesia, csak a viszketés van már meg, a járás kifogástalan. A térdreflexek még élénkek, Babinsky már tűnőben. December 20-án a punctiót megismételjük:

a liquor rendes nyomással ürül, Pándy még op., sejtszám 23/4. December 22-én a gyermeket hazaadjuk.

A 2 hét mulva, január 6-án végzett ellenőrző vizsgálat alkalmával sem mozgási, sem érzési eltérést nem találtunk. Mindössze a bal hasreflex volt valamivel gyengébb, mint a jobb. A liquor teljesen ép volt.

A február 16-án történt második ellenőrzéskor a gyermek panaszolja, hogy újabban ismét zsibbad a lába, de a melle és a karja is. Ezek a zsibbadások azonban már csak pár másodpercig tartanak és kis, körülírt helyen jelentkeznek. Az igen élénk térdreflexeken és a néha kissé gyengébben kiváltható bal alsó hasreflexen kívül semmi kórosat nem találtunk.

Február 23-án kettős punctio: a gerinczsákból sűrűbb cseppekben 10 cm³, a cysternából 2 cm³ víztiszta rendes reactiójú liquort kapunk. A cysternába 2 cm³ jodipint fecskendezünk. A 3 óra mulva készült röntgenfelvételen az első háticsigolya magasságában lencsényi foltot látunk, a VIII. és IX. háticsigolya közt pedig 2 filléresnyi, pajzsalakú fennakadást. 48 óra mulva a felső lencsényi folt eltűnik, de *az alsó pajzsalakú teljes nagyságában meg van s még 9 nap mulva is kimutatható.*

A gyermek azóta tünetmentes. A március 11-én készült röntgenképen a jodipin már áthatolt az akadályon s a lumbalis zsák fenekén foglal helyet. Az ellenőrző vizsgálatok — a legutóbbi május 4-én, 5 hónappal a megbetegedés után — teljesen negatív leletet adtak.

A tünetcsoport okát keresve, a következő lehetőségekkel számoltunk: 1. Extra- vagy intramedullaris daganat a legkevésbbé valószínű. Ellene szól a gyors kifejlődés, a gerincscapolás hatására egy csapásra bekövetkező gyors javulás és főleg az a körülmény, hogy a javulás, úgy látszik, tartós. 2. Bár az anamnesis szerint a gyermek megütötte magát, a közvetlen traumás eredetet valószínűtlenné teszi, hogy a gerincoszlop nem volt fájdalmas s a röntgen szerint is ép. 3. Idült gyulladás kizárható: családi anamnesis, Wassermann-kémlés, Chediak-próba negatív. A gyermek ugyan gümőkórral fertőzött, de activ folyamatra semmi támpont 4. Keringési zavar és a nyomában járó myelomalacia ellen a kiesés nagy terjedelme és a gyors gyógyulás szól. 5. A gyermekkorban egyébként is ritka sklerosis multiplex lehetőségével nem volt összeegyeztethető a jellemző trias hiánya és hogy a tünetek a gerincvelő jól körülhatárolható helyének bántalmazottságára voltak visszavezethetők. 6. Ilyen módon kizárással az egyszerű heveny gyulladáshoz jutunk el és a kérdés csak az, hogy a gyulladás a gerincvelőben, vagy a hártyákon volt-e? Myelitis ellen talán a csapolás prompt hatását és a myelographia eredményét hozhatnók fel, bár, ha arra gondolunk, hogy a myelitis a szóbanforgó segmentumok erős vizenyős duzzanatával járhatott, meg kell vallanunk, hogy ezt a lehetőséget biztosan kizárnunk nem lehet. Mindenesetre valószínűnek látszik, hogy a gyulladás — önállóan, vagy, mint körülírt myelitis kísérője — főleg a lágyburkok körül játszódhatott le. A myelographiás leletből és a csapolás azonnali hatásából pedig arra következtethetnénk, hogy a lágyburkok összetapadva, körülírt liquorpangást eredményeztek. Talán ezek azok az esetek, amelyek kezelés nélkül maradva, egy idő mulva az arachnoiditis spinalis circumscripta adhaesiva (cystica) chronica változatos és eddig még eredetében olyan titokzatos kórképévé fejlődhetnek.

A Székesfőváros Madarász-utcai csecsemő- és gyermekkórházának közleménye. (Főorvos: Flesch Ármin egy. magántanár.)

Csecsemőkori középfülgyulladás és Leiner-kór.

Írta: *Fabinyi Géza dr.*

A Leiner-kór (erythrodermia desquamativa), melyet többen önálló betegségnek gondoltak, voltaképpen a seborrhoeás dermatitis legszembetűnőbb alakja. Jellemző reá, hogy a rákvörös bőr széles, olykor zsírosfényű lemezekben hámlik. Ez a hámlás feltűnő az arcon, a fejbőrön, a törzsön, fartájékon, hason, hónaljban, stb. Az erythrodermiás területek mellett nem egyszer találunk seborrhoid-psoriasoid foltokat is. A betegség lényege az epidermis fehérje- és zsíranyagcseréjének elsődleges zavara kapcsán keletkező dyskeratosis, melyet másodlagos bőrgyulladás kísér. *(Moro).*

Általában az első évnegyed betegsége (»trimenondermatosis«) és *csak anyatejjel vagy főként anyatejjel táplált csecsemőkön fejlődik ki.* Kórtanával nem foglalkozom, csak megemlítem, hogy egyesek a vitaminoknak, illetve azok hiányának tulajdonítanak abban szerepet. A betegség súlyos, a halálozás régebbi statisztikák szerint 50%. *Moro* 1941-ben 26%-ot említ.

Az elmult négy év alatt 45 Leiner-kórban szenvedő csecsemőt kezeltünk s ezek állandó fülorvosi ellenőrzés alatt állottak. Ezek közül teljesen meggyógyult 25 (55.5%), javultan távozott 12 (26.6%) és meghalt 8 (17.7%).

A betegség fülészeti vonatkozásait illetőleg említést érdemel az, hogy a *bőrjelenségek* legtöbb esetben az arcon és a fejbőrön is jelentékenyek, *ráterjednek a fülkagylóra és a külső hallójáratra is.* A fülkagyló bőre legtöbbször élénkvörös, helyenként hámló, többé-kevésbbé duzzadt. Ugyanezt mondhatjuk el a külső hallójárat bőrbéléséről is, amelynek duzzadt volta a néhányhetes csecsemőkön megnehezítheti a vizsgálatot és a kezelést. A hallójáratot sárgás, kenőcsszerű, émelygős szagú anyag tölti ki s ezt, ha olajos kezelések után felhígul, fülészeti vizsgálat nélkül sokszor összetévesztik fülfolyással. Ez a tévedés nem egyszer a kórelőzményben is kifejeződik és a dobhártyakép megítélésében, illetőleg a paracentesis elhatározásában befolyásolhatja az orvost.

Az is tévedést okozhat, hogy a dyspepsiás és dystrophiás tünetekkel járó Leiner-kórban szenvedő csecsemő gyakran hány, hányadéka bejuthat a fülbe és ezt a szülők fülfolyásnak nézik. A hallójárat tartalmának szaga, de főleg *a fülészeti vizsgálat* ily esetben eldönti a váladék eredetét.

Figyelemreméltó, hogy a Leiner-kórban a hallójárat és a fülkagyló bőrének bizonyos szöveti immunitása van a gennykeltő bakteriumokkal szemben, mert fellazult, váladékos, megrepedezett voltuk ellenére is orbáncot, phlegmonét ritkán látunk. 45 beteg közül csak egynek volt orbánca.

A Leiner-kórban szenvedő csecsemő hydrolabilis, anyagcseréje nem tökéletes, súlyzuhanások gyakoriak, hurutos fertőzésre hajlamos. Mint minden hasonló állapotban lévő csecsemőn, ezeken is fontos az esetleg jelenlévő gennyes fertőző góc keresése és ez okból is a fülészeti ellenőrzés.

A dobhártya vizsgálatakor számolnunk kell a

már említett, a hallójáratban lévő váladékkal, melynek óvatos kitörlése esetén is néha megsérthetjük a hallójárat fellazult bőrét s a vizsgálatot megzavaró vérszivárgás keletkezhet. De zavarja a dobhártyakép helyes megítélését az is, hogy a hallójárat kitisztításakor a dobhártya vérbővé válik. Külső felszíne amúgy is fényevesztett, a lamina propria is duzzadt és így a heveny középfülgyulladás egyébként megszokott képét utánozva, tévedésre szolgáltathat alkalmat. Ajánlatos ilyenkor a hallójárat kitisztítása után várakozni és csak később folytatni a vizsgálatot.

A leggondosabb mérlegelés mellett is gyakran felmerül az a kérdés, mennyire értékelhetjük ezt a Leiner-kórban oly gyakori dobhártyaleletet s vajjon biztosak lehetünk-e abban, hogy a kép nem takar gennyes középfülgyulladást. Teljes bizonyossággal nyilatkozni nehéz s véleményünk megalkotásában a csecsemő általános állapotára, súlygörbéjére és az esetleges szövődményekre is tekintettel kell lennünk, mivel a *különben veszélytelen paracentesis itt a fertőzött környezet miatt a másodlagos gennyes fertőzés veszélyével járhat.*

Heveny orrhurut, erős angina, pneumonia, pleuritis esetén könnyebben határozhatjuk el a paracentesist.

45 betegünk közül paracentesist 14-en végeztünk, ezek közül 8 esetben gennyes, egyben savós középfülgyulladást találtunk, öt esetben nemleges volt az eredmény. Az utóbbiak közül két csecsemőn a szokásos dobhártyakép mellett negativ belgyógyászati lelet és hirtelenül igen súlyosra fordult állapot adta a javallatot a dobhártyametszésre és e két betegünket hamarosan el is vesztettük. A halál oka mindkettőben a boncolati lelet szerint atrophia, a parenchymás szervek elfajulása és bronchopneumonia volt.

9 középfülgyulladásos betegünk közül 3 került műtétre, ezek gyógyultan távoztak. Négyen műtét nélkül meggyógyultak, illetve szép javulással távoztak. Kettő meghalt, az egyik gyors pneumococcus peritonitisben, a másik pedig bronchopneumoniában.

Betegeink középfüllobja úgyszólván minden esetben elhúzódott. Nagy lázat, jellegzetes helyi tüneteket alig láttunk. *A paracentáló-tű gennye minden esetben vegyes bakteriumflórát termelt,* valószínűleg a macerált dobhártya külső felszínének szennyezettsége miatt. A vérkép, a fehérjevérsejtek száma eseteinkben a beavatkozások javallatában nem adott megbízható útbaigazítást.

Angolkór tüneteit egyik operált és három műtét nélkül gyógyult betegen észleltük. A másik két műtétre került beteg csontja azonban szintén feltűnően puha volt. A műtéti sebek renyhén gyógyultak s az elhúzódó gyógyulás folyamán többízben kellett a beteg sarjakat kikaparnunk.

Mint érdekes eseteket említem meg, hogy egyik kéthónapos betegünkön, kin kétoldali gennyes középfüllob miatt végeztünk paracentésist, bő fülfolyás és súlynövés közben hirtelen pneumococcus peritonitis volt a boncelet szerint a halál oka. Egy másik kéthónapos betegben a bronchopneumonia súlyos fekélyes laryngitissel szövődött. Többi elhalt betegünknek halálát bronchopneumonián kívül atrophia és a parenchymás szervek elfajulása okozta.

Összefoglalásul elmondhatjuk, hogy a Leiner-kór fülészeti szempontból nagy figyelmet érdemel s e betegség gyakran szövődik fülbajjal. A Leiner-kór kapcsán keletkezett középfülgyulladás kórismézése az esetleg szükségessé váló anthromia javallatának megállapítása a megtévesztő dobhártyakép miatt az e téren kellő gyakorlattal nem rendelkező szakembernek is nehézséget okozhat.

Az Orsz. Közegészségügyi Intézet (főigazgató: Tomcsik József ny. r. tanár) Parazitologiai osztályának közleménye.

Érdekes human-parazitologiai esetek.

Wohlfahrtia magnifica lárva fül-myiasisban.

Irta: *Makara György* dr.

Hazánkban a légylárva betegség (myiasis) nem tartozik a ritkaságok közé, mégis aránylag kevés eset került közlésre és csak ritkán sikerült a lárvát meghatározni. A régebbi irodalomban *Böke* Gy. (1868.) tankönyvében találunk említést arról, hogy a fülben a légylárva elég gyakori. *Csapody I.* (1889.) írt le »*Sarcophaga*« légylárvát fülben. *Bayer* E. (1930.) *Lucilia* lárvát talált két idült középfülgyulladásban. *Farkas* M. (1936.) fül-myiasisából származó lárvákat *Sarcophagida*-nak határoztuk meg. *Sajó* K. (1908.) légylárvákat talált foghúsban. *Kreiker* (1930.) szemben észlelt *Sarcophagida* lárvákat. *Jeney* és *Lőrincz* (1933) tonsillában találtak egy *Calliphora* lárvát. *Nékám* L. atlaszában közöl két myiasis-eset képet, egyikben *Lucilia*, a másikban *Sarcophaga* lárva volt. Bőrben vándorló légylárvákat *Kaposi* M., *Beck* S., *Melczer* M. és *Nékám* L. írtak le.

Esetünkben *dr. Farkas Márton* körorvos küldött be 1939 szeptemberében egy fül-myiasis esetből eltávolított öt drb. lárvát. A lárvák között kettő nagyobb, 15—16 mm hosszú, három kisebb, 9—11 mm. Hengeres testük az ötödik potroh-íz tájékán a legvastagabb, hátsó végükön elkeskenyednek, mint minden *Sarcophagida* lárva. A kültakaró finoman tüskés, a tövisek szabálytalan sorokban helyezkednek el, háromszögletesek, feketés csúcsuk hátrafelé irányul.

A hátsó spiraculumok a nyolcadik íz mély árkában fekszenek annyira, hogy nem láthatók. A spiraculumokat kálilúgos derítés után boncolva kanadabalzsamba ágyazva vizsgáltuk. A spiraculumok nagyok, rámájuk (peritrema) nyitott, chitinjük elég erős, vaskos, a légzőrések hosszúak, egyenesek. A légzőrések közül a középső egyenes, a belső közép felé concav és alsó sarka középre hajlik, a külső is a középső felé convergál. A hátsó légzőnyílás alapján a lárva kétségtelenül a *Sarcophagida* családba tartozik. Ennek felel meg a cephalopharyngealis váz is. Ilyen lárvák pontos faji meghatározása nehéz, többnyire lehetetlen a legyek kitenyésztése nélkül, esetünkben azonban megvoltak azok a jelek, melyek alapján a lárva minden más *Sarcophaga* lárvától elkülöníthető. Az elülső spiraculumokon csak négy vagy öt nyulvány van, míg a *Sarcophagidáknál* nyolcnál több, ennek alapján a lárva *Wohlfahrtia magnificanak* felel meg. A diagnosist megerősíti a chitingyűrű vastagsága, a légzőrések viszonylagos szélessége, a szájhorgok erős fejlettsége, valamint az, hogy a testen széles feketevégű tüskék vannak. Így kétségtelen, lárvánk *Wohlfahrtia magnifica* (petytyes húslégy) az egyetlen olyan európai légyfaj, melynek lárvája csak élőszövetben fejlődik, tehát specifikus myiasist okozó obligat sarcobiota.

Farkas dr. az esetről a következőket volt szíves közölni. A beteg D. L. négyéves *vámospércsi* (Hajdu vm.) fiú volt. Anamnesisében baloldali otitis media chronica szerepelt. A gyermeket hirtelen fellépő igen heves fülfájdalmak miatt vitték orvoshoz. Fültükörrel a dobhártya előtt véres-gennyes váladékban

A légylárvák hátsó spiraculuma.

mozgó lárvatömeg volt látható. Eltávolítható volt a beküldött öt lárva. A gyermek gyógyult.

A légylárvabetegséget okozó légyfajok nagyrésze csak facultativ parazita, melynek lárvája rendes körülmények között bomló szerves anyagban, dögben, húsban fejlődik. A legyek azonban bomló sebváladékba is lerakják petéiket, vagy eleven lárváikat. Legnagyobb részt a *Muscidae* családba tartoznak. *Különösen Lucilia, Calliphora, Phormia* és *Sarcophaga* lárvák fordulnak elő. Állatok sebeiben is elég gyakoriak. Emberben különösen chronikus gennyes folyamatokban telepednek meg előszeretettel, így leggyakrabban középfülgyulladásban, orrban, szemben, csontsipolyban, felületes tumorokban, bőrfekélyekben találták őket. Harctéri sérülésekben is gyakoriak.

A kórkép rendesen jóindulatú, a lárvák főleg az elhalt szövetrészeket pusztítják. A facultatív parazita lárvákon kívül házilégy- és kis házilégy- (Fannia) lárvák, de más lárvák is bejuthatnak véletlenül sebekbe és myiasist okozhatnak.

A specifikus myiasist okozó legyek lárvái valódi (obligat) paraziták. Amerikában, Afrikában és Ázsiában előforduló *Chrysomya* és *Cordylobia* fajokon kívül Európában egyedül a *Sarcophagidae* családba tartozó *Wohlfahrtia magnifica* tartozik ebbe a csoportba.

A *Wohlfahrtia magnifica* Közép- és Dél-Európában, Kis-Ázsiában, Kelet-Ázsiában fordul elő, különösen gyakori Oroszország néhány kerületében. A légy félénk, emberi lakásba nem repül be. Főleg szép napos időben repked és többnyire csak alvóemberhez közeledik. Pettyes potrohától könnyen felismerhető. A légy eleven lárvákat rak le. A lárvák száma 100—170, de többnyire nem egyszerre rakja le őket. Emberen kívül lárvája elég gyakori lóban, disznóban, kutyában és lúdban. Van oroszországi vidék, ahol a nyájak felét is megtámadta. Bár többnyire kis sebzést, vagy gennyesedő folyamatot keres, vékonyabb ép bőrön is képes áthatolni. Nem valószínű, hogy az ember aránylag vastag bőrén megelőző sérülés nélkül átfúrná magát. A lárvák fejlődési ideje 7—9 nap. Behatolnak az ép szövetbe is és elég nagy roncsolást végezhetnek. A *Wohlfahrtia* myiasis gyakran rosszindulatú. Sebeken kívül elsősorban szembe rakja le lárváit. Az emberi szem-myiasis esetek nagyrésze vaksághoz vezetett. Nyár végén, július és szeptember között fordul elő leggyakrabban.

A lárvák eltávolítása a gyógyítás szempontjából fontos, különösen, ha olyan helyen vannak, ahol súlyosabb roncsolást okozhatnak. Eltávolításuk legjobban sikerül, ha előzetesen olajjal, chloroformos vízzel vagy carbololdattal elöljük vagy megbénítjuk őket. A légy felnevelése csak élő szövetben sikerül.

Wohlfahrtia magnifica előfordulásáról hazánkban tudomásunk van. A Nemzeti Múzeum állattárában hét különböző helyről gyüjtött példány is látható. Mint *Lőrincz* közölte, *Szilády* Z. szerint már kitenyésztették állati myiasisból is. Emberi myiasisból nálunk még nem írták le. Valószínűnek tartjuk azonban, hogy mind a nemközölt, mind a közölt esetek egyrészében, ahol a lárvák meghatározása nem történt meg megfelelő módon, már nálunk is előfordult többször, csak nem határozták meg. Igen valószínű, hogy ha a további eseteket figyelemmel kísérjük, elég gyakran találkozunk még ezzel a kórtani szempontból a többinél sokkal fontosabb myiasist okozó légyfajjal.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

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

Vörösvérsejtek resistentiacsökkenése és a thrombosis közötti összefüggés. *Becker.* Klin. Wochschr. 38. 1942. Thrombosisos betegeken (23 eset) a vörösvérsejtek resistenciája csökkent (egészen o. 65% NaCl-ig). Véleménye szerint a csökkent resistentia és a thrombosisra való hajlam között összefüggés áll fenn. A műtét előtt talált csökkent vörösvérsejtresistentia figyelmeztető jel lehet a fenyegető thrombosisra. (G. 23.)

Gömöri dr.

Phaeochromocytoma egy esete. *Hahn.* (Schweiz. Med. Wschr. 1942. 23. sz.) Hatvanhároméves hypertoniás férfi, ki előzőleg évek óta időszakonként heves főfájásban szenvedett s pár napja erős deréktáji fájdalma volt, hirtelen elvesztette eszméletét s pár óra alatt meghalt. Boncolásnál a jobb mellékvese daganatát találták, amely szövettanilag phaeochromocytomának bizonyult, a normalisnál tízszer nagyobb Adrenalin-tartalommal. A hirtelen halál oka a daganat egyik venájának thrombosisa, — amit az eszméletvesztés előtti derékfájás jelzett — vérzés a daganatban s ezzel együtt nagymennyiségű Adrenalinnak a vérbe való kerülése. A daganat belsősecretiós működését nyilvánvalóan jelzi a daganat, valamint a parathyreoideák kis arteriái mediájának elmeszesedése, úgyszintén a Langerhans-szigetek hyperplasiája. (B. 44.)

Vidra József dr.

A kiütéses typhus kezdeti differential-diagnosisa. *Jacobi, Dörschel.* (Münch. Med. Wschr. 1942. 23. 7. sz.) A kiütéses ty. az incubatióban nem fertőz. A megfertőzött tetű csak 5—7 nap mulva válik fertőzővé. Ezért nagyon fontos járványok feltartóztatása szempontjából, hogy idejében felismerjük a betegséget, ugyanis az idejében végzett tetvetlenítéssel az tökéletesen megakadályozható. Hirtelen kezdődő magas láz, erős fej- és szemfájás, belövelt kötőhártya, grippeszerű garat nagyfokú elesettséggel, betegségérzettel, mindig gyanus kiütéses ty.-ra. Az esetek 75%-ban bradycardia, hypotonia és a száj nyálkahártyáján enanthema észlelhető. Differential diagnosis szempontjából szóbajöhet: 1. grippe, 2. pneumonia, 3. ty. abd., 4. kanyaró, 5. enkephalitis epid., 6. fagyásokozta toxicosis, 7. trichinosis, 8. meningitis epid., 9. quintata, 10. allergiás állapotok.

Biztosan eldönti a diagnosist a Weil—Felix-reactio; ez az 5. naptól szokott positiv lenni. Kétségtelenül kiütéses ty.-szal állunk szemben, ha 1:200 higításig csapadékot kapunk. (B. 53.)

Horváth Imre dr.

Kankós ízületi gyulladás. *Richter W.* (Münch. Med. Wschr. 1942. 45. sz.) A különböző eredetű ízületi gyulladások kórszármazását az ízületi izzadmány vizsgálata gyakran tisztázza, már csak azért is, mert az izzadmányban bacteriologiai, illetőleg serologiai vizsgálattal gyakrabban nyerünk positiv eredményt, mint a vérben. A lappangó kankós fészkek rendbehozásán kívül az egyéb focalis gócok kezelése, illetőleg eltávolítása is nagy fontossággal bír. A sulfamidszármazékok kankós ízületi gyulladásban nem hatnak; vérátömlesztéssel azonban jó eredményt ért el és azt hangsúlyozottan ajánlja. Az ízületek helyi kezelésében fontos szerep jut a physikalis gyógymódoknak. Ankylosis elkerülése céljából korai mozgáskezelés szükséges. (B. 49.)

vitéz Benárd Miklós dr.

Direct és indirect bilirubin. *Gigon és Noverraz.* (Schweiz. Med. Wschr. 1942. 44. sz.) Az acetonos fehérjetelenítéskor nyert csapadék több bilirubint tartalmaz, ha a serumbilirubin reactio direct, mintha indirect. Ezért a sokszor bizonytalan direct és indirect meghatározást helyettesíteni lehetne a serumbilirubin és az acetonnal a csapadékból kivonható pigment mennyiségének összehasonlításával a következő módon: az összbilirubin értékéből levonandó az acetonos-érték, a nyert maradék osztva ismét az acetonos értékkel, egy hányadost ad, amely 1. normalisan, illetve hepatikus betegség nélkül történő bilirubinemelkedésekben, ahol a diazo reactio indirect (pl. icterus haemolyticus), kisebb mint egy. 2. hepaticus eredetű bilirubinemelkedésekben, ahol a diazolreactio direct, nagyobb mint egy. Még enyhefokú icterusban is használhatóbb értéket ad, mint a diazoeljárás pl. egy pneumoniás beteg serumbilirubinja 0.92 mgr%, acetonnal kivonható bilirubin 0.22 mgr%, különbség 070, index 0.70/0.22 = 3.18. A meghatározásokat a fény teljes kizárásával kell végezni. (B. 50.)

Kuchárik József dr.

METALIX

Röntgenberendezések
Orvosi elektromos berendezések
Röntgencsövek
Kvarclámpák
a legtökéletesebb kivitelben

Szaktanács
és tervezés:
METALIX RÖNTGEN RÉSZVÉNYTÁRSASÁG
Budapest, IV. Muzeum krt. 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. B. I. Szklőv. kőszórháza Szklőv. Alk. Segítő Alapja. Keresk. Segélyegyl.
CITO gyógyszervegyészeti gyár
Budapest, XIV., Lengyel-utca 33.

SEBÉSZET.

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

Tapasztalatok a térdízületi gennyedések esetén Payr-féle kezeléssel. *Dr. med. F. Böhm* (Arch. f. klin. Chir. 202. 4.) A térdízületi gennyedés 3 alakját különbözteti meg: 1. Empyema. 2. »Kapselphlegmone.« 3. Teljes ízületi gennyedés. Leírja a különböző alakok klinikai megjelenését, majd rátér a Payr-féle kezelésre. Sérüléseket, melyek azonnal kezelésbe vehetők, úgy lát el, hogy az ízületi tokot per primam összevarrja, a lágyrészeket is elsőlegesen egyezteti. Az empyemáknál és a Kapselphlegmoneknál az ízületet ½%-os karbollal öblíti, majd ½ cm³ phenol-camphor-novocainoldatot fecskendez be. A teljes ízületi gennyedéseknél emellett természetesen az ízületet megnyitja és drainálja. Természetesen e kezelés mellett is az ízületet mindig rögzíteni kell. (G. 50.)

Ránky László dr.

A II. nyakcsigolya ívének törése. *Jimeno—Vidal. F.* (Arch. f. klin. Chir. 203. 2.) Heiter óta a német és olasz anatomiai irodalomban a második nyakcsigolya neve helytelenül epistropheus, tulajdonképpen ez az első csigolya, mely mint tengely körül, a II. csigolya dens-e körül forog. A II. nyakcsigolya törései aránylag ritkák, külön helyet foglal ezek között a dens törése. Szerző magának a csigolyának töréseit a mechanismus alapján két csoportra osztja: túlnyujtás és hajlításos törésekre. A törések pathogenesisét ismertetve, beszámol az irodalomban egyedüli teljesen gyógyult II. nyakcsigolyaívtörésről, ezt maga reponálta, rögzítette s kezelte. Az eddig ismertetett 6 hasonló eset nem eredményezett tökéletes gyógyulást. Szerző Glisson-függesztésben reponálta a törött és subluxalt csigolyát, helyilérzéstelenítésben, majd többízben cserélt, fokozatosan kisebb, megfelelő nyaktartású gipszrögzítéssel (fej, nyak, mellkasra terjedően) hathónapi kezelés után teljes gyógyulást ért el nemcsak Rtg.-controllal, hanem a fellépett ideggyógyászati tünetek visszafejlődésében is. A törés tünettanát, kórismézését, kezelési elveit és kórjóslatát ismerteti. (G. 51.)

Szandtner György dr.

Eredmények és tapasztalatok a végbélrák sebészi gyógykezelésével kapcsolatban. *Oppolzer R. és Nitsche L.* (Arch. f. klin. Chir. 203. 2.) A bécsi I. sz. sebészeti klinikán az utolsó 15 évben 407 végbélrákos beteg sebészi gyógykezeléséről s ennek eredményeiről számolnak be. Fenti számban a nem operált 70 eset is benn foglaltatik. Radikális műtét történt 51.3%-ban, colostomia 30.2%-ban és műtét nem történt 17.1%-ban. Férfi- és nőbetegek aránya 5:3. Életkorukat illetően körülbelül egyforma arányban történt minden életkorban radikális műtét, legnagyobb volt a szám 50—70 év között A daganat helyzete nem befolyásolta a radikális műtét elvégzését Összesen 209 radikális műtét történt, halálozási aránya 19.5%. Az egyes műtétek közül a kombinált eljárásé 45%, legkisebb a sacralis resectióé 6.3%. Ötéves periodusokat vizsgálva, az utolsó periodusban az összhalálozás 11.2%, a kombinált eljárással 20%-kal csökkent le, sacralis resectióval beteget nem vesztettek. A halálokok között legnagyobb arányban a hashártyagyulladás, mély kötőszövetes lob, illetve sepsis szerepeltek, azután a tüdőgyulladás és áttételek. Legjobb eredményt a csonkolás adta. Különösen súlyt helyeztek a végdarab ellátására s a continentia helyreállítására. A sacralis secundaerzárás adta meg a leg-

BÉHEPAR: MÁJINJECTIO B_1-VITAMINNAL
„CERTA" GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R.T. BUDAPEST

jobb eredményeket. Kizárólagosan cat-got-t használnak a műtéteknél a kombinált műtétnél egyidőben operálnak. A tumor fekvése és a kiújulás közötti viszonyt keresték radikális műtétek után. Minél mélyebben ül a daganat, annál gyakoribb a kiújulás. Általában 40% recidivát látnak, ez fiatalabb betegnél gyakoribb, resectio után a kiújulás aránya nem emelkedik. Gyógyulási időtartam 3 évtől 10 évig terjed. Colostomiát 30.2%-ban végeztek, halálozása 20%-os, három évet csak 2.3% ért el. A számos aprólékos statisztikai adatban gazdag, terjedelmes közlemény műtéti technikai részletekre is kiterjed. (G. 53.)

Szandtner György dr.

A koponyánbelüli nyomásemelkedés alkalmával keletkező centrogen vérnyomásemelkedés okairól. *Bierhaus.* (Arch. f. klin. Chir. 203. 2.) Kutyán — trepanálva a koponyát — intracranialis nyomásfokozást idézett elő és sphygmographikus úton regisztrálta a vérkeringést. Centralis hatásra ilyenkor nő az arteriás rendszer környéki ellenállása, a pulsusszaporaság és percvolumen csökkenésével együtt nő a nyomás. Kétoldali vagusátmetszés után a koponyánbelüli nyomásfokozás hatása a keringésre annyiban módosul, hogy a perctérfogat is nő. A sympaticus és vagus kiirtása kisebb hatást vált ki, mivel a denerválás csökkenti az arteriás rendszer, valamint az aorta rugalmas ellenállását. A koponyánbelüli nyomásfokozódás azonban nemcsak a vegetativ központok útján fejti ki hatását a keringésre, hanem humoralisan is hat. Az ilyenkor felszabaduló anyag a kísérletek alapján valószínűleg azonos a vasopresinnel. (G. 48.)

Ifj. Bakay Lajos dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő.*

A féloldali külső kezelés értékéről a kísérleti bőrgyógyászati therapiában. *H. W. Siemens.* Arch. f. Derm. 183. 2.) Ennek a szerző által kidolgozott eljárásnak értékét a legújabb időkig sem ismerték fel eléggé. Segítségével betekintést nyerhetünk a külső kezelés sajátosságaiba, midőn pl. egy kenőcs alkalmazására javulást, rosszabbodást vagy változatlanságot észlelünk. Könnyebben megítélhetjük azokat az eseteket, mikor a javulás magától is bekövetkezett volna vagy amikor egy kenőcsnek állandó enyhe kiváltó vagy a gyógyítást gátló hatása van. Felvilágosítást nyerünk a külső gyógyszeres kezelés értékéről általában a hatás idejét, erősségét, a legmegfelelőbb töménységét, az alkalmazandó sorrendet és formát illetően és így kiküszöbölhetünk nem kívánatos fellobbanásokat. A megszokás felismerése lehetővé teszi a helybeli és általános desensibilizálást. (Sz. 44.)

ifj. Nékám Lajos dr.

A chalasis cutis universalis congenitaról. *H. W. Siemens és C. A. Eindhoven* (Arch. f. Derm. 183. 3.) 1½ éves fiúgyermeken veleszületett rendellenességként az egész köztakaró lazaságát észlelték. Testszerte bőráncképződés volt észlelhető. Szövettani eltérést csak értágulatokban és a zsírszövetnek a cutis felé való kiterjedésében észlelték. A bőr feltűnő nyujthatósága cutis elasticánál is átmenetet mutathat különösen a szemek körül chalasisba (ch.) A chalasis különböző fajait így osztályozzák: 1. Ch. tumorképzés következtében (Recklinghausen-kór); 2. másodlagos ch. oedema, hízás, gyulladás következtében; 3. körülírt ch. vagy az egész bőrre kiterjedő ch. veleszületett alapon. (Sz. 42.)

ifj. Nékám Lajos dr.

Bőrtuberculosisban szenvedők halálokairól és az ebből levonható következtetések. *Stümpke.* (Arch. f. Derm. 183. 2.) Tbc. cutis luposában szenvedők későbbi sorsát és haláluknak okait kutatva megállapítja, hogy ha a bőr-tbc. nem is véd meg súlyos belső szervi tbc. ellen, mégis különösen idősebb korban kedvező hatást gyakorol erre és a halálos lefolyást évtizedekkel eltolhatja. 129 bőr-tbc.-ben szenvedő egyén átlagos életkora 55.3 év volt, tehát az átlagosnál nem alacsonyabb. 87 esetben lehetett a halálokot biztosan megállapítani; ebből 41 belső szervi tbc.-ben, 29 tüdőtbc.-ben halt meg. A fiatalabb egyénekben jóval magasabb volt a belső szervi tbc.-nek mint haláloknak számaránya az idősebbekhez viszonyítva. (Sz. 43.)

ifj. Nékám Lajos dr.

KÖNYVISMERTETÉ

Ophthalmologische Operationslehre. *I. Lieferung. Unter Mitarbeit von* **Imre, Jaensch, Löhlein, Meisner.** *Herausgegeben von* **R. Thiel.** *1942. G. Thime. Verlag Leipzig.* A háború negyedik évének küszöbén Németországból egy olyan szemészeti műtéttant kaptunk, amely több mint figyelemreméltó. Nyugodt békeévek gazdagsága nem nyujthatott volna jobbat, tökéletesebbet. Jó szemészeti műtéttanokat eddig is a németek és szerénység nélkül mondhatjuk, mi magyarok adtunk ki. *Meller* számos kiadást megért kis műtéttana minden szemésznek ismert. *Imre József* szemhéjplastikai atlasa, amely 1928-ban magyar és német nyelven jelent meg, egyedülálló. *Blaskovics László* nagy műtéttana magyarul 1936-ban, majd német kiadása *(Kreikerrel)* 1938-ban feltűnést keltett. Az *Elschnig* szerkesztésében 1922-ben kiadott nagy kétkötetes *Augenärztliche Operationslehre* inkább történelmi értékű és már régóta pótlásra szorult. Nagy fába vágta tehát fejszéjét *R. Thiel* a frankfurti egyetem nálunk is jól ismert fiatal professora, amikor egy összefoglaló, nagy és modern műtéttan kiadására vállalkozott. Bár a szemészeti műtétek területe aránylag szűkkörű, mégsem szokatlan az, hogy minden szemésznek van egy »kedvenc« műtéti területe, amelyet szívesebben művel, ahol otthonosabb, ahol inventiójával újat is tud alkotni. Céltudatos volt tehát *Thiel* elhatározása, amikor a négy kötetre tervezett műtéttan megírását 15 kiváló szemészre bízta. Az aztán már az ő kitűnő érzékére vall, hogy ezek kiválasztása sikerült is. Az előttünk fekvő első kötet négy tudós munkája. A szemészeti műtéttannak talán a legnehezebb része, a legtöbb

ANARA-CHINOIN
gőzeinek beszippantása azonnal enyhíti a nátha tüneteit!
HASZNÁLATRAKÉSZ SPECIÁLIS TUBUS!

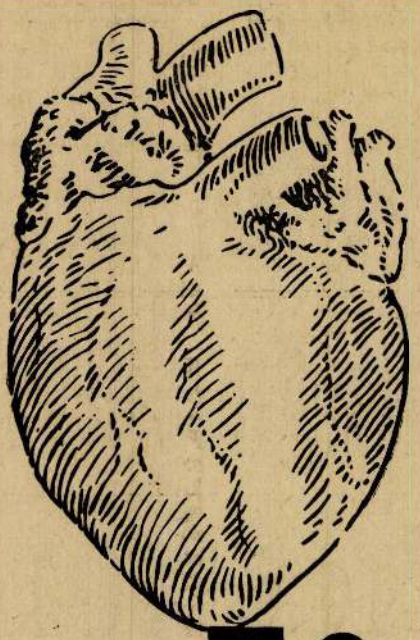
Dr. Deér Endre serobakteriologiai laboratoriuma
BUDAPEST, IX., RÁDAY-UTCA 18. TELEFON 186-006

Scarlantin **Védőoltóanyagok** sec. Dr. Deér

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

Sanguityp **Vércsoporthatározó**

Lábadozóknak
Kimerülteknek
NERVITONICUM Dr. Deér
ROBORANS
TONICUM



Verodigen

Digitalis-készítmény, leggyorsabban hat, a szervezet jól tűri

Fiola 12 tablettával — 1 tabletta = 0,1 g fol. digitalis mint infusum
Fiola 25 tablettával
Doboz 5 küppal — 1 kúp = 0,15 g fol. digitalis mint infusum
továbbá Verodigen-tejcukor 1 : 125

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Magyarországon forgalomba hozza:

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

inventiót, művészi intuitiv készséget igénylő része az, amely a *szemhéj*-műtétekkel foglalkozik. *Thiel*-nek itt nem volt nehéz a választása, mert e fejezet megírására nem is választhatott mást, mint *Imre Józsefet*. E választás annyira kitüntető a magyar szemészekre, annyira magától értetődő is, mert *Imre József* az »íves« szemhéjplastikával új irányt mutatott és methodusaival a legnehezebb szemhéjpótlási problemák is megoldhatók. Az első kötet súlyát *Imre* szemhéjoperatiói képezik. Klasszikus stilusban, jóllátó kritikai szemmel ismerteti sorban a szemhéjakon végezhető összes műtéteket, mindig kiemelve a legjobbakat. A 230 szebbnél-szebb eredeti művészi rajz tökéleteset nyujt. Néhány színes fotogrammja feltűnést fog kelteni. Számos saját eljárása mellett más szerzők, így elsősorban *Blaskovics László* sok közismert műtéte megérdemelt méltatásban részesül. (*Imre* plastikai készsége, mint ismeretes, az arc egyéb részeire is vonatkozik, úgyhogy e műtéttan egy későbbi kötetében a »Gesichtsplastiken« című fejezetet is ő fogja megírni.) *Imre* után a *szemizmok műtétei*-ről szóló ugyancsak fontos fejezetet *Jaensch* írta meg, nagy irodalmi áttekintéssel és egyéni tapasztalatai alapján. Itt is a tökéletes illustratiók szinte feleslegessé teszik a műtétek leírását. A kancsálság operálása ma már nemcsak kozmetikai korregtiót, hanem sokszor egzisztenciális kérdést jelent. Az izom megrövidítésére, előrevarrására számtalan módszer van használatban és így nem könnyű ezek közül a legjobbat kiválasztani. Magyar szerzők neveivel itt is találkozunk: *Blaskovics, Horváth, Licskó*. Nagyon tanulságos a fejezet végén a kritikai szemle az egyes eljárásokkal elért eredmények felett. — A műtéttan *harmadik* fejezetét *Meisner* írta meg a *kötő-, szaru- és inhártya műtéteiről*. E nagy szakértelemmel megírt fejezet műtéteinek legtöbbje a mindennapi szemészet körébe tartozik és egy-kettőtől eltekintve, kisebb jelentőségű. Idetartoznék egy újabban mindgyakrabban használt értékes műtét: a *cornea-transplantatio* is, ennek azonban külön fejezetet adtak és ezt nem kisebb ember írta meg, mint *Löhlein*, a berlini egyetem professora. E módszernek ma már nagy az irodalma. *Löhlein* eljárása mellett helyet érdemelt volna *Imre* szellemes és emellett egyszerű eljárásának ismertetése is.

Gratulálunk *Thiel*-nek és munkatársainak ehhez a gyönyörű műtéttanhoz és bizalommal várjuk a következő kötetek megjelenését. Egy ilyen munka a mai időkben több, mint propaganda.

Horay Gusztáv prof.

LAPSZEMLE

Wiener Klinische Wochenschrift. 47. sz. *Pötzl O.:* A lebegési sensatiók agypathologiája. *Pfab B.:* Lábártalmakról. *Pischinger A.:* A Feyrter-féle zárványfestés lényegéről.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift. 46. sz. *Walthard B.:* Fiatalkorúak koszorúér-sclerosisa. *Mansfeld G.:* A chemiai hőszabályozás hormonalis tényezői és két eddig nem ismert pajzsmirigyhormon. *Becker F.:* Szebészet és életkor. *Góth A.:* Vizsgálatok a B-vitamin hatásáról. *Burckhardt I. L.:* Heveny appendicitis kezelése Cibazol-lal. *Birckhäuser H.:* Nikotinsavamid agydaganatok ellen. *Jucker P.:* Vércukormeghatározás a gyakorlatban. *Hopf M.:* Új Röntgen-készülék stereoskopikus átvilágításra: a stereoröntgenoskop. *Montmollin R.:* Positiv skotomák ólommérgezésben. *Gschlacht V.:* Perandren hatása diabetes mellitusban *Meyer B.:* Kemény és lágy ultrarövidhullámok. — 47. szám. *Constam G. R.:* Cukorbetegek operabilitásának megítélése, azok mútét előtti és utáni kezelése. *Schönholzer G.:* A káliumanyagcseréről. *Oesch F.:* Gyakorlati javaslatok a caries kezeléséhez. *Fehr A.:* A corticalis osteoid. *Klein F.:* A tengerimalac thymusának látszólagos terhességi involutiója és regeneratiós képessége. *Blum F.:* Tanulmányok a golyva kérdéséhez. *Stökly A.:* A herpes zaster gynergen kezelése. *Belart W.:* A typologia határai. *Roch M.:* Gyomorátfúródás spontán gyógyulása.

Perniciosánál és más hyperchrom anaemiánál

azonkívül:
sprue,
pellagra és
kimerültség esetében

BINAEMON
TABLETTA

Csomagolás:
50 tabl. P 6.90
100 „ P 12.60

Egy kényelmes és egyúttal szerfelett megbízható therapia
MÁJ ÉS GYOMOR
combinatio

N.V. ORGANON
OSS (HOLLANDIA)

Forgalomba hozza: KISS ÁRPÁD Budapest VII., Izabella-tér 5.
Telefon: 424-277

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

VEGYES HIREK

Halálozás. *Szentkirályi Zsigmond dr.* c. m. tan., kórházi főorvos és *Bársony Tivadar dr.* kórházi főorvos elhúnytak.

Hős orvosok kitüntetése. A Kormányzó Úr Őfőméltósága dícsérő elismerést a hadiszalagon a kardokkal adományozta *dr. Tóth Ferenc* t. o. hdgy és *dr. Üdényi Nándor* t. o. zls.-oknak az ellenség előtt tanusított vitéz és önfeláldozó magatartásukért. Továbbá a dícsérő elismerést a hadiszalagon kapták: *dr. Tóth Ferenc* t. o. fhdgy., *dr. vitéz Ábrahám István* o. őrgy., *dr. Nagy József* I. orv. szds., *dr. Győry Albert* o. szds., *dr. Szabó Tivadar* t. o. hdgy., *dr. Thurzó Tamás* t. o. zls., *dr. Ponbyos Ödön* t. o. fhdgy., *dr. Tóth Vilmos* t. o. fhdgy., *dr. Pataricza János* t. o. hdgy., *dr. Párján Lajos* o. fhdgy., *dr. Patthy Imre* t. o. hdgy., *dr. Bossányi Dezső* o. hdgy., *dr. Abádi Gyula* t. o. zls., *dr. Gergely Győző* t. o. zls., *dr. Bánfalvy Tivadar* o. őrgy., *dr. Papp Bertalan* o. őrgy., *dr. Pálfy Ferenc* o. fhdgy. az ellenség előtt teljesített kitűnő szolgálatukért.

Jövő évi előfizetésre külön nyomtatványon felhívást küldtünk minden magyar orvosnak és reméljük, hogy az a tavalyihoz hasonló szép sikerrel fog járni. Mivel régi előfizetőink kiválogatása a nagy címanyagból sok munkával járt volna, azt nem tettük meg és így elfizetőink is meg fogják kapni ezt a felszólítást. De őket kérjük ne az ahhoz csatolt levelezőlapon újítsák meg megrendelésüket, hanem csak majd az utolsó számunkhoz melléklendő csekklapon küldjék azt be, hogy így régi előfizetőinket különválaszthassuk és külön kezelhessük az újonnan belépő előfizetőinktől.

Kérjük egyben minden előfizető kartársunkat, hogy egy kis propagandával jóakaratúan segítsék elő lapunk terjesztését, még pedig nem csak kartársaik körében, hanem mindazon egyesületekben étkezőkben és kávéházakban, ahol meg szoktak fordulni és szívesen vennék kezükbe az Orv. Hetilapot egy-egy negyed- vagy félórára. Közérdeket szolgálunk mikor ezt tesszük.

A Magyar Sebésztársaság december 7-én és 8-án *Bakay Lajos* professzor elnöklésével háborús nagygyűlést tart. Az ülésen kizárólag háborús tapasztalatok kerülnek tárgyalásra. A nagygyűlést a budapesti Orvosegyesület székházában tartják meg és az elnökség szívesen látja mindazokat az orvosokat, akik háhorús tapasztalatokkal rendelkeznek, vagy őket ezek a kérdések érdeklik.

Orvosdoktorrá avattattak a *budapesti Tudományegyetemen* november 28-án Lakos István és Mikov Mincsov Mihail, *november 25-én* a *pécsi Tudományegyetemen* Lux János Antal. Üdvözöljük az új kartársakat.

Pestszentlőrincen a jövő év elején előreláthatólag megkezdik a tervbevett négyemeletes tüdőbetegkórház építését.

HETIREND

Szerdán, 9-én ½7 ó. a Gróf Apponyi Albert Poliklinika orvosainak ülése. Bemutatás: *Ozsgyányi B.:* Kryokauter alkalmazása a dermatotherapiában. *Faragó P.:* Teljes szívblock és terhesség esete. Előadás: *Kőmíves O.:* A fertőzött fogak kórtani értékelése és gyógyítása.

Csütörtökön 10-én 6 ó. a Magy. Röntgenorvosok és Urológiai Társaság ülése (Urológiai klinika). Előadások: *Noszkay A.:* A prostata idült tályogüreinek röntgenvizsgálata és klinikai jelentősége. *Hrabovszky Z.:* A hypernephroma- és prostatadaganatok sugaras kezelése. *Rodé I.:* A hólyag és heredaganatok sugaras kezelése.

Pénteken, 11-én 6 ó. a Bp. Kir. Orvosegyesület ülése. Előadás: *Boros J.:* A tricuspidalis billentyű hibáinak diagnosisa. (Filmbemutatással.)

A frontátvonulások áttekintése 1942 augusztus második feléről. Az augusztus 16-ától 31-éig terjedő időszak az idei nyárnak a legmelegebb és legszebb része volt, amelynek folyamán a frontátvonulások ritkaságszámbamenően csekély számban léptek fel. Felsiklási front az egész 16 napos időszak folyamán egyetlen alkalommal sem vonult át Budapest felett. A betörési frontok száma is mindössze csak 12 volt, ezekből 1 gyenge és 11 mérsékelt fejlettségű.

A budapesti frontátvonulások történetéből kiemelendő mindenekelőtt az augusztus 17-én délutántól 21-én reggelig terjedő hosszú teljesen frontmentes időszak, továbbá az augusztus 26-ának hajnalától a hónap végéig terjedő, ugyancsak egészen frontmentes időszak, melynek folyamán a hőség egyre növekedett és aug. 31-én tetőfokát érte el 35 fokos csúcsértékkel.

Aujeszky dr.

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

SENEGA és IPECACUANHA főzetek helyett **CALCIHERBA-tea**

ÚJ EXPECTORANS

Már egy adagja szünteti a kínzó köhögést

Minden dobozon pontos utasítás

Expectin SOL. CSEPPEK

ingert szüntet, erélyesen köptet. Sz. főv. Alk. Segítőalapja részére szabadon, a M. kir. Honvédségnél E alatt engedélyezve

ELŐÁLLITJA ÉS FORGALOMBAHOZZA

Diachemia STRAUB SÁNDOR GYÓGYSZERÉSZETI ÉS VEGYÉSZETI LABORATÓRIUM, BUDAPEST, VI, TERÉZ-KRT 27.

10 gr. ára P 2.20

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

DORMOVIT*

alvási zavarokuál

20—30 percen belül elaltat,

6—8 órás alvást biztosit,

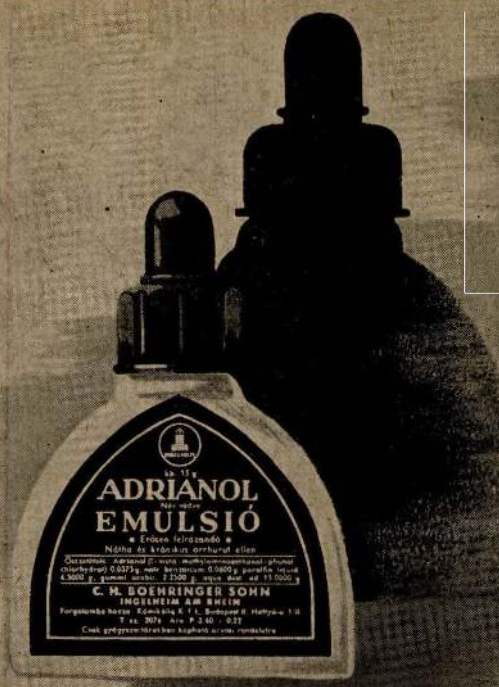
friss ébredés mellett.

*) Furfurylisopropylbarbitursav

DIWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A.G., BERLIN-WAIDMANNSLUST

Magyarországi képviselet: Muzeum Gyógyszertár, Budapest, IV. Kossuth Lajos-u. 20



Az orr hurutjai az

ADRIANOL-EMULSIÓ

alkalmazásával egyszerűen, biztosan és gyorsan kezelhetők, megrövidíthetők és megszüntethetők.

C·H BOEHRINGER SOHN INGELHEIM AM RHEIN

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

NOVURIT-CHINOIN

ártalmatlan higanydiureticum

ANASARCA, ASCITES,
AGY-, TÜDŐVIZENYŐ, NEPHROTIKUS VIZENYŐ STB. KEZELÉSÉRE

AMPULLA:

(1 és 2 kcm) erélyes és gyors hatással. Intramuscularisan, intravénásan

5 és 10 ampulla

SUPPOSITORIUM:

enyhébb és elhúzódó hatással. Cardialisan elő nem készített esetekben is. Praeoedema eseteiben

1 és 5 kup

426181 — AZ ATHENAEUM IRODALMI ÉS NYOMDAI RT. NYOMÁSA, BUDAPEST. FELELŐS: KÁRPÁTI ANTAL IGAZGATÓ.

86. évfolyam. 50. szám. Budapest, 1942. december 12.

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. *Romániában: Borsos Béla dr.* Arad, Str. Gen. Grigorescu 5. *Slovákiában: Eleőd Solt.* Handels- u. Kredit-B. Bratislava.

Előfizetési díj: az »Orvosi Hetilap«-ra az »Orvostudományi közlemények«-kel együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 1000 lei, egyéb külföldre 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., 400 lei.

A szív és vérerek betegségeiben:

ADIGAN
A digitalis lanata isolált glucosidáit tartalmazza.
Tabletta, injectio, solutio és kúp

MYOFORT
Coronaria-ereket tágító és vérnyomást csökkentő izomkivonat
Solutio és injectio alakban

TONOCHOLIN B.
Stabil acetylcholinbromid
Tabletta és injectio alakban

STROPHOSE
g-Strophantin és glucose kombinatio
Injectio

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

Az orr hurutjai az

ADRIANOL EMULSIÓ

alkalmazásával egyszerűen, biztosan és gyorsan kezelhetők, megrövidíthetők és megszüntethetők.

C·H BOEHRINGER SOHN INGELHEIM AM RHEIN

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

Meghülésnél, influenzánál és rheumánál

J.D. Riedel-E. de Haën A.G. Berlin

Salipyrin

az évtizedek óta bevált

antipyreticum

Üvegcsőben 20 drb 0·5 g-os tabletta

J. D. RIEDEL - E. de HAËN A.G. BERLIN

Magyarországi képviselet: Dr. Lányi Lajos Budapest, VIII., Rigó-utca 10

86. évfolyam. 50. szám. Budapest, 1942. december 12.

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:

Molnár József: Megfigyelések a ganglion pterygopalatinum és környéke bénításával kapcsolatban. (595—596. oldal.)
Zahumenszky Elemér: A műtét utáni tetanusról. (597—598. oldal.)
Polyánszky Tibor: A gégecysták. (598—599. oldal.)
Melléklet. Az Orvosi Gyakorlat kérdései (97—100. oldal.)
Irodalmi szemle. (599—600. oldal.)
Könyvismertetés. (600—604. oldal.)
Vegyes hírek. (604. oldal.)
Hetirend. (604. oldal.)

A kolozsvári Tudományegyetem Fül-, orr-, gégeklinikájának közleménye. (Igazgató: kissolymosi Gyergyay Árpád egy. ny. r. tanár.)

Megfigyelések a ganglion pterygopalatinum és környéke bénításával kapcsolatban.

Irta: *Molnár József dr.*, tanársegéd.

Az orr, az orrmelléküregek és az orrgarat egy részének érzéstelenítésére klinikánkon rendszeresen a Gyergyay-féle vezetéses érzéstelenítést alkalmazzuk: egy vékony, 0.4—0.6 mm-es tűvel a kemény szájpadon lévő foramen palatinum majus-ba beszúrva a tűt felvezetjük a canalis pterygopalatinus-on keresztül a fossa pterygopalatiná-ba és oda fecskendezünk 2—4 cm^3, néhány csepp 1‰-es adrenalin-oldattal kevert 2%-os novocain-oldatot, ritkábban 4%-os novocain-oldatot. Észleléseimet, melyekről most beszámolok, mind 2%-os novocain-oldat alkalmazása közben tettem. Megfigyeléseim nagyobb részét műtétek alatt, illetve a műtétek megkezdése előtt, az érzéstelenítés megtétele után tettem, kisebb részét pedig oly egyéneken, akiken a bénítást csakis kísérleti megfigyelés céljából végeztem. Habár eddigi észleléseimnek közvetlen gyakorlati haszna nincsen, élettani szempontból mégis fontosságot tulajdonítok nekik, mert egyrészt némely tényt megerősítenek, másrészt pedig sokat vitatott kérdések tisztázásához járulnak hozzá.

Egyik megfigyelésem a kemény szájpad és a lágy szájpad nyálkahártyájában lévő *nyálkamirigyek működésére* vonatkozik. Landois, Rosemann és Réti L. állítják, hogy a ganglion pterygopalatinum sympathicus és parasympathicus részeitől függ e mirigyek működése. A ganglion maga a sympathicus rostokat a nervus sympathicus-ból a nervus petrosus profundus-on keresztül, a parasympathicus rostokat pedig a nervus facialisból a nervus petrosus superficialis major-on keresztül kapja. Megfigyeltem, hogy majdnem rögtön a befecskendezés után ezek a mirigyek tényleg megszüntetik a működésüket. Egy oldali befecskendezés után a nyitva tartott szájban szárazra törölt kemény- és lágy szájpad a bénított oldalon száraz marad, míg a nem bénított oldalon a váladék rövidesen kicsiny gyöngyöcskék alakjában megjelenik, melyek nagyobbodnak. Ha ezeket ismételten is letöröljük, mindig újból megjelennek, a másik oldal ellenben száraz marad. Ez a jelenség mindaddig fennáll, amíg a bénítás tart, tehát körülbelül 1—2½ óráig. Legtöbb észlelésemet úgy végeztem, hogy a bénítás alatt többízben szárazra töröltem a kísérleti egyénnek a szájpadját és néhány percig figyeltem a mirigy kiválasztását. Leghosszabb ideig tartó megfigyelésem, egyfolytában nyitvatartott száj mellett 20 percig tartott. Mivel befecskendezés előtt a szárazratörölt nyálkahártyát jódtinkturával szoktuk csíramentesíteni, hogy ennek a műveletnek a kiválasztódásra való esetleges kihatása nehogy félrevezessen, legtöbb esetben bekentem jódtinkturával azt az oldalt is, ahova nem fecskendeztem. Azonkívül, mielőtt bekentem jódtinkturával, mindenkor néhány percig figyeltem a szárazratörölt szájpadot, amíg meggyőződtem, hogy mind a két oldal egyformán működik kiválasztás szempontjából. E kísérletezések kapcsolatán tapasztaltam azt is, hogy egyénenként nagyon változik a kiválasztás erőssége. Vannak egyének, akiken csak lassan jelennek meg egész kicsiny gyöngyöcskék, másokon ellenben néhány perc elteltével nagy gombostűfejnyi gyöngyök láthatók, megint másokon pedig a gyöngyképződés szinte másodpercek alatt végbemegy. Érdekes volt látni, hogy olyan egyéneken, akiknek vegetatív idegrendszerük érzékenyebb, a psychikus izgalom hatására bőven kiválasztó nyálkahártya röviddel a befecskendezés után már nem választott ki több nyálkát a befecsekendezett oldalon.

A másik megfigyelésem a *könnykiválasztásra* vonatkozik. Köster és főleg Landolt kísérletei és megfigyelései szerint a facialis törzsből a könnykiválasztó praeganglionáris idegrostok a nervus petrosus superficialis major-on keresztül jönnek a ganglion pterygopalatinum-hoz és így a ganglion pterygopalatinum kormányozza a könnymirigyeket a nn. pteryopalatini, második trigeminus ág, nervus zygomaticus-on át és ennek anastomosis-án keresztül a nervus lacrimalishoz. Gellért összehasonlító bonctani kutatásai alapján úgy véli, hogy kis összekötőszálakon a nervus petrosus superficialis major és ganglion semilunare (Gasseri) között kell a könnykiválasztó idegrostoknak a nervus lacrimalis-hoz

haladniok, tehát az első trigeminus ágon keresztül. Egyes emlős állatokon ezt a kis összekötőszálat ki is mutatta. Ez inkább meg is felelne Lacroixnak az idegrostok pályájára vonatkozó klasszikus megfigyeléseinek. Én azonban úgy találtam, hogy a Gyergyay-féle befecskendezés után a fecskendezett oldalon tetemesen csökken a szem könnytartalma. A kísérleti egyéneknek mind a két szemébe 2 mm széles itatóspapiros csíknak a végét helyeztem a könnytóba és azt tapasztaltam, hogy a fecskendezett oldalon az itatós csík minden esetben kevésbbé lett nedves, mint a nem fecskendezett oldalon. A fecskendezést követő első tíz percben ez a különbség még nem nagyon nyilvánvaló s ezért a legtöbb esetben a csíkokat csak tíz perc elteltével helyeztem a könnytóba. Egyénenként változó eredményeket kaptam újabb tíz perc eltelte után. Volt eset, hogy csak 2—3 mm különbség volt a két csík nedvessége között, többnyire sokkal nagyobb volt ez a különbség, több esetben 15—20 mm és még ennél is nagyobb volt a különbség a két itatós csík nedves részének hosszúsága között. Azaz, míg a fecskendezett oldalon alig 8—10 mm hosszúságban lett nedves az itatós csík, addig a másik oldalon 25—30 mm hosszúságban. Egyetlen kísérletben sem alkalmaztam reflektorikus könnyingerlést az orrból, mert hiszen a fecskendezett oldalon az orr nyálkahártyájának legnagyobb része érzéktelenné vált épp a fecskendezés következtében s így a reflexkiváltásra kevésbé volt alkalmas. Néhányszor úgy végeztem a kísérletet, hogy előbb mind a két szem kötőhártyáját 10%-os cocainoldattal érzéstelenítettem, nehogy a behelyezett itatós csík, mint idegen test ingerelje a nem fecskendezett oldali szemet, ugyanis a fecskendezett oldalon a szemteke alsó felén a kötőhártya is érzéketlen. Az így nyert eredmények is teljesen azonosak voltak a nem cocainozott esetekkel. Valószínűleg a hamar nedvessé váló itatós csík vége nem okoz különösebb izgalmat a nem érzéstelenített szemben sem. A szemészeti klinikán a kísérlet előtt ellenőriztettem a levezető könnyutak átjárhatóságát, nehogy egyoldali elzáródás hamis eredményekre vezessen. Megemlítem még azt is, hogy számos esetben észleltük klinikánkon gyermekeken, akik egyoldali befecskendezést kaptak, hogy műtétek közben csak a nem fecskendezett oldali szemükkel sírtak; amíg ezen az oldalon bőven potyogtak a könnyek, addig a másik szem csak éppen hogy egy kissé könnyben úszott. Egy ízben pedig egy kísérleti egyénen sikerült tisztán lelki alapon sírást kiváltanunk 15 perccel a befecskendezés után és könnyei csak a nem fecskendezett oldali szeméből folytak.

A harmadik megfigyelésem *a nyelv elülső kétharmadának ízlelésére* vonatkozik. Erről a területről ugyanis az ízlelést vezető idegrostok a chorda tympani-n keresztül haladva a nervus facialishoz társulnak. A chorda tympani-nak ilyen szerepe ismert és az ízleléshiányt vagy legalább is annak igen nagyfokú csökkenését minden esetben ki lehet mutatni a nyelv elülső kétharmadának azon az oldalán, ahol gyökeres fülműtét utáni állapot van és a chorda tympani is eltávolíttatott vagy külső sérülés következtében a chorda tympani megsérült vagy elpusztult. Számos esetben magam is végeztem ízlelésvizsgálatokat idült fülgennyesedéses esetekben és gyökeres fülműtötteken, illetve ez utóbbiakon műtét előtt és után. Az ízlelés ducsejtjei a ganglion geniculi-ban vannak és a periferikus neuron a facialishoz, majd a chorda tympani-hoz társul. A centralis neuron pályáját illetőleg eltérőek a vélemények. Így Lenhossék, Beznák és még többen úgy vélik, hogy a nervus intermediusban halad. Ezt a feltevést támogatják Schimert—Szentágotai mikroszkopiai vizsgálatai is, aki idegrostszámlálásokat is végzett. Köster kísérletei után, aki trigeminus gyök átmetszés, illetve ganglion semilunare (Gasseri) kiirtás után ízleléskiesést vagy nagyfokú csökkenést tapasztalt a megfelelő oldalon, többen úgy vélik, hogy az ízlelést vezető idegrostok a ganglion geniculi magasságában elhagyják az arcideget s aztán végül a ganglion semilunare és a trigeminus gyökén át jutnak az agyba. Eltérők azonban a vélemények az ízlelést vezető rostok azon pályaszakaszára vonatkozólag is, amely a ganglion geniculi és ganglion semilunare közé esik. Erb és Bernhardt azt állítják, hogy a nervus petrosus superficialis major-on, ganglion pterygopalatinum-on s a második trigeminus ágon át jutnak a ganglion semilunare-hez. Ziehl, Schmidt A., Blüher és Krause szerint a ganglion geniculi-ból a nervus petrosus superficialis minor-hoz csatlakoznak az e kettőt összekötő részen keresztülhaladva, majd a ganglion oticum-on és a harmadik trigeminus ágon át jutnak a ganglion semilunare-hez. A Gyergyay-féle befecskendezés után egyetlen esetben sem találtam ízleléshiányt a megfelelő oldalon, sem pedig eltérést a fecskendezés előtti ízlelésállapothoz viszonyítva. Ezek után úgylátszik, hogy a ízlelés idegszálai nem a ganglion pterygopalatinum-on mennek keresztül, hanem más úton haladnak.

A negyedik megfigyelésem *a lágy szájpad emelőizom működésére* vonatkozik. Moritz állítása szerint, mint azt régebbi szerzők is állították már, ezt az izmot az arcideg idegzi be, még pedig a következő bonyolult úton: nervus facialis, chorda tympani, ganglion oticum. nervulus sphenoidalis internus, nervus canalis pterygoidei (Vidii) ganglion pterygopaltinum, nervus palatinus minor, musculus levator veli palatini. Moritz állításának tévességét Gyergyay már kimutatta. Az én megfigyeléseim szintén Moritz ellen szólnak. A ganglion pterygopalatinum és környékére való novocainos befecskendezés után egyetlen esetben sem észleltük, hogy a lágy szájpad emelőizom bénult, tehát nem hihető, hogy a hozzátartozó mozgatóideg e területen megy keresztül. Moritznak másik állítását sem látjuk igazoltnak, hogy radikális fülműtötteken, ahol a chorda tympani át van metszve, látható az az oldali emelőizom bénulása. Mi a betegeinken, akiken radikális fülműtétet végeztünk, ezt az izombénulást nem észleltük, pedig a Moritz által nem könnyűnek nevezett megfigyelésében ennek az izombénulásnak klinikánk tagjai mind elég jártasak, mert mi számos esetben művileg bénítjuk ezt az izmot az orrgarat Gyergyay-féle vezetéses érzéstelenítése alkalmával. Észleleteink így a Moritz-féle elgondolásnak két helyen is ellentmondanak.

Megfigyeléseim a Gyergyay-féle befecskendezésre vonatkozólag csak egy évre terjednek és így érthető, hogy jelen beszámolóm csak aránylag kis beteganyagot ölel fel. Folytatom azokat s most főleg azért számolok be eddigi észleléseimről, hogy mások érdeklődését is felkeltsem a ganglion pterygopalatinum bénításával kapcsolatos kísérletezési lehetőségek iránt.

A MÁV-kórház I. sz. sebészeti osztályának közleménye. (Főorvos: Koch László.)

A műtét utáni tetanusról.

Írta: *Zahumenszky Elemér dr.*

A tetanusos fertőzés fellépése az asepsis és antisepsis szigorú szabályainak minden vonalon való betartása mellett a ritka véletlenek közé tartozik, mégis elvétve és meglepetésszerűen előfordulhat. Félreismerése súlyos következményekkel járhat. A műtétek után fellépő tetanusos fertőzések igen nagy hányadát, amióta a catgutot, mint sebészi varróanyagot használjuk, ennek rovására írták, különösen a nőgyógyászati műtétekben. Ezenkívül azonban igen sok tényező szerepel a tetanus előidézésében.

Schmied szerint a tetanusfertőzés forrásait a következőképpen csoportosíthatjuk:

1. A műtő keze, eszközei, ruhaneműek.
2. A varróanyag.
3. A testben lévő tetanusspórák, melyek lehetnek *a)* rejtett t. spóra a műtéti beavatkozás helyén, *b)* a spóra helyétől távolabb történt műtéti beavatkozással kapcsolatos t. fertőzés, *c)* a lappangási időszakban történő műtéti beavatkozás.
4. Tetanusspórák a testfelületen, melyek műtét által a mélybe kerülnek.
5. *Schmied* beosztásához még hozzáfűzhetjük azt a gyakori lehetőséget, amidőn a műtött seb utókezelése kapcsán kerülnek t. spórák a sebbe.

Sorra véve a fenti lehetőségeket, a következőket állapíthatjuk meg: A műtő keze, eszközei, ruhaneműek, az asepsis és antisepsis szabályainak betartásával, csak igen goromba hibák esetén szerepelhetnek, más a helyzet a varróanyaggal. A catgut használatával kapcsolatban több szerző gondos utánvizsgálatokkal kétségtelenül megállapította a catgut fertőzési lehetőségét, sőt bebizonyítható fertőzöttségét. (*Rosenstein, Stepanov, Sauve*, stb.) Előfordulhat olyan eset is, amidőn két egymásután operált beteg kapott tetanust ugyanattól a fertőzött catguttól.

A fentiekkel szemben áll azoknak a sebészeknek hosszú sora, akik ezer és tízezer műtétet végeztek catguttal és t. fertőzést soha nem észleltek.

A világháború utáni nagyszámú eset megtanított arra, hogy a testbe jutott eltokolt idegen anyagok t. spórákat zárhatnak magukba, melyek hosszú évek után, esetleges műtét kapcsán felszabadultak és fertőzést okoztak, néha enyhébb elhúzódó, máskor igen heves, súlyos formában. A tetanus megjelenése elhúzódó alakjában igen gyakran diagnostikus tévedéseket okozott.

Kappis, Doberer, Krauss, stb. több ilyen esetet írnak le, amidőn hosszú esztendők után, idegen test, fém, fa, eltávolítása után tetanus lépett fel. Különböző szerzők felemlítik azt a lehetőséget is, hogy a műtéti beavatkozások távolabbi tetanusos spórákat lobbantanak fel.

A tetanus lappangási időszakában történő műtéti beavatkozás az igen ritka véletlenek közé tartozik. Alább közölt két eset bizonyítja, hogy előfordulhat.

Aránylag gyakoribb pl. a foghúzással vagy ezzel kapcsolatos beavatkozások után fellépő fertőzés (*Haertel, Bruce* esetei). A test felületén, a mucosán sok szerző szerint néha igen gyakori a t. spóra. Így *Buzello*, a pomerániai parasztok között 40%-os fertőzöttséget talált. *Bauer* a kínaiaknál 34.7%-ot. *Ottino* szerint emberben és lóban 8.6%-os a fertőzöttség. Különösen az alsó bélrendszer fertőzöttsége kétséget kizáróan bizonyított. Ezenkívül leggyakrabban előfordul a sipolyoknál, fagyásoknál, alszárfekélyekben, repedésekben a fülben, a felhám sérüléseiben, a talp bőrében. Mindannyi a fertőzés kapuja lehet.

Schmied összesítő kimutatása szerint t. fertőzés előfordult

az alsóvégtag műtétjeinél	16	esetben,
az alsó testfél műtétjeinél	9	„
vakbél, gyomor, epe, vese műtétjeinél	22	„
nőgyógyászati műtéteknél	30	„
sérv műtéteknél	10	„
a fej és a felsőtest műtéteknél . . .	7	„

A másodlagosan gyógyuló sebek kezelése közben fellépő tetanusos fertőzés gyakoribb, mintsem gondolnánk. T. spórákat tartalmazó anyag, mint pl. cserepes virág, stb. a műtőben, kötözőhelyiségben a seb kezelése közben könnyen fertőzöttséget okozhat. Jellemző erre *Lippay* esete, amidőn a beteg fürdetés által fertőződött, mivel előzőleg ugyanabban a fürdőkádban öntözték a kórterem virágcserepeit.

A t. előfordulása Budapesten *Bakay—Klimkó* megállapítása szerint elhanyagolható. Az összes kimutatható esetekről bebizonyítható ma is, hogy vidékről hurcolták be. Mivel azonban Budapest, mint kórházi gyüjtőhely szerepel, előfordulására mindenkor gondolnunk kell.

A MÁV-kórház két sebészeti osztályán körülbelül 25.000 nagyobb műtét után, 15 év óta csak az 1. sz. sebészeti osztályon két esetben fordult elő műtét utáni tetanusos fertőzés. Az alább ismertetett két eset ugyanabban az évben, kimutathatóan steril műtéti beavatkozás után jelentkezett. Mindkettő diagnostikus érdekessége miatt figyelmet érdemel és tanulságul szolgál.

Mindkét esetben a tetanus sérvműtét után keletkezett. *Schmied* fenti kimutatása szerint különböző szerzők 10 esetben írtak le sérvműtét utáni t. fertőzést. Saját két esetünket az alábbiakban ismertetem.

1. *K. M.* 29 éves férfibeteg Kaposvár környékéről 1938 április 6-án került jobboldali ferdelágyéksérv miatt műtétre. Helyi érzéstelenítésben, jobboldali ferde, mintegy almányi sérvtömlő kiirtása, szabályszerű Bassini-műtét. Réteges hasfalvarrat. Seb zavartalanul gyógyult. Beteg a műtét után 7-ik napon fejfájásról panaszkodik, nyakát fájlalja. T. 37.2—37.5. Enyhébb lefolyású influenzára gondolunk. Feltevésünket támogatta az általános elesettség, végtagfájdalmak, a garat kisfokú belöveltsége. Másnap állapota rosszabbodik, nyaki és tarkótáji fájdalmai fokozódnak, fejét nehezen tudja mozgatni, nyugtalan nehéz légzésről panaszkodik. Kisfokú szájzár, fokozott nyaki merevség, risus sardonicus. A tetanusos fertőzés kórisméje kétségtelen.

A fertőzés kapujául elsőlegesen az előrement sérvműtétre gondolunk. A hét nappal ezelőtt történt műtét időpontja, rövidebb lappangási időnek felel meg. A sérvműtét helye lombmentes, elsőleges gyógyult. A műtét az aznap végzettek közül a harmadik volt, az előtte és utána operáltak zavartalanul gyógyultak. Varróanyagnak csak selymet használtunk.

Keresve a fertőzés kapuját, a beteget alaposan átvizsgáltuk. Semmiféle sérülést nem találtunk. Sérülésre nem emlékszik. Hosszas kérdezősködésünkre a szellemileg kissé visszamaradt betegnek eszébe jut, hogy körülbelül három héttel ezelőtt munka közben érezte, hogy bakancsában szeg állott ki, mely sarkát felsértette. Miután azonban a szeget beverte, a sarkán lévő seb pár nap alatt begyógyult.

A jobb sarok bőrében, középen körülbelül ½ cm hosszú, alig látható heg. A heg helyét szélesen feltárjuk, a mélyebb kötőszövettel együtt kiirtjuk. A bakteriologiai vizsgálat t. spórát nem mutatott ki. A t. fertőzés enyhébb tünetekkel erélyes kezelésre zavartalanul gyógyult.

2. *Z. P.* 42 éves férfibeteg Békésgyula környékéről 1938 szept. 7-én ugyancsak jobboldali lágyéksérv miatt kerül műtétre. Helyi érzéstelenítésben jobboldali kisalmányi ferde tömlő kiirtása. Szabályszerű Bassini-műtét. Réteges hasfalvarrat. Varróanyag selyem. Zavartalan sebgyógyulás. A beteg a műtét utáni 5-ik napon nyelési nehézségekről, torokfájdalmakról panaszkodik, gégéje fájdalmas. A gégészeti vizsgálat kissé belövellt garatképleteken kívül negativ. Másnap reggel száját nehezen nyitja, feltűnő a maseterek görcse, homlokát erősen ráncolja, kisfokú nyaki merevség. Tetanust kórismézünk. A későbbiekben is kifejezettek voltak a feji tünetek.

Előző esetünkön okulva kerestük a fertőzés kapuját. Az öt nappal ezelőtt történt műtét kizárható, csak selymet használtunk. Sebgyógyulás zavartalan. Az esetleges sérülés helyét fokozott gondossággal sem találjuk, köztakarón sehol friss vagy régebbi sérülésnek nyoma sincsen. Fülészeti, orr-, gégevizsgálata negativ.

Mivel a tatanusos fertőzés főleg a feji tünetekkel jellegzetes, a beteget újból, még részletesebb vizsgálatnak vetjük alá. Életkörülményeiről elmondja, hogy K.-ban Békésgyula mellett lakik, ahol vasúti raktárnoki szolgálatot teljesített. Az elmult hónapokban raktárhelyiségébe főleg gabonaneműeket szállítottak be. Igen gyakran tartózkodott a poros raktárépületben. Visszaemlékezett, hogy körülbelül két héttel ezelőtt náthás volt és vérzett az orra. Az ismételt orrtükrözés megállapítja, hogy az orrkagyló hátsó részén lencsénél valamivel nagyobb pörkösödés látható. A pörköt leválasztva, az alatta lévő kaparékból tetanusspórát lehetett kimutatni. Nagy adag serum adásával és gondos kezeléssel a tetanus zavartalanul kissé elhúzódóan gyógyul.

Fenti két esetünknek érdekessége, hogy középsúlyos tetanus mindkét esetben helyi érzéstelenítésben végzett lágyéksérv műtéte után jelentkezett, egyik esetünkben az ötödik, másikban a hetedik napon. Különösen feltűnő, hogy mindkét esetben a fertőzés már jóval előbb megtörtént és a véletlen különös összejátszása következtében tünetei, csak a lezajlott műtét után jelentkeztek, azt a látszatot keltve, hogy a t. fertőzés forrása a műtéti beavatkozás.

Első esetünkben a lappangási időszak valószínűleg 28 nap, másodikban körülbelül 20 nap.

Az ismertetett két eset szigorúan véve nem tartozik az ú. n. valódi postoperativ tetanusok közé. Ugyanis a műtéttel kapcsolatban t. fertőzés nem történt. Mégis elsőlegesen a fertőzés lehetőségét a t. megjelenésekor a műtéti sebben kellett keresni. Ezt majdnem teljes bizonyossággal kizárva kerestük a fertőzés további lehetőségeit, amit mindkét esetben megtaláltunk. Nagyban megkönnyítette ez a fertőzés leküzdését, különösen második esetünkben, amidőn bár igen nehezen, de mégis sikerült a fertőzés kapuját kideríteni.

Eseteink bizonyítékul szolgálnak arra, hogy bár a t. különösen steril műtéti beavatkozások után a legnagyobb ritkaságok közé tartozik, mégis ilyen vagy olyan formában váratlanul megjelenhet. Ilyen esetben a legnagyobb szorgossággal kell keresnünk a fertőzés kapuját.

A tetanusra, mint fertőzési lehetőségre gondolnunk kell. Ha ezt tesszük, a betegséget idejekorán kórismézhetjük és a veszedelmes fertőzéssel szemben sikerrel vehetjük fel a harcot.

A budapesti Tudományegyetem Orr-, Gége- és Fülklinikájának (igazgató: Lénárt Zoltán ny. r. tanár) közleménye.

A gégecysták.

Irta: *Polyánszky Tibor dr.*, egyet. tanársegéd.

A gégében, illetve az epiglottison előforduló cysták ritkák és az összes gégedaganatok 3—5%-át teszik. A jellegzetesen áttünő, sima felszínű és ruganyos tömlők leggyakrabban az epiglottis lingualis felszínén, ritkábban az arytájékon és a gége űrében foglalnak helyet. Kisebbek a hangszalagokon is előfordulnak, ezek többnyire polypokból keletkeznek, amelyekben pangás következtében savóval telt üregek támadnak, melyek nagyobb üregekké folynak össze.

A gégecysták a helyük szerint kölesnyi—diónyi—kisalmányi nagyságúak. Leggyakrabban retentiós tömlők, amelyeket valamely nyálkamirigy kivezető nyílásának elzáródása hoz létre. A ductus thyreoglossus, vagy a zsigerekkel összefüggésben lévő congenitalis cysták sokkal ritkábbak. A ritkán előforduló dermoidcysta az előbbiektől abban különbözik, hogy faggyúszerű anyagot és szőröket tartalmaz, górcső alatt pedig mindenféle szövettypus ismerhető fel benne, fala ugyancsak sima, de nem annyira áttünő, mint az előbbieké.

Igen ritkák az újszülöttek veleszületett tömlői: sokszor csak boncoláson derülnek ki. *Marx* és *Rosenberg* élő újszülötteken figyeltek meg gégetömlőket. Ezért stridor congenitusnál ajánlatos gégevizsgálatot végezni, mert ilyen módon, ha cysta forog fenn, lehetséges a fulladásos halált az esetek egy részében elhárítani.

Nagyságukhoz és elhelyezkedésükhöz mérten a cysták különféle tünetet okoznak, melyek az egyszerű rekedtségtől, nyomási érzéstől, nyelési nehézségtől a nehézlégzésig, sőt a fulladásig fokozódhatnak. Máskor annyira tünet nélkül maradnak, hogy csak más gégejelenségek vizsgálatakor állapíthatjuk meg őket.

A diagnosis legtöbbször igen könnyű. Az üreges, sárgásan áttünő, sima felszínű, rugalmas daganat jellemző gégetükri képe sondával való megtapintás után azonnal cystára hívja fel a figyelmet. A megkülönböztető diagnosis szempontjából a sinus Morgagniban és piriformisban lévő cysta a laryngokéléval téveszthető össze. A laryngokele ventricularis a Morgagni-tasaknak a gégeűre, vagy kifelé való zsákszerű tágulata, amely feszítéskor vagy köhögéskor herniaszerűen előbomborodik. Gyul-

ladás következtében a levegőzsák nyílása beszűkülhet, megduzzadhat, úgyhogy néha a levegőzsák helyén levegővel és gennyel telt tömlő található. Röntgenernyő alatt azonban a levegőtartalmú laryngokele a cystától jól megkülönböztethető, mert a cystán világosodás, a laryngokelén pedig árnyékoltság látható, azonkívül a laryngokele köhögéskor, feszítéskor daganatszerűleg elődomborodik, a cysta ellenben nem változik.

A tömlők orvoslása műtéti és a cystának endolaryngealis kiirtásából áll. A mélyen beágyazott nagy tömlő tartalmát punctióval kiszívjuk, vagy gégekéssel felhasítva kiürítjük és a tömlő falát kettős curettel kiírtjuk.

Klinikánkon az utolsó évek folyamán 5 esetben észleltünk larynxcystát: egy-egy esetben a bal valleculában és a bal arytájon, háromban pedig az epiglottis szabad szélén, illetve lingualis felszínén észleltük a cystákat, melyek a betegeknek idegentest érzést és kisebbfokú nyelési nehézséget okoztak, egy esetben pedig az időnként jelentkező véres köpet hívta fel a figyelmet a gégebeli elváltozásra.

A tömlőket mind az öt esetben endolaryngealisan irtottuk ki, ezt megelőzőleg három esetben a tömlőt felhasítva, illetve megpungálva, bennékét kiürítettük.

Vérzés egyízben sem fordult elő, s a gyógyulás zavartalan volt.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

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

A fejfájás új kezelése. *Papilian* és *Nana.* (Wien. Med. Wschr. 1942. 44. sz.) Paplian és Russu nem közölt kísérletei szerint az agyvelő vérliquor keringésében a nervus occipitalis maior játssza a főszerepet. A fejfájás kezelésében 1—1.5%-os pantocainnal 10—20 ccm-t fecskendezett be legyezőalakúan a koponyaalap felé azon a ponton, amely a csecsnyúlványon átfektetett vízszintesen a csecsnyúlvány és a medianvonal között középen van. A fájdalmak pár percen belül megszűntek és 16 eset közül 14-ben többé sohasem jelentkeztek, 2 esetben 4, illetve 6 óra mulva újra, noha kevésbbé erősen felléptek, de megismételt anaesthesiára végleg elmultak. (B. 52.)

Kuchárik József dr.

Asthma és histamin therapia. *Dudan.* (Schweiz. Med. Wschr. 1942. 30.) 105 asthmaesetről számol be, melyeknél histamin-iontophoresist alkalmazott. Ezek közül 54 meggyógyult, 30 lényegesen javult és 21-nél nem állott be változás. A kezelés tehát 84 esetben eredménnyel járt. 18 betegnél a gyógyulás több mint 1 éve tart, 23 eset már fél éve panaszmentes, a többi esetnél a kezelés újabb keletű. A kezelést 2%-os histaminoldattal végezte. Az ülések 5 percig tartottak. A kezelések mennyisége igen változó volt. Első kúrának körülbelül 12 kezelés elegendő. Egy kúrával általában 6—12 hónapos tünetmentesség érhető el. Voltak súlyosabb esetek, ahol a gyógyulás csak 25—35 kezelés után volt elérhető. Az asthma foka és a betegek kora igen váltakozó volt, 3—70 éves korig. Általában ajánlatos 3 kezelést egymás után végezni, majd 5—8 nap szünet, hogy a reactio megfigyelhető legyen és utána 4—6 napos időközökben 1—1 iontophoresist alkalmazni. (B. 54.)

Riedl dr.

Adatok a tonsillaris sepsis kórképéhez. *Haardt.* Wien. klin. Wschr. 1942. 25. A mandula a focalis infectiótól eltekintve, általános sepsis kiindulópontja lehet. Nemcsak belépési kapu a tonsilla, hanem a sepsisgóc is, ahonnan a fertőzés haematogen, lymphogen és a lágyrészek phlegmoneja útján terjedhet tova. Három igen érdekes esete közül az elsőben nyelési fájdalmakkal jelentkezett beteg manduláit szennyes sárga lepedék borította, az álkapocsszögletalatt nagy mirigyduzzanat, láz, elesettség, somnolentia. A bal ágyék tájon tenyérnyi beszűrődött terület. Therapia Septojod i. v., majd Prontosil. A beteg állapota javul, de az alkaron mandulányi beszűrődés. Később mindkét beszűrődés beolvadt, incisio, ezután teljes láztalanság és gyógyulás. Jelen esetben typusos, könnyen felismerhető tonsillaris sepsist ismerhettünk meg. Második esetében a beteg balálkapocs alatt mirigyduzzanattal jelentkezett. Előzetesen soha sem volt anginája, felvételkor a torok alig belövelt, a fül, orr, vagy fogak részéről kóros jelenség nem észlelhető. Láz, hidegrázás miatt feltárták a nyirokmirigyet, a véna jugularis internat thrombotisalva találták. Felfelé praeparáláskor a digastricus hasa mögött parapharygealisan abscessust találtak, a véna jugularis itt gennyel telve, de feljebb a sinus sigmoideus már normálisan vértelt. A tályogból streptococcus haemolyticus tenyészett ki. A műtét végén a tonsillát kivették, de sehol gyulladást vagy gennyet nem találtak: a kórszövettani lelet heges, idülten gyulladásos mandulaszövetet mutatott. A beteg operatio után 2 nappal láztalan lett, jól gyógyult a 18-ik napig, amikor a bal alsó tüdőlebenyben infarctus keletkezett. A vérkép haemolysises macrocytaer anaemiát mutatott (nem pernicios typus). A beteg belgyógyászati utókezelésre gyógyult. Harmadik betege orvosnő, akit gyermekkorában már tonsillectomisáltak és akinél 2 hónappal ezelőtt lezajlott tonsillitisből rejtve visszamaradt tályog fellángolása súlyos kórképet okozott. Submandibularis mirigyduzzanat egész a sternumig terjedő oedémával parapharyngealis tályog, amely spontán áttört, sinus sigmoideus thrombosis. Természetesen sorozatos operatiókat kellett végezni, hogy a kórképet leküzdhessék. Végeredményben azt tanácsolja a szerző, hogy ha a tonsillitis 3—4 nap alatt nem zajlik le, akkor komplikációt (tályogot) kell keresnünk, amelynek tünetei néha atypusosan jelentkeznek. (B. 48.)

Kuchárik József dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

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

A hormonalis úton elérhető meddőségről. *Mondré.* (Zbl. Gynäk. 1942. 32.) Röviden ismerteti az idevonatkozó irodalmi adatokat megemlítve *Clauberg* megfigyelését, amely szerint tüszőhormon adagolásával a sárgatest keletkezését és annak működését, valamint hatását a méhnyálkahártyára, meg lehet zavarni. Megfelelő, esetleg nem túlnagy tüszőhormon adagokkal is olymódon lehet befolyásolni a méhnyálkahártya elválasztásos okát, hogy az a pete megtapadására alkalmatlanná válik. Szerző kísérleteiben nyúlakon próbálta meghatározni azt a legkisebb tüszőhormonegységet,

Korszerű vaccina-kezelésre

YATREN-VACCINÁK

»Behringwerke«
Leverkusen

Forgalomba hozza:
Magyar Pharma Gyógyáru Rt.
Budapest—Kolozsvár

Antipyogen-, Gono-, Strepto-, Staphylo-, Neuro-Yatren és Ulcatren

FAGIFOR „CITO"

Calcium-sókat tartalmazó jófzű 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.

amellyel, cohabitatio előtt adva, meddőséget lehet létrehozni. 8000 egység folliculin menformonnal sikerült nyúlaknál 9—31 napig tartó meddőséget létrehozni. A tüszőrepedés előtt adott nagy tüszőhormonadag a megtermékenyített pete számára kedvezőtlenné teszi a méhnyálkahártyát. (O. 31.) *Thaisz Kálmán dr.*

A magzat lefejezése harántfekvés esetén. *Thiessen.* (Zbl. Gynäk. 1942. 4.) Szerző az általa ajánlott eljárással a fej kifejtésének megkönnyítését célozza. Eljárása a következő: A balkéz és ujjak védelme mellett az előesett kar lehúzása után felvezetett Siebold ollóval átmetszi a magzat nyakát, úgy, hogy a metszés a magzat felső hónaljárkában végződik. Az előesett kar húzása által előbb a törzset távolítja el — mégpedig általában nehézség nélkül, — mire a fejjel visszamaradt kar magától előesik, vagy lesimítható. Ezután ezt a kart lehúzva s a másik kézzel a hüvelybe hatolva Wigand-Martin-Winckel, vagy Smellie-Veit-féle eljárással fejthetjük ki a fejet. (O 28.)

Hufnagl Kálmán dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

Trichinozis epidemia alatt megfigyelt szemtünetek. *Parrisius.* (Dtsch. Mil. arzt 7. 1942.) Egész zászlóalj fertőzésekor figyelte meg a következő szemtüneteket. A fertőzés után 14 napra jelentkező, néha igen nagyfokú szemhéjvizenyő szabályszerű és jellemző tünet, amely sporadikus esetekben könnyen félrevezethet (sinusitis, nephritis). Elég gyakori a conjunctivitis episkleralis vérzésekkel. Ritkán fájdalmak a szem mozgatásakor. A vérkép kifejezett eosinophiliája figyelmeztet a helyes diagnosisra. (33.) *Nagy Ferenc dr.*

Szemfenéki elváltozások kiütéses typhusban. *Freusberg.* (Klin. Mbl. f. Augenheilk. 108. B. 621. o.) 15—20%-ban talált szemfenéki elváltozásokat. Leggyakoribb elváltozás a betegség első hetében a praekapillarisokon és apró vénákon peri- és paravasalis apró csomócskák kis vérzésekkel A fovea centralis érhiány miatt nem vesz részt a folyamatban. A nagyobb ágak ischemiás állapotának következményekép sektorszerű duzzadás, subretinális transsudatio és lapos leválás támadhat néha. Ugyancsak ritkák a friss chorioiditishez hasonló gócos elváltozások a choriokapilláris megbetegedése folytán. Az elváltozások hamar visszafejlődnek, míg a papilla duzzadása csak igen lassan. Valamennyi elváltozás az erek megbetegedéséből következik. (44.)

Nagy Ferenc dr.

Szembántalmak cukorbajban. *Aires.* (Arqu. br. Oft. 1941.) Különböző statisztikák figyelembevételével megállapítja, hogy hályog és retinitis kb. 30 százalék, az optikus betegsége 20 százalék, szivárványgyulladás 5 százalékban fordul elő. Hirtelen fellépő rövidlátás esetében mindig kell cukorbajra gondolni; ez a lencse folyadékszaporulatával és törőerejének fokozódásával magyarázható, anélkül, hogy hályogképződésre vezetne. (34.) *Nagy Ferenc dr.*

Trachomakezelés albuciddal kórházban. *Purtscher.* (Klin. Mbl. Aug. 1942. 108, 442.) 29 nem friss, részben papillaris és csomós, részben pannusos trachomából 5-nél csupán helyileg, 10%-os oldatban alkalmazta az albucidot: kielégítő eredmény nélkül. A többinek tablettákat adagolt lökésszerűen: 3-szor 3 tablettát naponta egy hétig, majd egy hét szünet után újra. A felszínes gyulladásos jelenségek és így a subjectiv panaszok is hamarosan javultak. Azonban a kötőhártya mély proliferativ gyulladását, vagyis a trachoma lényegét alig befolyásolta. Az albucid egyedül nem képes a trachomát meggyógyítani, mindenesetre értékes segédeszköz, főként a trachoma kezelésének kezdetén. (40.)

Lugossy Gyula dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Csodatevők. Írta: *Müller Vilmos dr.* (Singer és Wolfner 2. kiadás. 62 képpel.) Annak az örvendetes jelenségnek, hogy a nagyközönség érdeklődése kezd egyre jobban a tudomány csendes, de sokszor hősi munkásai felé fordulni és ezek között is elsősorban az emberéletért harcoló orvosok felé, nagyrészben ama jó tollal megírt életrajzoknak köszönhető, amelyek legalkalmasabbaknak bizonyultak az orvostudomány nagy vívmányainak népszerű formában megismertetésére. Paul de Kruif terjedelmesebb és komolyabban elmélyedő életrajzai mellett sok haszonnal támogatta ezt a folyamatot a szerző is evvel a kissé talán tulnépszerű, mondhatnánk riportjellegű 15 életrajzával. De közönségünk mégis tudást és kultúrát szerzett magának belőle, tetszett és sikert aratott, mert itt van íme a II. kiadás kibővítve még hat újabb felfedezéssel, illetve rapszodikus életrajzzal az újabb kor vívmányait illetőleg. Kívánunk további szerencsét írónak és kiadónak egyaránt. *Vámossy.*

SENEGA és IPECACUANHA főzetek helyett

CALCIHERBA-tea

ÚJ EXPECTORANS

Már egy adagja szünteti a kínzó köhögést

Minden dobozon pontos utasítás

METALIX RÖNTGEN

RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KÖRÚT 37

TEL. 182-680, 383-135.

Hólyaghuruthál

UROCARMIN-CHINOIN

vizeletfertőtlenítő-festékkészítmény

20 és 50 tabletta

Solvarsin

ötvegyértékű arzén-antiluetikum

szubkután és intramuszkuláris befecskendezésre

Használatrakész oldatban

A syphilis, különösen annak késői megjelenési alakjai, mint aortitis, neurolues stb. kezelésére

BAYER

Nagy adagokban is kiválóan tűrhető!

»Bayer«
LEVERKUSEN

Dobozok 5 és 50 ampullával à 2, 3 illetve 5 kcm

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

Digitalis Pandigal

TISZTA GLYKOSIDÁT TARTALMAZÓ DIGITÁLIS LANATA KÉSZÍTMÉNY

Cseppek 7·5 és 15 ccm
Tabletta 50 és 12 drb
Injectio 3, 6 és 12 amp
Suppositória 3, 6 és 12 drb

Törzskönyvi szám: 1739—1742.

TELJES DIGITÁLIS HATÁS
TÖKÉLETES MEGBIZHATÓSÁG

Magyar gyártmány!

BEIERSDORF VEGYÉSZETI GYÁR R.-T. BUDAPEST, XIV.

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.

Die Chirurgie. *Kirschner-Nordmann.* (Urban és Schwarzenberg. Berlin.)

Lieferung 21. (III. kötet: A fej sebészete.) 1—178. oldal. (8.25 M.)

Részletesen tárgyalja a száj, az állcsontok, az arccsontok és az arc sebészetét, különösen új műtéttani és technikai eljárásokra terjeszkedve ki. A szöveget igen jó ábrák, fényképek és Rtg.-felvételek teszik világossá és érthetővé.

Lieferung 22—23. (III. kötet: A gerincvelői idegek, a vegetativ idegek és a gerincoszlop sebészete.) 179—452. oldal. (12 M.)

Schönbauer tollából kitűnően sikerült és egészen újszerű feldolgozása a környi idegrendszer sebészetének. A munka különös gondot fordít a vizsgálati módszerek tárgyalására, valamint a sebészi eljárások utókezelésének értékelésére. Részletesen feldolgozza az egyes idegekre kiterjedő bénulások gyógykezelését és az újabb tapasztalatok szerint értékeli a bénult idegek működését pótolni hivatott eljárások értékét. Különösen szép és érdekes a vegetativ idegrendszer sebészetének elsősorban a sympathikus sebészetnek a modern irodalom csaknem valamennyi adata alapján történt feldolgozása. A műtéti eljárásokat a javallatok, a lehetőségek és a technikai kivitel szempontjából részletesen ismertetni. Kitűnő ábrák és bonctani vázlatok érzékeltetik a műtéti eljárásokat.

Lieferung 24—25—26. (VI. kötet: A has sebészete.) 1—474. oldal. (26.25 M.)

A hasfal, a sérvek, a hashártya sebészetének összefoglalása után Gulecke, Nieden és Schmidt feldolgozásában igen részletes, az irodalmi adatokat új szempontok szerint összefoglaló feldolgozása a gyomor és duodenum sebészetének. Az újabb vizsgálati eljárások különösen a mai fejlett Rtg.-technika, valamint a gastroskopia ismertetése után a műtéti eljárások irodalmi adatok és saját tapasztalatok alapján való értékelése és a gyógykezelési eredmények kritikus összefoglalása. A jól sikerült műtéttani ábrák, valamint Rtg.-felvételek emelik a mű értékét.

Lieferung 27—28. (VI. kötet: A has sebészete.) 475—819. oldal. (22 M.)

A vékonybél-sebészetet Kleinschmidt az előző kiadáshoz viszonyítva, csekély változtatásokkal dolgozta át, az újabb irodalom adataival egészítve ki azt. Reichle a végbél sebészetét részletesen legújabb eredmények alapján tárgyalja és ismerteti mindazon eljárásokat, amelyekkel különösen a végbéldaganatok kiirtásának gyökerességét és a műtét utáni működésképesség helyreállítását igyekezett a sebészet az utolsó tíz év alatt fokozni. A szövegközben bemutatja mindazon ábrákat, amelyek a különböző műtéti eljárásokról az utóbbi években az irodalomban elszórtan megjelentek.

Lieferung 29—30—31. (VII. kötet: A has sebészete.) II. 297—712. oldal. (26 M.)

Az első fejezet Bernhardt feldolgozásában igen részletes áttekintése a hasnyálmirigy sebészetének. A hasnyálmirigy bonctanának és kórbonctanának részletes feldolgozása után a klinikai vizsgálatok összefoglalása és újabb tapasztalatok alapján a műtéti javallatok körvonalazása.

A lép sebészetét Schürer hasonlóképpen a vérbetegségek sebészetét is Schürer dolgozta fel. Ez utóbbi fejezetben részletes ismertetését adja a vérátömlesztés elméleti alapjainak és gyakorlati kivitelének. A könyv utolsó és legnagyobb fejezete a vesék, a vesemedencék, a húgyvezér és a mellékvesék sebészetét tartalmazza. A klinikai vizsgálatokra különös gondot fordít Uebelhör, aki szakavatott pontossággal dolgozza fel a legújabb irodalmi adatokat és ismerteti a legjobban bevált gyakorlati eljárásokat a vesesebészetben. Különös figyelmet érdemel a mellékvesék kórélettanának ismertetése és a sebészet mai gyakorlatában még kevéssé ismert mellékvesén végzett műtétek ismertetése.

Lieferung 32 (VII. kötet: a has sebészete) II. □ kötet. 793—946. oldal. (12 M.) Wehner feldolgozásában húgyutak, a húgyhólyag, a dülmirigy, az ondóhólyag, a herék, a mellékherék az ondózsinór, a penis és a hüvely sebészetét tárgyalja. Különös figyelmet érdemel a húgyhólyag daganatairól szóló fejezet, valamint az új adatokkal bővített és átdolgozott, dülmirigyel foglalkozó fejezet. Sikerültek különösen a színes mellékletek, valamint az újabb műtéti eljárások leírása.

Az előző kiadásból ismert sebészi kézikönyv új kiadásának az előbbivel szemben nagy előnye, a jobban áttekinthető rendszeresség és az új irodalmi adatoknak kritikus összefoglalásban való hozzáférhetővé tétele. Kétségtelen, hogy az új kiadás gyakorlati szempontból úgy elterjedtségében, mint használhatóságában még az előző kiadáson is túltesz. *Verebély Tibor dr.*

BÉHEPAR: MÁJINJECTIO B_1-VITAMINNAL
„CERTA" GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R.T. BUDAPEST

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

VEGYES HIREK

Halálozás. *Szelényi Jenő dr.*, Csízfürdő igazgató-főorvosa katonai szolgálatának teljesítése közben december 2-án hirtelen elhúnyt.

Az Országos Orvosi Kamara december 19-én délután 1 órakor Budapesten, az Országos Orvosi Kamara tanácstermében rendkívüli közgyűlést tart, az Országos Orvosi Kamara közgyűlési tagjainak részvételével. Tárgy: A magyar országgyűlés felsőházába egy rendes (vidéki) és két póttag (egy vidéki és egy budapesti) megválasztása.

A budapesti Orvosok Kamarazeneegyesülete *december 16-án*, szerdán délután ½7 *órakor* a Budapesti kir. Orvosegyesület Semmelweis-termében rendezendő *Házi hangversenyének műsora:* 1. *Haydn:* Vonósnégyes, f-moll, op. 20. No 5. Előadják: *Belochorszky Gábor dr., Zoltán László dr., Zsögön Béla dr., László Tibor dr.* 2. *Schubert:* Gretchen am Spinnrad. *Brahms:* Alte Liebe. *Strauss R.:* Ruhe meine Seele. *Rachmaninoff:* Frühlingsfluten. Énekli: *Hajdu Jeanette.* Zongorán kíséri: *Unger Ernő*, a Zeneművészeti Főiskola tanára. 3. *Mozart:* Zongoranégyes, g-moll. Előadják: *prof. Milkó Vilmos dr.* (zongora), *Tóbiás Károly, Pongor László, László Tibor dr.*

A Magyar Országos Orvosszövetség december 14-én, este 7 órakor a Magyar Országos Orvosszövetség tanácstermében, határozatképtelenség esetén december 28-án, délután 6 órakor ugyanott tartja évi rendes kongresszusát.

Orvosdoktorrá avattattak *a budapesti Tudományegyetemen* december 5-én: Bárdy László Leó József Mária, vitéz Herendi Vilmos, Jolsvay Gyula István, Liffa Zoltán Géza. Üdvözöljük az új Kartársakat!

HETIREND

Kedden, 15-én 5 ó.: a Magy. Gyermekorvosok Társaságának ülése. *Szirmai F.:* Gyermekkori spontán pneumothorax érdekesebb esete. *Gegesi Kiss P.:* Szokatlanul súlyos »serumbetegség«. *Geldrich J.:* Brachydaktylia. *Gerlóczy F.:* Otogen toxicosis érdekesebb esetei. *Pátzayné, Liebermann L.:* Enuresis. *Flesch I.:* Luxatio coxae cong. spontán gyógyult esete.

Kedden, 15-én 6 ó.: a Bp. Kir. Orvosegyesület Orr-, Gége-, Fülészeti Szakosztályának ülése. Bemutatások: *Török M.:* Idegentest aspiratiójával szövődött súlyos tüdőgümőkór. *Mészöly Ö.:* a) Bombaszilánk által okozott érdekes arcüregsérülés. b) Hallójáratsérülés nélkül a dobüregbe jutott aknagránátrepesz. Előadás: *Rejtő S.:* Otogen agytályogeset tanulságai.

Kedden, 15-én ½7 ó.: a Magy. Kath. Orvosok Szent Lukács Egyesületének ülése. (Ferenciek-tere 7., III. lépcső, II. em.) Az iskolai túlterhelés.

Kedden, 15-én ½7 ó.: a Bp. Orvosi Kaszinó ülése. *Hetényi G.:* Epe- és gyomorbetegeken fellépő szívzavarokról.

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

Expectin SOL. CSEPPEK
ingert szüntet, erélyesen köptet. Sz. főv. Alk. Segítőalapja részére szabadon, a M. kir. Honvédségnél E alatt engedélyezve
10 gr. ára P 2.20
ELŐÁLLITJA ÉS FORGALOMBAHOZZA
Diachemia
STRAUB SÁNDOR
GYÓGYSZERÉSZETI ÉS VEGYÉSZETI LABORATÓRIUM, BUDAPEST, VI, TERÉZ-KRT 27.

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

DORMOVIT*

alvási zavaroknál

20—30 percen belül elaltat,

6—8 órás alvást biztosit,

friss ébredés mellett.

*) Furfurylisopropylbarbitursav

DIWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A.G., BERLIN-WAIDMANNSLUST

Magyarországi képviselet: Muzeum Gyógyszertár, Budapest, IV. Kossuth Lajos-u. 20

AKTEDRON-CHINOIN

TABLETTA ÉS INJECTIO

szellemi működések és a hangulat stimulálására

climacteriumi és endogen depressiók, nervosus fáradékonyság és csökkent munkaképesség, enuresis nocturna, narcolepsia, allergiás gyomor- és bélgörcsök stb. eseteiben

20 tablettás (0·01 g) phiola

6 ampullás (0·02 g) doboz

426323. — AZ ATHENAEUM IRODALMI ÉS NYOMDAI RT. NYOMASA, BUDAPEST. FELELŐS: KÁRPÁTI ANTAL IGAZGATÓ.

86. évfolyam 51. szám. Budapest, 1942. december 19.

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.
Romániában: Borsos Béla dr. Arad, Str. Gen. Grigorescu 5.
Slovákiában: Eleőd Solt. Handels- u. Kredit-B. Bratislava.

Előfizetési díj: az **»Orvosi Hetilap«**-ra az **»Orvostudományi közlemények«**-kel együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 1000 lei, egyéb külföldre 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., 400 lei.

PHYLAXIA Szérumtermelő R.-T.
BUDAPEST, X., Szállás-utca 3.
Human-laboratórium és városi megrendelőhely: VII., Rottenbiller utca 26. sz.
Távbeszélő: 424-383, 425-730.

SZÉRUMOK — TOXINOK — ANATOXINOK
VAKCINÁK — LYSATUMOK
AGGLUTINÁLÓ SAVÓK — BAKTERIUM SUSPENSIÓK
HAEMOLYSIN — ANTIGENEK
TUBERKULIN

Digestol
STOMACHICUM ÉS DIGESTIVUM

Liquor Hypnobromid
KELLEMES IZŰ HYPNOTICUM ÉS SEDATIVUM

Sedival syrup
BROMISMUST NEM OKOZÓ SEDATIVUM

Menfor
BEDÖRZSÖLŐ KENÖCS

Primoverol
IGEN KELLEMES IZŰ KÖPTETŐ

Sedival tabletta
SEDATIVUM ÉS ENYHE HYPNOTICUM

SZENT PÉTER GYÓGYSZERVEGYÉSZETI LABORATÓRIUM
BUDAPEST, V., POZSONYI-ÚT 1. TELEFON: 121-547.

BÉHEPAR
INJECTIO
MÁJ- ÉS B_1-THERAPIA EGYÜTT
»CERTA« GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R. T. BUDAPEST

Dolantin

Sósavas 1-methyl-4-phenylpiperidin-4-carbonsavasaethylester

Simaizomgörcsök, kólikák és a legkülönbözőbb súlyos fájdalmak leküzdésére

GÖRCSÖS KÖHÖGÉS ÉS MAKACS KÖHÖGÉSI INGER ESETÉN IS JÓL BEVÁLT

Forgalomban: Tabletták, ampullák, kúpok, cseppek

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

BAYER

„Bayer" LEVERKUSEN

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

Meghülésnél, influenzánál és rheumánál

J.D. Riedel-E. de Haën A.G. Berlin

Salipyrin

az évtizedek óta bevált

antipyreticum

Üvegcsőben 20 drb 0·5 g-os tabletta

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

86. évfolyam. 51. szám. Budapest, 1942. december 19.

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:

Komáromy Pély Mihály és **Orosz Tibor:** A szatmári kiütéses typhusjárvány. (605—606. oldal.)
Horányi Béla és **Láng Sándor:** A liquor C-vitamin-tartalmáról ideg- és elmebetegségekben. (606—608. oldal.)
Policzer Miklós: A Still-Chauffard-féle tünetcsoport. (608—610. oldal.)
Irodalmi szemle. (610—613. oldal.)
Könyvismertetés. (614. oldal.)
Vámossy Zoltán: Orvosi nyelvünk helyes magyarsága. (617. oldal.)
Lapszemle. (618. oldal.)
Vegyes hírek. (618. oldal.)

A szatmárnémeti m. kir. állami kórház belosztályának (főorvos: Komáromy Pély Mihály) közleménye.

A szatmári kiütéses typhusjárvány.

Irta: *Komáromy Pély Mihály dr.* és *Orosz Tibor dr.*

Az első világháború alatt a Magyarországon inkább csak egyes internáló táborokban (Arad) elterjedt kiütéses typhusjárvány a háború befejeztével megszűnt s azóta, épúgy, mint a nyugateurópai államokban, szórványos esetek sem igen fordultak elő. Szovjetoroszországban, Lengyelországban azonban a betegség járványszerű, sok halálos áldozatot követelő formában továbbra is fennállott, mint a tisztátalanság és szociális nyomor következménye. Az új közelkeleti háború folytán a kiütéses typhus, könnyen érthető okokból ismét felütötte fejét hazánkban is, de míg az ország belsejében, vagy éppen nyugati részén csupán kevés számú, sporadikus eseteket észleltek, addig az északkeleti megyékben szinte járványszerűen terjedt el. Szatmár megye különböző, e helyen nem tárgyalandó okokból a leginkább megfertőzött részekhez tartozott s így az állami kórház fertőzőbeteg osztályán bőséges alkalmunk nyílott ezen, személyes tapasztalatokból csak kevés orvos által ismert betegség klinikai észlelésére. Ezen észleleteink közzétételét hasznosnak tartjuk azért, hogy a gyakorló orvosok figyelmét a kiütéses typhusra, a kórkép legjellegzetesebb vonásaira felhívjuk, ami a korai kórismézést, mint a járvány leküzdésének legfontosabb rendszabályát teszi lehetővé. Az epidemiologiai s járványhigiéniai vonatkozásokat, mivel azok elsősorban a hatósági orvos szerepkörébe tartoznak, e közlemény kereteiben csak egész röviden érintjük.

A vármegye területén kiütéses typhus eseteket 1941. év október hónapja óta észleltek s számuk az azóta eltelt 13 hónap alatt 97-re emelkedett. A megbetegedettek nagyobbik fele (56) cigány volt és kitűnt az is, hogy a fehér egyének betegségét csaknem minden esetben cigányok közvetítette fertőzések okozták. Mint járványtani törvényszerűséget érdemes megemlítenünk, hogy legtöbb eset a vármegye anyaországi, tehát kedvezőbb higiénikus állapotokat felmutató területén jelentkezett, míg a volt megszállás alatti, közismerten férges részeken aránylag kevés megbetegedés fordult elő, ami a tetűvel inkább infesztált néprétegeknek latens fertőzések útján történt bizonyos átvészeltségével magyarázható.

A szatmárnémeti állami kórház fertőzőbetegosztályán az említett 97 esetből 22-őt ápoltunk, ezek közül cigány 12, fehér 10 volt. A járvány kezdetén csaknem mindig, de később is igen sokszor téves diagnosissal kerültek a betegek az intézetbe, többen előzőleg orvosnál nem is voltak. Leginkább influenzának, bronchitisnek, pneumoniának, egyszer-kétszer typhus abdominalisnak sőt egy ízben erysipelasnak tartották a betegséget, amelynek kezdeti szakában mindezen tévedések, főleg sporadicus fellépéskor, eléggé érthetők.

Eseteink körülbelül felerészében egy-két napi könnyebb levertség, borzongás, szédülés után vagy ezek nélkül léptek fel a betegség jellegzetes, bár nem mindenkor jelenlevő *kezdeti tünetei:* egyszeri, esetleg többszöri hidegrázás, sokszor heves fejfájás és szédülés, továbbá a feltűnően nagyfokú elesettség. Ez utóbbi jelenség volt az, amely a legelső, egyébként légzőszervi folyamatnak, súlyos influenzának látszó eseteinknél figyelmünket a kiütéses typhus lehetőségére felhívta és így Szatmárnémeti városában a betegség felismerését részünkről lehetővé tette. Némelyik, csupán egy-két nap óta szenvedő betegünk, valósággal tántorgott, roskadozott, sőt ültében megmaradni sem tudott a gyengeségtől. A nagy letörtség csekély fokozati eltéréssel minden fehér betegünknél észlelhető volt, míg a cigányoknál kettő kivételével, az sem kezdetben, sem a betegség további lefolyásában ilyen kifejezetten nem jelentkezett. Figyelemreméltó, hogy ezek és még egy-két fehér beteg sem hidegrázásra, sem erősebb borzongásra nem emlékezett. A kezdeti tünetekhez sorozható deréktáji, végtag-, izom- és mellkasi fájdalmak az esetek felében, erős hörghurut a megfelelő physikalis lelettel nyolc esetben jelentkezett éspedig ez utóbbi egy kivételével mindig a súlyos általános tünetekkel kapcsolatban. Ugyanezt mondhatjuk a négy betegen észlelt gyomorfájdalomról is, míg teljes étvágytalanság minden esetben fennállott. Az arc erős kipirultsága,

duzzadtsága, a conjunctiva belöveltsége a súlyosan megbetegedetteken ötlött szembe, sőt egy beteget arcerysipelas kórjelzéssel küldtek felvételre. Herpes labialist egyízben sem láttunk.

A *láz* kezdeti emelkedéséről, amely röviden úgy jellemezhető, hogy az sokkal lassúbb mint a pneumoniában és sokkal gyorsabb, mint typhus abdominalisban (általában 1—3 nap), egyeni tapasztalataink nem lehettek. Az osztályra felvett betegeknél már 38—40 fok közötti lázat mértünk, amely aztan is az esetek túlnyomó részében continua typusban négy ízben remittálólag a betegség végéig fennállott. Két betegünk egészen alacsony, 38 fokot alig elérő hőemelkedést mutatott, de ennek dacára egyiküknél a többi tünet, főleg az elesettség, igen kifejezett volt, míg egyébként mindig a magas lázzal járó esetek lefolyását láttuk mi is súlyosnak. Kivétel nélkül nagy lázuk volt fehér betegeinknek, alacsonyabb temperaturát csak cigányokon észleltünk. A láz tartama 10—29 nap között váltakozott a betegség súlyosságától függően, de meg kell jegyeznünk, hogy a hőemelkedés kezdetét a hidegrázás nélkül jelentkező esetekben pontosan megállapítani nem lehetett. A lázas állapot legtöbbször gyors, két-három nap alatt végbemenő lysissel végződött, míg néhány esetben krisis-szerű temperaturazuhanást láttunk; a befejező hőcsökkenést megelőzőleg a lázgörbe az addigi typusához hasonlítva semmi különösebb változást (pseudokrisis, amphibolia) nem mutatott.

Az exanthema kötesnyi-lencsenyi, sőt fillérnyi összefolyo, szabalytalan, nem eleseu elhatárolt maculak alakjában minden fehér betegünkön látható volt, az ismert elhelyezkedésben (vállak, végtagok, törzs, homlok; tenyeren-talpon nem), változo sűrűségben. Szinuk korán észlelt eseteinkben halvány voros, később livid, nyomásra el nem tűnő; haemorrhagiás átalakulás egy esetben fordult elő. Később a maculák barnás szint öltöttek s ilyen alakban a leláztalanodás után is felismerhetők maradtak. Ot, igen sötetbőrű cigányon exanthemát egyáltalán nem láttunk, dacára a korkép egyébként minden tekintetben jellegzetes voltának. A kiütések sűrűsége, színe s a betegség lefolyása között semmi összefüggés nem állott fenn: csekély számú, halvány roseolák súlyos esetekhez társultak és megfordítva. A *lép* a betegség kezdetén eseteink túlnyomó részében egy-két haránttujjal haladta meg a bordaívet, consistentiája a hasi hagymázos betegek lépééhez hasonló; hét esetben lépet tapintani nem tudtunk. A leláztalanodás körüli időben a lépnagyobbodás, főleg enyhébb lefolyáskor, visszafejlődött. A *nyelv* mindenkor, de leginkább súlyos esetben bevont, szürkés-barnás színű, széleinek és hegyének a typhus abdominalisra jellemző szabadonmaradása nélkül.

A központi idegrendszer zavarának tüneteit, amelyek psychicus irányúak (nyugtalanság, izgalmi állapot, delirium, stb.) vagy motoricus-functionalisak (izomösszehúzódások, remegés, nehézkes beszéd, centrális nagyothallás, fokozott reflexek, nystagmus, stb.) szoktak lenni, inkább csak fehéreknél és enyhébb formában láttuk; egy betegünk teljes süketsége csak a lábbadozás alatt oldódott. Mindezen tüneteket, mint ismeretes, a kis arteriák és capillárisok falának jellegzetes anatomiai elváltozása okozza, ugyanúgy, mint a szív részéről jelentkező rendellenességeket is (myokarditis, angina pectoris, tachykardia, hypotonia, stb.), amelyek azonban eseteinkben csak kevéssé voltak kifejezettek (halk szívhangok, szívtompulat megnagyobbodása).

A *vérkép* az ismert elváltozásokat mutatta; mérsékelt, 10—13.000 közötti fehérvérsejtszám, neutrophilia, aneosinophilia, kisfokú balratolódás.

A Weil-Felix-reactio, mint a helyes diagnosis legfontosabbnak tartott támpontja, a legtöbb monographia szerint kiütéses typhusban az első hét végétől csaknem százszázalékban 1:100-nál magasabb titerben positiv. A szatmári esetek ezt az absolut megbízhatóságot nem mutatták. Húsz betegünknél a reactio, korai esetekben ismétlés után, valóban positiv eredményt adott. Két betegnél azonban a Weil-Felix-reactio mindvégig negatív maradt, bár a kórkép egészen typusos volt s egyikük éppen házastársával egyidőben betegedett meg, akinél viszont a reactio magas titerben volt pozitív. Megemlítjük még a kiütéses typhusban elhalt, nem a kórházban ápolt nagyecsedi községi orvos esetét is, akinél a Weil-Felix-reactio négy ízben adott negatív eredményt. A vérvételnél óvatosság ajánlatos, mert a rickettsaemia miatt a beszáradt vér is fertőz az ép bőrön is, sőt a tetű ürüléke is.

A betegség lefolyása a kórház fertőzőbeteg-osztályán ápoltakat illetőleg egészen kedvező volt, amennyiben egyetlen halálesetet sem kellett elkönyvelnünk. Ezzel szemben a vármegye többi területére eső 75 beteg egyén közül 15 éspedig 8 fehér és 7 cigány halt el. Házi fertőzés nem fordult ezideig elő, noha a járvány legkezdetén egy-két ízben megtörtént, hogy téves diagnosissal éjjel érkezett és nem gondosan tetvetlenített beteget más osztályra vettek fel, ahol az egy alkalommal két napig tartózkodott.

A gyógykezelésben a beteg teljes nyugalmának biztosítása, analepticumok adása (ephedrini hydrochlorici 0.5 g, coffeini na.-benz. 2.0 g, aquae dest. ad 10.0 g-ból 3×15—20 csepp naponta) a fenyegető collapsus kikerülését célozza; láz- és érgyulladás csökkentőül a *Starkenstein* ajánlotta atophan, chininum sulf. aa 0.20 g keveréket adtuk. A folyékony-pépes étrendet a leláztalanodás utáni harmadik naptól bővítettük.

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

A liquor C-vitamintartalmáról ideg- és elmebetegségekben.

Irták: *Horányi Béla dr.* és *Láng Sándor dr.*

Az ascorbinsav az idegrendszer élettanában alapvető szerepet játszik. A következő megfigyelések utalnak egyebek között erre. Az emberi szervezetben a mellékvesekéreg, a nyirokcsomók és a lép mellett az idegrendszer tartalmazza a legnagyobb mennyiségű ascorbinsavat. Az idegszövet rendkívül nehezen veszti el C-vitamintartalmát. Éhező vagy C-vitaminmentes táplálékon tartott állatoknál (ha az állat szervezete nem synthetizálja az ascorbinsavat) valamennyi szerv közül az idegszövetben csökken legutoljára a C-vitamintartalom. *Plaut* és *Bülow* C-vitaminhiánnyal egybekötött táplálkozási zavarban elpusztult csecsemő agyában még mindig 20 mg% ascorbinsav tartalmat találtak. *Weizenberg* vizsgálatai szerint tengeri malacot C-vitaminmentes táplálékon tartva, májának ascorbinsav tartalma

20.5 mg%-ról hamarosan 1.8 mg%-ra, míg az agyban ugyanezen idő alatt 20 mg%-ról csak 8 mg%-ra csökkent. Az is a C-vitaminnak az idegrendszer életfolyamataiban játszott nagy általános jelentősége mellett szól, hogy a C-vitamint synthetizáló állatok idegrendszere constans C-vitaminértékeket mutatnak (»taux normal«, *Girond* és munkatársai).

Az elmondottakból érthető a liquor C-vitamintartalmának a nagy jelentősége, miután a vizsgálatok szerint az idegszövet C-vitamintartalma arányos a liquor C-vitamintartalmával; a liquor C-vitamintartalma tehát mintegy indexül szolgálhat az idegrendszer ascorbinsavtartamára vonatkozólag. Az irodalomban igen nagyszámú tanulmányt találunk, amelyek a liquor C-vitamintartalmával, ennek az ideg- és elmebetegségekkel való összefüggésével foglalkoznak. Az eredmények azonban ellentmondók: ugyanannál a betegségnél a szerzők egy része emelkedett, más része csökkent értékeket talál, ismét más szerzők az ideg-elmebetegségekkel való bármi összefüggést tagadnak.

Ezeknek az ellentétes eredményeknek több oka lehet. A szerzők a vizsgálataiknál nem vették tekintetbe a vizsgált egyének ú. n. vitaminállapotát (»Vitaminzustand«, *Plaut* és *Bülow*), azaz vitamintartalmát. A vizsgálatok különböző életkörülmények, táplálkozási viszonyok között lévő, különböző korú egyének egyszeri keresztmetszetére vonatkoznak, holott lehetséges, hogy ugyanazon betegség lefolyásában egyes tünetek váltakozása (pl. izgalmi és stuporos állapotok váltakozása) messzemenően befolyásolhatja a liquor C-vitamintartalmát. Összehasonlításra alkalmas, exakt bizonyító erejű vizsgálati eredmények tulajdonképpen csak olymódon volnának nyerhetők, ha azonoskorú, hosszabb időn át azonos C-vitamintartalmú élelmezésen tartott, kb. azonos tüneti képet mutató betegek liquor- C-vitamintartalmát hosszabb időn át többszörösen vizsgáljuk.

Ezeket a kritériumokat megvalósítani a mi körülményeink között nem lehetséges, de megközelíteni olyanmódon igyekeztünk, hogy betegeinknél tekintetbe vettük a betegség egész lefolyását; volt betegünk, akinél csaknem egy éven át sorozatosan vizsgáltuk a liquor C-vitamintartalmát. Ilymódon az egyszeri, keresztmetszeti vizsgálat esetlegességét kiküszöbölhettük. Másodszor vizsgáltuk, hogy a különböző társadalmi osztályokhoz tartozó egyének milyen C-vitamintartalmat mutatnak, hogy ezáltal az életkörülményekből, a táplálkozási eltérésekből adódó hibaforrásokat lehetőleg csökkentsük. Végül tekintetbe vettük vizsgálatainknál a betegeink korát, mert az eddigi tapasztalások szerint a liquor C-vitamintartalma a korral csökkent. Igy pl. *Plaut* és *Bülow* adatai szerint 20—40 év között a liquor C-vitamintartalma átlagban egészséges egyéneknél 1.77 mg%, 40—60 között 0.97 mg%, 60 év felett 0.5 mg%. Megemlítem azonban, hogy sok szerző szerint (pl. *Castex* és *Steingart*) ilyen összefüggés a kor és a liquor C-vitamintartalom között nincsen.

Ezen szempontok szem előttartásával *Fischer* és *Berend* módszerével összesen 402 esetben végeztünk liquor C-vitamin meghatározást.

Anyagunkban mindenekelőtt arra a kérdésre kerestünk választ, hogy a mi klinikai anyagunkban a liquor C-vitamintartalma mutat-e évszaki ingadozásokat. A legmagasabb értékeket szeptember és október hónapokban kaptuk, ezekben a hónapokban nagyon sok esetben 1.5 mg% felett volt a liquor C-vitamintükre. A legalacsonyabb átlagértékeket márciusáprilis hónapokban kaptuk, a legtöbb liquor ekkor 0.5 mg% alatti értékeket mutatott. Ez a tapasztalás megegyezik a legtöbb szerző észlelésével (*Holmberg, Melka-Klimo* és mások). A liquor C-vitamintartalmának ezen évszaki ingadozása a táplálék C-vitamintartalmával függ össze: a koraőszi magas liquorértékeket magyarázza a nyári nagyobb C-vitaminbevitel, a koratavaszi hónapok alcsony értékei arra vezethetők vissza, hogy a téli hónapokban elégtelen a C-vitaminbevitel. A mi anyagunkban ezen, a táplálék összetételétől függő évszaki ingadozást minden társadalmi osztályhoz tartozó egyénnél megtaláltuk, amiből következik, hogy ezidőszerint egyik társadalmi réteg tagjai sem vesznek magukhoz télen és koratavasszal elegendő C-vitamint.

Második vizsgálatsorozatunkban azt a kérdést vizsgáltuk, vajjon a különböző társadalmi rétegekhez tartozó egyének liquor C-vitamintartalma különböző-e, amely kérdés vizsgálatával az élelmezés különbségei által jelentett hibaforrást kíséreltük meg csökkenteni. Betegeinket 4 csoportba osztottuk azon meggondolás alapján, hogy az egyes csoportok tagjai bizonyos határokon belül egyforma életszintet és kb. egyforma táplálkozási viszonyokat mutatnak. Az őstermelők, ipari alkalmazottak, hivatalnokok és szabadfoglalkozásúak (ide értve a vagyonukból élőket is) csoportjait különböztettük meg. Azt találtuk, hogy általánosságban minden évszakban a legkisebb »liquor C-vitamintükröt az ipari alkalmazottak csoportja mutatta. Ezen csoporton belül a C-vitamintartalom a koraőszi optimalis hónapokban sem emelkedett az 1 mg% fölé. Valamivel jobb viszonyokat mutattak az őstermelők. Itt gyakran találtunk koraősszel 1.5 mg% fölé emelkedő értékeket is. Legmagasabb átlagértékeket a hivatalnokcsoportban kaptunk; érdekes, hogy a szabadfoglalkozású csoport« liquor C-vitaminviszonyai a hivatalnokosztályénál valamivel kedvezőtlenebbek voltak. Ezeknek az adatoknak az általános orvosi érdeken túlmenően az a fontosságuk, hogy a liquor C-vitamintartalmára vonatkozó vizsgálatoknál mindig tekintetbe kell venni az illető foglalkozását, illetőleg életviszonyait.

Harmadik vizsgálati sorozatunk a liquor C-vitamintartalmának a különböző életkorokban való viselkedésére vonatkozott. Beteganyagunk 20—70 éves korú egyéneket ölelt fel. 60-ik év felett a mi anyagunkban constansan évszaki ingadozásoktól mentesen alacsony C-vitaminértékeket kaptunk: még az optimalis szeptember-október hónapokban sem haladta meg egy esetben sem 60 éven felüli betegeinknél az 1 mg%-ot. Ugy véljük, hogy ez a tény nem az öregkor valamely biológiai sajátosságával, hanem azzal függ össze, hogy a 60 éven felüli egyének táplálkozása általánosságban hiányosabb és egyoldalúbb. 60 éven alul az egyes decenniumok viselkedésében értékesíthető eltéréseket nem találtunk, pl. nem volt több 1 mg% feletti érték a 20—30 évesek között, mint az 50—60 évesek között.

Végezetül mindezen szempontok figyelembevételével mármost az egyes ideg- és elmebetegségekben vizsgáltuk a liquor C-vitamintartalmának viselkedését hónapokon keresztül való ismételt meghatározásokkal. Természetesen csakis az olyan esetek liquorát vizsgáltuk, akik gyógyszeresen sem per os, sem parenteralisan C-vitamint nem kaptak. Vizsgálatainkban egyetlen ideg- vagy elmebetegségre nézve sem volt megállapítható a liquor C-vitamintartalmá-

nak constans emelkedése, vagy csökkenése. Minden vizsgált ideg- és elmekórformánál találtunk alacsony, közepes és magas értékeket, így pl. tumornál a legalacsonyabb érték 0.1 mg%, a legmagasabb 4 mg% volt, encephalitisnél a legalacsonyabb 0.1, a legmagasabb érték 2.4 mg% volt. Még olyan értelmű megállapítást sem találtunk vizsgálatainkban, hogy talán valamely ideg- és elmebántalomnál a magasabb, illetőleg alacsonyabb értékek dominálnak. E tekintetben csak az epilepsiás eseteink mutattak kivételt, ahol átlagban a legmagasabb értékeket kaptuk. Ezt azonban nem a betegségi folyamattal, hanem a szokásos nyers dolgot tartalmazó diaetával hoznám összefüggésbe, amire utal az, hogy március-április hónapokban az epilepsiásoknál is leszállt a C-vitamintükör. A vizsgálatainkból tehát úgy látjuk, hogy a liquor C-vitamintartalmának semmiféle diagnostikus jelentősége nincsen; nem találtunk adatokat a prognostikai értékre vonatkozólag sem. Ilyenmódon mi vizsgálataink alapján *Plaut* és *Bülow*, *Melka-Klima*, *Popek*, *Holmberg* stb. nézetéhez csatlakozunk, akik a liquor C-vitamintartalmának diagnostikai és prognostikai jelentőséget nem tulajdonítanak.

A székesfővárosi Horthy Miklós közkórház II. belosztályának közleménye. (Főorvos: Balázs Gyula egyetemi magántanár.)

A Still-Chauffard féle tünetcsoport.

Írta: *Policzer Miklós dr.*

Still 1897-ben gyermekeken a chr. polyarthritis egy különös formáját írta le, mely klinikai képében, kórlefolyásában, egész megjelenésében elüt a chr. polyarthritis megszokott képétől. A betegségre jellemző az idült ízületi folyamat, a septicus lázmenet, a nyirokcsomóknak és a lépnek a megnagyobbodása és az anaemia. Aránylag rövid idő alatt fejlődnek ki a maradandó ízületi torzulatok, a beteg mindinkább leromlik, majd rendszerint pericarditist és pleuritist kap (endocarditis nem szokott lenni) és senyves állapotba jutva vagy szívgyengeségben vagy valami közbejövő betegségben hal meg. A betegség lefolyásában hosszabb, akár évekig tartó javulások lehetségesek. Ilyen betegséget írt le ugyanebben az időben *Chauffard* és *Ramon* is. E közlemények után több szerző közölt ilyen természetű betegséget Still vagy Still—Chauffard-betegség címen. A legtöbb közlés gyermekeken előforduló esetekről szól. Jóval kevesebb a felnőttekről szóló közlés. A rendelkezésünkre álló irodalom szerint az első felnőtteken előforduló betegséggel foglalkozó közlemények *Koeppe* (1912), *Pollitzer* (1914), *Goldstein* (1926), *Strauss* (1926) nevű szerzőktől származnak, a többi dolgozat a későbbi időben készült. Magyar nyelven tudtunkkal csak *Hermann*-tól (1927) egy és *Bálint*-tól (1939) két esetről szóló közlemény jelent meg.

Mi az utóbbi időben két beteget észleltünk osztályunkon a fentemlített tünetekkel.

I. **N. K.-né** 44 é. nő. Gyermekkorában varicellája, később gyakran tonsillitise volt. 7 éve vannak ízületi panaszai, hol kisebb, hol nagyobb fokban. Az ízületi duzzanatok főleg a két kézen és a csuklókon már pár éve változatlanul fennállanak, kezei mindinkább deformálódnak. 5 hónapja 39° C körüli lázai és erősebb ízületi fájdalmai vannak. Az utóbbi hónapokban szívdobogás, szívtáji szúrások és már kevés mozgásnál is nehézlégzés jelentkezik. *Jelen állapot:* bőre halványi sárgásszürke, nyálkahártyái vérszegények, kezének interphalangealis ízületei duzzadtak, ujjai ulnaris deviatióban fixáltak, térdei és a jobb bokája is duzzadt. Ezen ízületekben a mozgás korlátozott és fájdalmas. A m. interosseus, thenar és hypothenar kifejezetten sorvadtak, de a végtagok többi izmai is. A nyakon, az áll alatt, hónaljárokban, leginkább azonban a lágyékhajlatban borsónyi, babnyi nyirokcsomók tapinthatók, melyek itt-ott nyomásra érzékenyek. Fogai rosszul nőttek, odvasak. Nyelve sima, mandulái sorvadtak, hegesek. Tüdők felett fizikalis eltérés nincs. A szív relatív tompulata balra kissé nagyobb. Szívhangok halkak, tompák, az a. pulm. felett halk syst. zörej. Tachycardia. A máj két harántujjal haladja meg a bordaívet, a lép alsó pólusa éppen tapintható. Reflexeltérés nincs. Vizeletben kevés fehérje és urobilinogen. Próbareggeli: norm. savértékek. Vérsejtsüly.: egy óra alatt 90 mm. Wassermann és társreactiói: neg. Vérkép: vvs. 2,300.000, hgl. 47%, fvs. 9800. Ju. 4. St. 11, Se. 49, Eo. 0, Ba. 0, Ly. 32, Mo. 4%. Takata r.: pos. Serumbilirubin: 0.7 mg%. Vérbakteriologiai vizsgálat: neg. Csontvelőpunctatum: eltérést nem mutat. Mellkasrtg.: köteges hilusok. Szív aorticus typusu, balra kissé nagyobb, petyhüdt. Ekg.: balszív túlsúly, szívizombántalom. *Kórlefolyás:* öt hónapig állott kezelés alatt. A hőmenet ez idő alatt állandóan septicus, intermittáló, remittáló volt. Az ízületi panaszok változóak: erős fájdalmakkal és ízületi duzzanatokkal járó szakok és kevesebb fájdalom, jobb közérzet váltakoztak. A nyirokcsomók, máj és lép nagysága észrevehetően nem változott. Tachycardia állandóan fennállott. A beteg mindég étvágytalan volt, állapota fokozatosan romlott, testsúlya esett, anaemiája alig változott. *Kezelésre* (antirheumaticumok, vas, májkészítmények, arsen, C, B_1, B_2 vitamin, ultraseptyl, trypaflavin, cardiacumok) úgyszólván egyáltalán nem reagált. A kezelés negyedik hónapjában jobboldali pleuritis lépett fel, szívpanaszai is fokozódtak. Három hét mulva az arcon erysipelas jelentkezett, majd két nap mulva a beteg meghalt. *Sectio:* Pericarditis seropurulenta, partim adhaesiv. Myocarditis. (Endocardium ép.) Pleuritis seropurulenta l. d. A máj környezetével szállagosan összenőtt, metszéslapja kénsárga, némileg szerecsendió rajzolatú. Lép nem nagyobb, nedvdús, barna. Nyirokcsomókban specificus elváltozás nincs.

II. *K. M.* 21 é. nő. Gyermekkorában bárányhimlője, később többször tonsillitise volt. Két éve vannak jelentéktelen ízületi panaszai. Most egy hete van 39 C° körüli láza, az összes ízületei megduzzadtak, fájdalmasak, főleg azonban jobb válla, kezei és a bokái. Kb. egy éve vannak enyhe szívtünetei, melyek most fokozódtak. *Jelen állapot:* Bőre és nyálkahártyái kp. vérteltek. Jobb válla, mindkét csuklója, kezei ízületei, jobb térde és jobb bokája duzzadt, egyes ízületei felett a bőr kis területen szederjesvörös, a mozgások beszűkültek és csak fájdalommal vihetők végbe. Álla alatt, a nyakán, tarkóján, hónaljárkaiban, lágyékhajlatában számos borsónyi, babnyi, különálló, puhább és tömöttebb, nagy részben nyomásra érzékeny nyirokcsomók tapinthatók. Nyelve sima. Kicsiny, hasadékos mandulák. Tüdeje felett fizikalis eltérés nincs. Szivének relativ tompulata rendes. Halk szívhangok a basison syst. zörej, az a. pulm. 2. hangja ékelt. Tachycardia. Tensiója: 160/90 Hgmm. Máj nem tapintható. Lépe két harántujjal meghaladja a bordaívet, tömött, tapintásra érzékeny. Mindkét vesetája ütögetésre érzékeny. Reflexeltérés nincs. Vizeletében egy kevés fehérje, az üledékében 25—35 vvs., egy-egy szemcsés cyl. Próbareggeli: anacid. Vérsejtsülly.: 100 mm egy óra alatt. Wassermann és társreactiói: neg. Vérkép: vvs. 2,400.000, hgl. 50%, fvs. 12.600. Ju. 3, St. 12, Se. 68, Eo. 0, Ba. 0, Ly. 15, Mo. 2%. Vérbakteriologia negativ. Vér Ca 9 mg%. Mellkasrtg. neg. Ekg. sinus tachycardia, szívizombántalom. A jobb bokán (Rtg. felv. ötödik héten) az izülő csontok kontúrjai kis mértékben kimaródtak s az izületi rés kissé beszűkült. *Kórlefolyás:* 15 hétig állott kezelés alatt. Az első 11 hétben állandó septicus, intermittalo, remittalo hőmenet, mely sem antipyreticakkal, sem antisepticakkal befolyásolható nem volt. Az ízületi jelenségek hol kifejezettebbek, hol enyhébbek voltak. A nyirokcsomóduzzanatok változtak. Lép

kissé nagyobb lett. Anaemia alig javult. Étvágytalan, 14 kg-t fogyott. Gyakori szívpanaszok. A haematúria három hét alatt elmult, tensio 125/60 Hgmm-re esett. A 11. hét után a lázgörbe alacsonyabb lesz, csak egy-egy napon ugrik ki. A fogyás megáll, duzzanat csak egy-egy izületre szorítkozik, az anaemia még alig javul. A 15. héten külső okok miatt távozik, távozáskor is subfebrilis, járni nem tud, a végtagizmok nagy mértékben sorvadtak, lép- és nyirokcsomóduzzanat változatlanul fennáll. A gyógymód ugyanaz volt, mint az első esetben, de itt Solganal B oleos. kúrát is folytattunk.

Mind a két esetünkben chr. polyarthritisről van szó, melynek fellobbanásával kerültek a betegek kórházba. Mindkét beteg kórelőzményében varicella és tonsillitisek szerepelnek. A septicus láz s az ízületi jelenségek a kórkép előterében állottak, hamar mutatkozott ízületi destructio, illetőleg deformatio. Nyirokcsomóduzzanataik is voltak. A lép a 2. esetben kifejezetten nagyobb, az 1. esetben kezdetben volt kisebbfokú lépduzzanat. Mind a két beteg normochrom anaemiás, mely úgyszólván alig javult. Nyelvük feltűnően síma volt. Az 1. beteg subicterikus volt. Gyógyszerek úgyszólván hatástalanok voltak. Első betegünk meghalt, a második ugyan javult, de még távozásakor is az ízületek állapota, a nyirokrendszer betegsége, az anaemia foka és rossz általános állapota nem engedhetett nagy reményeket táplálni a teljes gyógyulást illetőleg. Itt inkább remissióról beszélhetünk, mely tapasztalat szerint tarthat akár évekig is, de a folyamat lassan vagy gyorsabban feltétlenül előhalad. A betegség utolsó szakában az első esetben pericarditis és pleuritis állott be, ami e betegségben gyakran jelentkezik. Egyik esetben sem sikerült a vérből bakteriumot kitenyészteni.

Az irodalmat áttekintve, azt látjuk, hogy a Still-betegség címen közölt esetek elég változatosak. Ezek alapján nem lehet határozott typust felállítani, mert mind kórokilag, mind a betegség megjelenésében is egymástól meglehetősen eltérő esetek vannak egy cím alatt leírva. E kórképpel kapcsolatban felmerülő számos kérdés vita tárgya, főleg ami a kórokot és a kórképnek a pathologiában elfoglalt helyzetét illeti.

A leírt esetek vagy a primaer vagy a secunder chr. polyarthritis keretébe tartoznak, de *Liebe* heveny polyarthritist is látott átmenni Still-betegségbe. Still nem tud az ízületi felszíneken roncsolást kimutatni, ugyancsak *Simon, Nobel, Türk* és *Bálint* sem. E szerzők éppen ezt tartják jellemzőnek a betegségre, hogy hosszas fennállás esetén sincsenek ízületi roncsolások. *Strauss, Goldi, Pollitzer, Koch, Neugebauer, Forestier* viszont Rtg.-nel vagy Rtg.-nél és sectióval is igazoltak ízületi roncsolást. Pollitzer szerint ez a betegség lényegéhez tartozik és pontos vizsgálattal állítólag mindig ki is mutatható. A csontok a legtöbb esetben mészszegények.

A *lépmegnagyobbodást Bauer* obligat tünetnek minősíti és enélkül szerinte Still-betegségről beszélni nem lehet. *Steinitz* mérsékelt, *Steinen* és *Munche* változó lépduzzanatról számol be. *Levi* éppen tapintja, *Nobel* esetében és *Giordano* két esetében alép egyáltalán nem volt tapintható. A legtöbb esetben a lép nagyobb volt.

A legállandóbb tünetnek a *nyirokcsomómegnagyobbodás* látszik, mely az összes esetekben jelen volt.

A vérszegénység *Lichtwitz* esetében jelentékeny (1,200.000) volt, a legtöbb esetben azonban mérsékelt, rendszerint normochrom, ritkábban hypochrom anaemia szerepel. A fvs. az esetek többségében a normalis felső határán van, vagy kifejezettebb a leukocytosis. *Goldstein* leukopeniat talált, *Türk* pedig leukopeniat agranulocytosisba látott átmenni. A minőségi vérkép legtöbbször mérsékelt balratolódást és neutrophyliat mutatott, viszont *Müllhoffer* és *Lichtwitz* mérsékelt lymphocytosist, *Türk* 88%-os lymphocytosist talált.

A boncolás ízületi elváltozásokon, nyirokcsomó- és lépmegnagyobbodáson kívül rendszerint *pleuritist, pericarditist* és *myocarditist*, ritkán nagyobb májat mutat. Szövettanilag a lép és a nyirokcsomók nem specificus chr. gyulladása van jelen. *Fahr* ezenkívül még kiterjedt zsírosodást látott a májban, *Steinitz* pedig 31 éves betegénél az aortában súlyos atheromatosist talált.

A fentieken kívül egyes szerzők más tüneteket is leírtak. *Nobel* a *zsír- és a mészanyagcsere, Lichtwitz, Strauss, Pollitzer belsősecretiós zavarokat* figyeltek meg. Elég gyakoriak még a *bőrelváltozások, festékzavarok, hyper*, vagy *hypotrichosis. Goldstein* degenerativ jelekre hívja fel a figyelmet. *Türk* a Still-betegségnek agranulocytosissal, *Steinitz* sclerodermiával, *Campanacci* Simmonds-kórral, *Haessler* szemcomplicatióval, *Rossi, Koch* és mások tbc.-vel, *Strauss* Mikulitz-betegséggel való együttes előfordulását írták le.

Still-betegségre jellemzőnek tartják, hogy az gyógyszerekkel igen nehezen befolyásolható. *Az antirheumaticus szerek hatástalanok. Pollitzer* arsent, jódot, ovarium- és pajzsmirigykészítményeket adott, *Nobel* autovaccinát, prontosilt, vitaminokat, rövidhullámot. *Goldi* aranytherapiát, *Debré* sulfapyridint, *Freund* magaslati levegőt ajánl. *Moltke* a gócok eltávolításától látott jó eredményt.

A legnagyobb bizonytalanság a betegség kórokának a kérdésében van, itt a legelágazóbbak a vélemények.

Neugebauer, Reimold, Liebe, Lorenz, Bálint streptococcus viridanst, Nobel és *Türk* szokásos streptococcust, *Bennholdt* streptococcus viridanst és staphylococcust tenyésztettek ki a vérből. Reimold a Still-betegséget streptococcus sepsisnek tartja. *Munche* szerint a kép bár emlékeztet a streptococcus sepsisre, de ettől megkülönbözteti az, hogy a Still-betegség kórokozójával szemben az endocardium ellenállóképes, viszont a pericardium iránt a kórokozó vonzódása nagy. Bennholdt jelentős szerepet tulajdonít a streptococcus mellett az általa a vérből kitenyésztett staphylococcusnak is és a betegséget a lentasepsis egy alakjának fogja fel. A szerzők egy jelentős csoportja viszont többszöri kísérletezéssel sem tudott a vérből bakteriumot kitenyészteni.

Egy másik nézet szerint a Still-betegség és a *tbc.* között kapcsolat van. *Pollitzer* gümős pseudorheumatismusnak tartja a betegséget. Ő és a vele egy véleményen levő szerzők a gümős eredet mellett hozzák fel, hogy a betegeknek gyakran mutatható ki góc a tüdejében, a Pirquet némely esetben positiv *(Goldstein)*, iritis, chorioiditis, tendovaginitis is fordult elő. *Müllhoffer* pedig egy kivágott nyirokcsomóban saválló pálcikát talált, mely azonban tengerimalacra nem volt pathogen. *Bauer* szerint a Koch-bacillus szereplése a Still-betegségben, egyes esetekben alig tagadható. *Chauffard* szerint vannak jelenségek, melyek tbc. mellett szólnak, de nincs,

ami bizonyító erejű lenne. *Still, Munche, Jansen* tagadják a tuberculosisos eredetet.

A szerzők másik csoportja nem is annyira a kórokozó milyenségét tartja fontosnak, hanem az alkat jelentőségét hangsúlyozzák. *Lancereaux* szerint a Still-tünetcsoport egy konstitutio manifestatiója. *Strauss* és *Levi* szerint a betegség a mesenchimanak egy sajátos reactiójaképpen fogható fel chr. fertőzésre. A betegség megjelenéséhez szükségesek: *Steinitz* szerint: különböző ártalmak, megfelelő alkat, *Munche* szerint allergiás állapot és megfelelő alkat, *Schwaiger* szerint chr. fertőzés és bizonyos alkat.

Felmerül az a kérdés, hogy a Still-betegséget különálló kórképnek tekinthetjük-e. *Strauss, Levi, Nobel, Fahr* szerint önálló betegség. *Rhonheimer* és *Bauer* szerint nem önálló, nem sui generis kórkép, hanem a chr. polyarthritis egy szokatlan, ritka alakja, melyet nem fajlagos kórokozó idéz elő, hanem a betegség egy sajátos konstitutio egyéni reactiójaképpen fogható fel. A Still-betegség a nyirokcsomó és lépmegnagyobbodással emelkedik ki a chr. polyarthritisek közül és emiatt is tekintik egyesek önálló betegségnek. *Kleinschmidt* számos chr. polyarthritist látott, mely nyirokcsomó- és lépduzzanattal járt. Ugyanezt hangsúlyozza *Hutinel* és mások is, kik felnőtteknél figyeltek meg elég gyakran nyirokcsomó- és lépduzzanatot anélkül, hogy ők Still-betegségről beszéltek volna. Legelfogadhatóbbnak látszik Kleinschmidt megállapítása, mely szerint *átmenet van a chr. polyarthritis és a nyirokcsomó és a lép megnagyobbodásával járó Still-betegség között* és teljesen egyéni megítélés kérdése, hogy bizonyos esetekben a betegséget még chr. polyarthritishez vagy már Still-betegséghez soroljuk. A Still-betegségnek jellemző képet adó nyirokcsomó megnagyobbodást *Chauffard* a környezetben lezajlott chr. ízületi folyamattal magyarázza. A lépmegnagyobbodást pedig *Lichtwitz* allergiás alapon létrejövő lépvérdepotzárlattal véli megmagyarázhatónak.

Mi eseteinket összevetve az irodalmi adatokkal, úgy gondoljuk, hogy a *Still-betegség nem önálló, nem sui generis kórkép.* A chr. polyarthritis és a Still-betegség között átmenetek vannak és mint Kleinschmidt mondja, egyéni megfontolás kérdése, hogy a betegséget bizonyos esetben hová soroljuk be. Mint a rheumás polyarthritis, úgy e tünetcsoport is allergias szervezet reactiójaképpen fogható fel, melynek jelentkezésében nem annyira a kórokozónak, mint inkább a szervezet immunbiologiai állapotának van szerepe. Tehát a legkülönbözőbb és nem specifikus kórokozó szerepel, mellyel szemben a szervezet túlérzékeny lesz és az antigen ismételt behatására kiváltódik a hyperergiás reactio. Hogy e reactióban melyik szerv vesz elsősorban részt, hogy az allergiás jelenségek főleg melyik szerv részéről mutatkoznak, hogy az adott esetben melyik szerv lesz a »Shockorgan«, azt a szervezet hajlama, általános állapota, az addig lefolyt betegségek és nem utolsó sorban az alkat szabja meg. A »Shockorgan« egy szervezeten belül is változhat és így egyszer az egyik, máskor a másik szerv részéről jelentkező tünetek uralkodnak az allergiás reactio (a kórkép) lefolyásán. Igy bizonyos szervezet az adott körülmények között inkább az ízületek és más savóshártyák részéről mutat tüneteket és előttünk áll a csúzos polyarthritis képe, más szervezet pedig az egész mesenchima (a nyirokszövet is) részéről mutat jelenségeket és kifejlődik a Still—Chauffard tünetcsoport. Aszerint, hogy az allergiás reactio melyik szervben milyen mértékben jelentkezik, a legváltozatosabb kórképek állhatnak elő, melyeknek az elhelyezése egyik vagy másik merev kórképbe természetesen nehéz lehet, tekintve, hogy az átmenet a természetben folytonos. A leközölt esetek változatos megjelenése és az irodalomban több ponton mutatkozó ellentmondások oka is a most mondottakkal magyarázható.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

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

Az övsömör therapiájához. *Blum K.* (Schweiz. Med. Wschr. 1942. 44. sz.) Négy beteg konyhasószegény, vizeletet lugosító étrendben és sulfonamidlökésekkel szembetűnően hamarább gyógyult, mint eddig. Nem analizálja külön az étrendet és a sulfonamidhatást, továbbá a fentieken kívül napi 500 mg C-vitamint és 5 mg B_1 vitamint is adagolt injectióban a betegeknek. (B. 51.)

Kuchári József dr.

Idült osteomyelitis sulfonamid kezelése. *G. Pusch, H. Sandmair.* Münch. med. Wschr. 1941. 31. sz. 41 éves beteg kórtörténetét ismerteti, akinek 5 éves kora óta gennyes, sipolyos coxitise volt. 24 éves kora óta egyéb csontokban (ülőcsont, stb.) is idült osteomylitis lépett fel. Számtalan műtét és az összes használatos gyógymód nem vezetett eredményre. Három hétig adott sulfonamid készítmények (Eubasin és Cibazol) hatására teljesen meggyógyult. Eddigi tudásunk szerint chronikus folyamatok kezelésében a sulfonamid készítményekkel nem sikerül rendszerint lényegesen jó eredményt elérni. Ez esetben azonban kétségtelen, hogy a gyógyulás ezeknek köszönhető, tehát hasonló esetekben érdemes adásukat megkísérelni. (B. 45.)

Horvátth Imre dr.

Terhesség, szülés és gyermekágy lefolyása myeloid leukaemiás betegen. *W. Bindseil.* Münch. med. Wschr. 1942. 13. sz. 2 éves gondosan kivizsgált és kezelt leukaemiás asszony terhességét, szülését és gyermekágyát ismerteti. A terhesség és szülés complicatio mentesen folyt le, a gyermekágy vége felé a leukaemia némi rosszabbodását észlelték. Tekintettel arra, hogy a leukaemia lassú rosszabbodása várható, továbbá, hogy az asszony állapota rossz volt, Menge-féle sterilisatiót végeztek. (B. 46.) *Horváth Imre dr.*

O csoportú vér átömlesztése. *Bucher.* Schwz. med. Wschr. 1942. 11. sz. Sokszor tapasztalhatjuk, hogy ha A, B vagy AB vércsoportú betegnek O csoportú, általános adótól ömlesztünk át vért, kellemetlen mellék-tünetek jelentkeznek. Ezeket elkerülhetjük, ha a vért kétszeresére higítjuk physiologiás oldattal. Magyarázatát ez abban leli, hogy a higított vérben az agglutinatio később jön létre, ill. mire létre jönne, a vér bejut a szívbe és itt annyira felhigul, hogy agglutinatio már nem következhetik be. Az agglutininmentes kevert plasmák higítás nélkül adhatók. Minden esetben azonban el kell végeznünk az Oehlecker-féle biológiai próbát. (B. 47.) *Horvátth Imre dr.*

SEBÉSZET

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

Choledochus cysta. *Nitsche.* Deutsch. Zeitschrft. f. Chir. 255. 7—10. A szerző 50 éves nőbeteg műtétét ismerteti, akinél 1400 g súlyú choledochus cystát távolított el. Valószínűleg a choledochus falának a gyengesége következtében keletkezett a cysta; a beteg kora miatt veleszületett fejlődési rendellenesség nem volt valószínű. 26 nappal a műtét után a beteg epesipoly nélkül, gyógyultan távozott. (G. 60.) *Molnár Jenő dr.*

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

Coliantin
Gonoantin
Pertusantin
Staphyloantin
Streptoantin
Staphylo-streptoantin
Typhoantin

VACCINÁK
SEC. DR. DEÉR

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

Új!!!

Resyl-cseppek

valamennyi meghűléses betegség esetén

Resyl-cseppek, a könnyen felszívódó guajakol-készítmény, pontosan adagolható és alkalmazása hygienikus.
Resyl-cseppek szükség esetén codeinnal együtt szedhetők.
Resyl-cseppek használata különösen gazdaságos és ezért praxis-pauperában is alkalmazható.

Adagolás: naponta 3—4-szer 20 csepp, gyermekeknek féladag, tetszésszerinti folyadékban vagy kockacukron.

Csomagolás: cseppentő üvegcse à 20 g (kb. egy hétre elegendő).

GESELLSCHAFT FÜR CHEMISCHE INDUSTRIE IN BASEL (Svájc)
MAGYARORSZÁGI KERESKEDELMI KÉPVISELET: JAKITSCH JÁNOS, BUDAPEST, V., RUDOLF-TÉR 5.

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 legcélszerűbb 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

A nyílt légmell kezelése. *Dr. Klaus Kuhlmann.* Arch. f. Klin. Chir. 203. 3. A sérülés által okozott nyílt légmell zavarja a lélekzés mechanikáját; a tüdőcollapsus, a légutak elhajlása a mediastinum eltoltsága miatt támadt vérkeringési zavarok a légzést és a gázcserét súlyosan akadályozzák. A szokatlan háborús sérülések és fertőzések rendkívüli rendszabályokat és eljárásokat igényelnek. A szerző hangsúlyozza, hogy ez különösen áll a harctéri lövési sérülések közül a nyílt légmellel járó, széles mellkasfelszakításokra. Ezek a betegek a legsúlyosabb klinikai tünetekkel kerülnek elénk: sápadtság, kicsi és szapora pulsus, nehéz légzés, köhögés, vérköpés jellemzik. Perthes és Sauerbruch s mások tapasztalatai azt bizonyítják, hogy minden nyílt légmell mielőbb operálandó. A világháborúban látott balsikerek tapasztalatai alapján Rehn E. a tüdőseb eddig gyakorolt bevarrása helyett széles fixatiós tüdővarratot alkalmaz, mellyel a sértett pleurát, — mely a saját erejéből ilyenkor nem képes a gyulladásos folyamatot elhatárolni — mesterségesen igyekszik támogatni a letapadások létrejövetelében. A percután pneumopexia alkalmazásának két esetét különbözteti meg: a) amelyekben a nyílt légmell zárható lenne izom- és bőrvarrattal, de a sérülés minősége miatt félő, hogy a fertőzés következtében másodlagos módon nyílt légmell fejlődik ki. Ilyenkor Rehn-féle köralakban percután bordaközi varratokkal rögzíti a tüdőt; b) széles mellkasfalszakítás következtében többé-kevésbbé szabadon fekvő tüdőseb esetén a tüdőt mélyen az ép részben elhelyezett varratokkal rögzítjük a mellkasfalhoz, a tüdősebbe Mikulitz-tampont teszünk és légmentesen záró kötéssel látjuk el. A tüdőrögzítése által a mediastinum megint középállásba kerül, a vérkeringési zavarok megszünnek, a tüdő együttlégzésre kényszerül. (G. 61.) *Kós Rudolf dr.*

A tarkó ficama és törése. *Ake Grevillius és Bo. E. Ingelmark.* Deutsch. Zeitschrft. f. 255. 7—10. A szerző kimerítően ismerteti a tarkóizületek statikai és mechanikai viszonyait, melyek ismerete nélkül a különböző ficamok és törések keletkezését meg nem érthetjük. A felső tarkóizületben hátsó, az alsóban a mellső ficam a gyakoribb. A ficam néha azonnal halált okozhat, máskor pedig kóros elváltozás észlelhető az idegrendszerben. Előfordulhat azonban, hogy sokszor nagyfokú dislocatio ellenére semmi kóros elváltozást az idegrendszerben nem találunk. A ficam pontos helyreillesztése és évekig tartó rögzítése ellenére is késői ficamra számíthatunk. Ezért szerző, ha a Rtg.-felvételen hónapok mulva a gyógyulás helyén osteoporosist és csontfelszívódást lát, akkor műtétet ajánl, amely az os occipitale, atlas, epistropheus és a harmadik nyakcsigolya csontléccel (os purum) való rögzítéséből áll. (G. 59.) *Molnár Jenő dr.*

Basedow- és toxicus struma kezelése. *Rathcke.* Arch. f. klin. Chir. 203. 3. Basedow- és toxicus struma kezelésében a szerző nem tesz különbséget a hasonló műtét utáni lefolyás miatt. Basedownál a belső kezelés túl hosszú volta miatt gyakran elmulasztják a műtét kedvező időpontját. Mihelyt a nyugalom és a hízókúra eredménytelennek látszik, a beteget sebészhez kell küldeni. Az alapanyagcsere emelkedése csak egy tünet, műtét szempontjából azonban a beteg általános állapota a fontos. A műtétre való előkészítést a sebész vezesse és csak ő adjon jódot. A Rtg. besugárzástól nem látott mindig gyógyulást és azokban az esetekben, ahol mégis operálni kellett, a besugárzás megnehezítette a későbbi műtétet. A besugárzást követő műtétek után epitheltest-károsodást észleltek. A postoperativ koma keletkezésében a thymus-megnagyobbodás játszik döntő szerepet. Ha a pajzsmirigy thymusra gyakorolt antagonisticus hatása műtét következtében elmarad, a thymus káros működését teljes egészében kifejtheti. A postoperativ koma elkerülésére hosszú és alapos előkészítést tart szükségesnek. A műtét a pajzsmirigy egyidejű, mindkét oldali kiterjedt resectiójából álljon. A postoperativ krizis elkerülésére sokan ajánlották a többszakaszos műtétet (először véredény lekötések, azután másik ülésben resectio). A giessen klinika egy és több szakaszban operált eseteinek szembeállításából azonban az tűnik ki, hogy az utóbbi módszernél a halálozás valamivel nagyobb. Az érzéstelenítő eljárások közül a legjobb műtéti eredményt az avertinnarcozissal kombinált helyi érzéstelenítéstől látták. Műtét után a betegnek ismét jódot, vagy intravenásan d-jódthyrosint adnak. Postoperativ komaveszély esetén mindenesetben kitűnő eredményt látott vértransfuziótól. Mivel a thymus káros hatását elsősorban a szív- és a májglycogenre fejti ki, műtét után szőlőcukor adását tartja szükségesnek. (G. 57.) *Kós Rudolf dr.*

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

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

Áthatoló szemsérülések gyógyulása a tejbefecskendezés bevezetése előtt és után. *Obal.* (Klin. Mbl. f. Augenheilk. 108. B. 614. o.) Kb. 200—200 esetet hasonlít össze. A tej alkalmazása előtti időkben egyharmadát, utána egyötödét vesztették csak el a sérült szemeknek. Bár az eredmény kétségtelen szembetűnő, mégis a különbség aránylagos csekélységének okát abban látja, hogy az újabb időben gyakran csinálják az iris műtéti visszahelyezését, ami a fertőzés szempontjából nagy veszélyeket rejt magában. (45.) *Nagy Ferenc dr.*

A könnyutak sebészetéhez. *Thiel.* (Klin. Bbl. f. Augenheilk. 109. B. 576. o.) A könnycsövecskék elzáródása, vagy elmulasztása miatt megszünt könnyelvezetés helyreállítására ajánlja Nizetic általa módosított műtétét, melynek lényege, hogy szájnyálkahártyával körülvett konikus szonda-szerüen kiképzett polyviol rudacskát ültet az alsó könnycsövecske helyébe. A szájnyálkahártyát varratokkal rögzíti a könnytömlő falába. A polyviol eltávolítása után működő könnyelvezető út maradt úgy saját, mint Nizetic 2—2 hasonlóan operált esetében. (42.) *Nagy Ferenc dr.*

A hályogműtét változása kerekpupillás műtétkor. *Paczolay.* (Klin. Mbl. f. Augenheilk. 108. B. 567. o.) Imre varratát ajánlja, melyet az összes varratok között a legjobbnak ismert meg a kerek pupillás műtét hátrányai kiküszöbölésére. Sebrepedéskor a sebszélek eltolódása, a seb tátongása, iris becsípődés vagy előesés nem fordul elő. Ha nagyon durva repedéskor mégis előesne az iris, könnyen visszahelyezhető. A varrat alkalmazása könnyen megtanulható és azok a műtők is alkalmazhatják, akik ritkán operálnak hályogot. A varrat azonkívül jó szolgálatot tesz az összes komplikált hályog megoperálásakor, amikor sebrepedés, üvegtestveszteség, vagy expulsiv vérzés fenyeget. (43.) *Nagy Ferenc dr.*

A cukorbajosok maradék-cukorvizelésének megszüntetése a Mira glaubersós gyógyvízzel. »A 3 héten át tartó rendszeres ivókúrák ideje alatt a betegek cukormentes állapota állandósul s minden kellemetlen mellékhatás nélkül jól tűrték az ivókúrát. A jászkarajenői Mira vízzel végzett rendszeres ivókúra keretében (napi 6—8 dl 3 egyenlő részletben adagolva) a cukorbajosok vércukra és cukorvizeléses állapota pedig — mellyel együtt maradékacidosis jár — megszüntethető. A betegek a gyógyvizet minden kellemetlen mellékhatás nélkül jól tűrik. Az alkalmazott ivókúra alatt **bizonyos** *mennyiségű insulin — az első kísérleteknél 20 E, másodiknál 16 E — vált feleslegessé.*« Dr. Liposits Elemér, O. H. 1942. 29. sz.

ORR-, TOROK-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

A fülkürt tágasságának és petyhüdtségének befolyása a hallásra és ennek gyógyítása. *E. Urbantschitsch.* (Der Hals-, Nasen- u. Ohrenarzt. Bd. 32. H. 6.) Ismeretes, hogy bizonyos chronicus adhaesiv folyamatokkal járó nagyothallás gyógyításában a tuba-szondázások és légzuhanyozások néha nem vezetnek eredményre. Szerző megfigyelései szerint ilyen esetekben gyakori a tuba abnormis tágassága és falainak petyhüdtsége. A gyógykezelés a fülkürt celluloid szondával való frictiós massageából áll. A szondát a szerző által készített »bougie fixátor« a tuba isthmusában rögzíti és motor hajtja. A massage időtartama ½—1 percig váltakozik. Szerző e gyógymódot még kiegészíti a tuba falainak 30—50%-os trichlor ecetsavval való edzésével. A szert szonda segítségével juttatja a megfelelő helyre. Sok gyógyult esete igazolja e kettős gyógymód jogosultságát. (A. 29.)

Ajkay Zoldán dr.

Az alsó bronchoskopia veszélye kisgyermekek idegentest-eltávolításánál. *Hopman:* (Mschr. für Ohrenheilk. etc. 76. Jg. 8. H.) Szerző a legfőbb veszélyt a tracheotomia kapcsán oly gyakran jelentkező tracheobronchitisben látja. Noha csecsemőkön a felső bronchoskopia technikailag nem oly egyszerű, mint az alsó, gyakorlott kézben a legtöbb esetben mégsem okoz komolyabb nehézséget. Ezért azt ajánlja, hogy alsó bronchoskópiát csak akkor végezzünk, ha már a felsővel az idegentest eltávolítása nem sikerült, ha igen erős nehézlégzéssel állunk szemben, továbbá ha a felső bronchoskópiának előreláthatólag nehézségei lennének.

Ajkay Zoltán dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Egészségtani vizsgáló eljárások. Közegészségtan IV. kötet. *Darányi Gyula dr.* (A Magyar Orvosi Könyv kiadó Társulat kiadványa. 1942.) A mű megjelenése igen jelentős eseménye orvosi könyvirodalmunknak. Ezáltal teljessé vált szerző »Közegészségtan« c. munkája, melynek eddig 3 kötete jelent meg. A IV. kötet az első kötetekre vonatkozó gyakorlati részt foglalja magában. Tárgyalási rendjében is azokhoz igazodik. Mindjárt az első fejezet (egészségvizsgálatok) fontos újítást képez a tárgykör ismertetésében. Az erre a célra alkalmazott laboratóriumi vizsgálatok leírása talán a várhatónál szélesebb terjedelemben történik. Néhány általánosan használt fizikai és chemiai vizsgálati eljárás összefoglalása után következnek az élelmiszer-, vízlégkör-, környezet-hygienás,, járványtani immunbiologiai, serologiai, bakteriologiai, mikroskopiai, stb.) vizsgálati eljárások fejezetei. Részletesen foglalkozik a népbetegségek (gümőkór, nemi betegségek, rosszindulatú daganatok) felismerésére szolgáló módszerekkel. Végül a statisztikai eljárások aránylag rövidebb összefoglalását nyujtja. Nemzeti szempontból kívánatos lett volna ezt a fejezetet a hazai helyzetet és eredményeket feltüntető statisztikai ábrákkal gazdagítani. A statisztikai rész megírásában segédkezők a közölt külföldi eredetű ábrákon is magyar felírásokat alkalmazhattak volna. Így a könyv olvasói abba a tévedésbe eshetnek, hogy a magyar népmozgalmi és egészségügyi viszonyok feldolgozása még igen kezdetleges állapotban van. A mű azonban így is nagy értéket képvisel, még akkor is, ha — mint szerző előszavában lehetségesnek tartja — a rendkívül sokoldalú vizsgálatok leírásába kisebb hibák csúsztak volna be. Valóban nagy teljesítmény volt szerző részéről hazai orvosnevelésünket rövid 3 év alatt 4 kötetes terjedelemben (kb. 1700 oldal) ilyen korszerű, gazdagon illusztrált, szép magyar stílusban megírt kézikönyvvel megajándékozni. Az egyes fejezetek aránylagos terjedelme talán változtatható lenne a további kiadások során (pl. a szövettani módszerek, a főként klinikai chemiai módszerek.) Bizonyosak vagyunk azonban abban, hogy így is nehezen becsülhető fel az a haszon, ami a mű elterjedésétől és használatától várható.

Jeney Endre prof.

Lehrbuch der inneren Medizin. *Th. Brugsch.* I—II. kötet, 1534 oldal, 418 képpel és 32 színes táblával. 7. és 8. átdolgozott kiadása. (Urban & Schwarzenberg, Berlin—Wien 1942. Ára 50 márka.)

E tankönyv 5. kiadását az O. H. 1940-i évfolyamában az 521. lapon ismertettem. Az újabb kiadás a réginek minden kiválóságát megtartotta és sok fontos új részlettel gazdagodott. Minden fejezetén meglátjuk a szerző gondos munkájának nyomát, mellyel főleg a therapia minden jelentős újabb eredményét felvette művébe. A szöveg sehol nem fárasztó adathalmaz, hanem könnyen folyó, de rendszeres tárgyalásmódon tartalmazza a belorvostan egyenletesen feldolgozott teljes anyagát. A feldolgozás mindenütt a szerző bő tapasztalatán alapul és nagy didaktikai ügyességéről tanúskodik. A tárgyalás gerince a klinikum; a közbeszőtt kórtani fejtegetések igen világosak. Kiválóan értékesek a bevezető fejezetek, melyek az általános gyógyítástant és az alkattant tartalmazzák. Igen részletes a fertőző betegségek tárgyalása. A légzőszervi betegségek fejezetében a tüdőgümőkór igen beható tárgyalásban részesül. Minden fejezetben feltűnik a therapiát tartalmazó részek bősége, sok értékes gyakorlati útmutatással. A mű végén az ipari betegségek és a mérgezések áttekintését találjuk. A könyv főként fogalmazása, egyszerűsége, stílusa, világossága miatt rendszeres áttanulásra nagyon alkalmas és ezért orvostanhallgatóknak a legjobban megfelel, mint Strümpell tankönyvének méltó utódja. A gyakorló orvos értékes therapiás útmutatásaiért és tudása fejlesztése végett fogja haszonnal és szívesen olvasni.

Perémy dr.

A cukorbaj kórisméje és kezelésének újabb irányelvei. *Horn Zoltán dr.* (Grill Károly Bp. 1942.)

Kétségtelen, hogy az orvosi gyakorlat egyik nehezen megoldható problémáját képezi minden ezzel foglalkozó orvos számára a cukorbeteg kezelésének beállítása, állandó ellenőrzése és irányítása. Irodalmunk már hosszú évek óta nélkülöz egy valóban forgatásra érdemes könyvecskét, mely a gyakorló orvosnak ezen a téren segítséget nyújtana. Horn jó érzékkel ezen a szükségleten óhajt segíteni, mikor a cukorbetegek kezelése terén szerzett tapasztalatait közre adja. Hosszú előszavában a szerző is érzi, hogy könyve nem egységes. Egyes elméleti jelentőségű kérdések fejtegetéséből kevesebb is elég lett vona, hiszen a könyv, mint mondja kezelési irányelveket ad, míg más klinikai jelentőségű kérdés nem jut méltó tárgyaláshoz. Véleménye szerint bármennyire növelte volna a gyermekkori cukorbaj tárgyalása a könyv terjedelmét éppen a gyakorló orvos szempontjából, ki nem küldheti ezen eseteit külön szakorvoshoz, rendkívül fontos lett volna és hiánya a könyv értékét erősen csökkenti. Stílus szempontjából ugyancsak hiányzik az egységes felfogás, sok idegen kifejezés pl: »infundálunk subcutan« nélkülözhető lett volna és a könyv olvasását élvezhetőbbé tenné. Minden hibája mellett is sok hasznos és megszívlelendő tanácsot kap benne a gyakorló orvos, és mint régóta nélkülözött segédkönyv a cukorbetegségek kezelésénél, forgatásra igen melegen ajánlható.

Binder László dr.

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

SENEGA és IPECACUANHA főzetek helyett
CALCIHERBA-tea
ÚJ EXPECTORANS
Már egy adagja szünteti a kínzó köhögést
Minden dobozon pontos utasítás

MEGBÍZHATÓ RICHTER-FÉLE ORGANOTHERAPIÁS ÉS HORMON-KÉSZÍTMÉNYEK:

Glandubolin
természetes kristályos tüszőhormon

Glanduantin
chorion gonadotrop hormon

Luteoantin
serum gonadotrop hormon

Glanduitrin
isolált hypophysis hátsólebenyhormon

Cortigen
mellékvesekéreghormon

Bitestin
biologiailag standardizált herekivonat

Syntestrin
synthetikus, oestrogen hatású készítmény

Androfort
synthetikus hím sexualhormon

Biovin
Glandubolin (tüszőhormon) és petefészekkivonat

Perhepar
concentrált, antianaemiás hatású májkivonat

Tonolysin
Papaverin és Tonogen combinatiója

Syntovar
Syntestrin és petefészekkivonat

Richter Gedeon Vegyészeti Gyár Rt., Budapest, X.

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

MONOVITAN

p-dioxy-m-diamio-arsenobenzol-mono-methylen-sulfoxilsavas-natrium.

A praxis meggyőzi Önt is azon előnyökről, amelyekkel a MONOVITAN chemiai jellegénél fogva klinikai szempontból rendelkezik.

Gyártja: Magyar gyártmány!

HUMAN GYÓGYSZERÜZEM KFT. BUDAPEST

Expectin SOL. CSEPPEK

ingert szüntet, erélyesen köptet. Sz. főv. Alk. Segítőalapja részére szabadon, a M. kir. Honvédségnél E alatt engedélyezve

ELŐÁLLITJA ÉS FORGALOMBAHOZZA

Diachemia STRAUB SÁNDOR GYÓGYSZERÉSZETI ÉS VEGYÉSZETI LABORATÓRIUM, BUDAPEST, VI, TERÉZ-KRT 27.

10 gr. ára P 2.20

Rendeljünk

amikor erőteljes táplálásra van szükség (heveny vagy idült fertőző betegségek esetében, vagy azok után beállott leromlásnál, a reconvalescentia szakában, a regenerálódás gyorsabb és tökéletesebb elérésére) a felnőttek bármely eredetű (gümőkóros, rákos) cachexiájánál; gyengén fejlett és hiányosan táplált kisdedek és gyermekek erőbeni állapotának feljavítására

SZITMALTIN-t

100, 250, 500 vagy 2500 g-os eredeti, közalapi vagy kórházi dobozokban;

DEMALTOS-t

mesterségesen táplált csecsemők nyári hasmenésénél, heveny vagy idült dyspepsiájánál, erjedéses székleteknél; 300, 150 és 3500 g-os eredeti közalapi vagy kórházi csomagolású dobozokban. Közalapok, tejkonyhák részére is.

MALTOSIT-ot

a Keller-féle malátaleves pontos és gyors elkészítésére, csecsemők idült táplálási zavarainál és azokból származó hypotrophiájánál, obstipátiós hajlamnál, exudatív diathaesisnél, 300, 150 és 3500 g-os eredeti közalapi vagy kórházi csomagolású dobozokban.

Mindhárom készítményünk rendelhető közalapi és kórházi csomagolású dobozolban a különféle intézetek gyógyszerrendelési útmutatása szerint is.

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

PERPARIN-CHINOIN

synthetikus görcsoldószer

Tabletta, ampulla, suppositórium

Pulvis magistralis rendelésre

Orvosi nyelvünk helyes magyarsága.

Tiszamarti Antal dr. könyve
(Eggenberger kiadása. Ára: 9 P 60 fill.)

Minden írott munkának akár szépirodalmi vagy oktató, akár csak a szakembernek szóló tudományos, — két tulajdonsága van, amely szerint értékelni, becsülni és élvezni szoktuk: a formája és a lényege. Kétségtelen, hogy az utóbbi a fontosabb. A tartalomból látjuk u. i., hogy van-e az írónak mondanivalója, tár-e föl igazságokat vagy legalább is új világításba helyezi-e a régieket, gyarapítja-e ismereteinket, oktat-e akár az életre, akár mesterségünkre vagy művészetünk gyakorlására. Enélkül minden írásmű, még ha a legsímábban gördülő nyelvezettel írták is meg, csak üres fecsegés, melyet csakhamar fáradtan teszünk félre, még akkor is, ha szerény célja csupán a szórakoztatás.

Legyen tehát az írásműnek magva, tartalma, mely értékét megadja. De ez még korántsem biztosítja a közönség érdeklődését és az írásmű sikerét. Ennek elnyeréséhez igen fontos a kellő forma is, melybe mondanivalóinkat öltöztetjük, hogy megkapja, vezesse, rabul ejtse az olvasót és végül meggyőzze. Nagy hiba ezt a követelményt csak a szépirodalmi vagy politikai és szellemtudományi írásművekkel szemben állítani föl, mondván, hogy a realitás világában, a természettudományokban csak a tények, a kísérlet és a tapasztalat a fő s a belőlük levonható igazságok, a forma azonban mellékes. Nem így van! — óh de mennyire nem így! Hisz a természetbuvárnak is az a célja, hogy a megtalált igazságot másokkal is elfogadtassa, hogy közönségét meggyőzze; neki is sokszor régi, megrögzött igazságokat kell előbb lebontania, lerombolnia, hogy a magáét elfogadtassa. Remélheti-e ezt másként, mint a mondott vagy írott szónak mesteri kezelésével, a stílusnak finom és jól kiköszörült fegyverével, mely észrevétlenül, könnyen és meggyőzően lopja be az ő igazságát az olvasó lelkébe, aki nem tudja, hogy miért csapja le unottan és fáradtan a rosszul megírott cikket, ha még oly nagy igazságokat tárgyal is és miért olvassa oly könnyen, élvezettel és gyorsan a másik jól megírottat, bár súlyos, új és bonyolult nézeteket ismertet meg vele.

Az írás sikerében tehát nemcsak a tartalom a fő és egyetlen tényező, hanem abban a forma, »az írás művészete« is lényeges szerepet játszik. Aki a nyilvánosság előtt, a sajtó útján is részt akar venni tudományának előbbrevitelében, annak nem elég csak szépen dolgozni, hanem amit kidolgozott, amit abból levont és következtet, azt szépen meg is kell tudnia írni, hogy utat találjon a gondolkodó és tanulnivágyó emlékhez. — Ezt pedig csak úgy lehet elsajátítani, ha gyakoroljuk, ha munkát és időt fordítunk reá és megtanuljuk. Munkát és időt, mint magára a tudományos dolgozásra, mely néha nem is hónapokat, hanem éveket igényel. Ne sajnáljuk hát akkor formábaöntésétől azt az egy-két esténket, amit első fogalmazásunk újabb és újabb átjavítása kíván. És ne resteljük e téren, az írás művészetének terén is képezni magunkat klaszszikus munkák olvasásával, kiváló előadók meghallgatásával és főleg minden írásunk szigorú kritikájával — szabatosság, rövidség és könnyen érthetőség, szóval formaszépség szempontjából.

A formának anyaga pedig a szó, amelyből az írás szövege szövődik, mint a jó ruha szövete a finom gyapjúszálakból. Az írás szövege is lehet tarka-barka, mint a nem finom és semilyen színű, durva ruha szövete, ha nem egyöntetűen magyar szavakból vagy méginkább ha nem magyaros kötésben, szövésben álló szavakból van összefonva. Az ilyen írás olvasása pedig nem élvezetes, sérti stílus- és nyelvérzékünket, magyar öntudatunkat és sokszor értelmileg is zavart kelt. A tudomány maga nemzetközi közkincs, de közlési módja föltétlenül nemzeti és írójának arra kell törekednie, hogy minél tökéletesebben az legyen.

Magyarul írjunk tehát, ha magyar nyelven írunk és keljünk birokra latinos nevelésünk befolyásával és tudományunk idegen, többnyire latin-görög műszavaival. Nem gyökeres kiirtásukról van szó, csak megritkításukról; ahogy e könyv írója mondja: »mindent, amit elfogadható magyar szóval kifejezhetünk, kötelességünk magyar szóval kifejezni.«

De az idegen szó csak egy folt, egy-egy idegen szín a jó magyarnyelvű szövegben. Kevesebbet ront, mint például egy nyilvánvalóan rosszul képzett magyar szó, helytelen igealak, hibásan alkalmazott igekötő vagy magyartalan szólásforma. A könyv leghosszabb fejezete, az »Idegenszerűségek« című éppen ezekkel a magyartalan kifejezésformákkal foglalkozik, s helyesbítéseiben olyan szavakat és kifejezéseket tár elénk, melyeknek olvasásakor bizony sokszor még magunkat, jó nyelvérzékűeket is bűnösnek találjuk; de mindenben igazat kell adnunk a szerzőnek, aki mindig azonnal meg is mondja a helyes kifejezést.

Csak helyeselhetjük e munkának utolsó, stilisztikai fejezeteit is, melyekben a világosság, rövidség, szabatosság, sőt még a széphangzás ellen elkövetett vétségeknek is számos példáját és javításukat láthatjuk.

Tiszamarti dr.-nak hálás kell legyen az egész orvosi kar, hogy ezt a kitűnő munkát megírta. Eveken át gyüjtötte hozzá a rossz anyagot, a javítanivalót az Orvosi Hetilap cikkeiből, melyek javítgatásának sysiphusi munkáját végzi az én fölkérésemre. Eredményesen tanító ez a működése csak akkor volna, ha mindenki át is nézné józándékú okulással kijavított kéziratát és nemcsak a már jó formában levő kefelenyomatot olvasná. De én hiszem, hogy ez a könyv sokak kezébe kerül, akik tudományuk szeretete mellett lelkesednek a szép és tökéletes formáért is, melybe azt kifejezésekben, szavakban oly gazdag és minden más nyelvnél rövidebb és tömörebb nyelvünk öltöztetni tudja. Nem remélt szókincset és kifejezésbeli készséget fognak találni ebben a műben, melyet egy nyelvünk szépségét és gazdagságát ismerő, érte lelkesedő, kitűnő nyelvérzékkel megáldott kartársunk nagy szorgalommal gyüjtött össze, szerencsés leleménnyel alkotott meg és tárt elénk. Úgy lesz ezzel a könyvvel mindenki, mint jómagam is: hogy mikor egynek, másnak utána néz (ügyes szómutatója van a kötetnek), nem tud megválni tőle, mert meglepően érdekes és tanulságos intelmeket és útbaigazításokat talál benne. Ma pedig ezeket jobban meg kell szívlelnünk, mint régen tettük, mert magyarságunk csak annyit ér, amennyi értéket mi magunk tulajdonítunk neki.

Vámossy Zoltán dr.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift. 47. sz. *Messing R.* Szolgálatképesség és képtelenség elbírálása a csapatorvos által. (2. közlemény: Az orthopaediai betegségek elbírálása.) *Gasbarrini A.* A tüdőparenchyma fibrosisának művi előidézéséről. *Rimpau W.* Mezei egerek rendszeres vizsgálata leptospirosisra. *Heupke W., Harth V., Völker R. és Weber G.* Élesztő befolyása a vér húgysavtartalmára. *Barleben H.* Gyorsdesinfectio a háborúban. *Ruziczka O.* Gyermekek nephrosisának gyógyítása művi infectióval. 48. sz. *Kern P.* Tapasztalatok a keleti hadjáratból. *Heinrich A.* Gyógyító eljárások heveny agynyomásváltozással járó kórképekben. *Reinhart F.* A Bierman-féle vérszegénység félreismerése és téves kezelése. *Goecke C. A.* További tapasztalatok sulfonamidek helyi alkalmazásával a sebészetben. *Mathiaschek A.* Tapasztalatok egy új stilbenkészítménnyel. *Weiswange W. M. H.* Idegentestek helymeghatározása. 49. sz. *Simons B.* Amputatio a harctéren. *Martin E.* Az infusio különböző alakjai és a vérátömlesztés öt évtized klinikai tapasztalatai alapján háborúban és békében. *Iusatz H. I.* Tízéves tapasztalatok a geomedicinával. *Zischinsky H.* Gégediphteria néhány figyelemreméltó esete. *Czech A.* Aspasan, egy új asthmainhalatiós szer. *Worneken H. H.* A fogorvosi egészségügyi szolgálat a fogeredetű gócfertőzés leküzdésére.

Wiener Klinische Wochenschrift. 48. sz. *Amrich A. I.* Genitalis zavarok gyógyítása petefészekhormonokkal. *Chiari H.* A kiütéses láz kórbonctanához. *Schuberth R.* Hallgatózási lelet gümőkóros tüdők felett. *Wahl R.* Gyógyítási lehetőségek bakteriophag és antivirus applicatióval. 49. sz. *Jelusich M.* A férfi principium a történelmében. *Singer R.* Anaemiák kezelése B complexummal, valamint B complexum és vas combinatiójával. *Neumann O.* A prontosillázról. Megjegyzések Högler F. és Loibl R. hasontárgyú közleményére (W. Kl. W. 1942. 33. sz.)

Schweizerische Medicinische Wochenschrift. 48. sz. *Riedener F.* Dentalis gócfertőzés. *Stähli W.* Thrombosis és tüdőembolia a davosi időjárásváltozások viszonylatában. *Kovács E. és Faragó I.* Meningitis cerebrospinalis epidemica esetek encephalitises szövődménnyel. *Saka O.* B-vitamin befolyása a szénhydrátok metabolismusára. *Blum F.* Tanulmányok a golyvaproblémához. *Grote F.* Az álmatlanság kezeléséhez. *Roch M.* Szívizominfarktus vagy cholecystitis. 49. sz. *Spühler O.* Calcium a vesebajok kezelésében. *Landolf R.* Symphatikus reactio a hepatitis epidemicában. *Urfer F.* A nyak röntgenképeinek használhatósága gége és hypopharynx daganatok esetében. *Landau E.* A vérerek beidegzése. *Gigon A. és Noverraz M.* Egyszerű és érzékeny eljárás szénoxyd kimutatására a körlevegőben.

VEGYES HIREK

WINDISCH ÖDÖN †

A magyar orvosi kar egyik kiváló tagja, dr. *Windisch* Ödön 68 éves korában elhúnyt. 1874-ben született Budapesten és 1898-ban Budapesten szerzett oklevelet. Szolgálaton kívüli százados-orvos, az Irgalmas-rend és a MÁV-kórház főorvosa volt, egyetemi m. tanár és egészségügyi főtanácsos. Egyik alapítója volt a MONE-nak, széleskörű szakmunkásságot fejtett ki, tagja volt a főváros közegészségügyi szakbizottságának, melynek keretében kórházi és orvosi problémákkal foglalkozott nagy tudással és hozzáértéssel. Az elhúnyt kiváló orvosprofesszor halála mély részvétet keltett nemcsak tudományos és szakkörökben, hanem nagyszámú barátai és ismerősei körében is.

Hősi halált halt orvosok: Gátfalvy Ferenc dr. orvosőrnagy és Kiss Ágoston dr. orvos-zászlós hivatásuk teljesítése közben hősi halált haltak.

Kitüntetett honvédorvosok: A Kormányzó Ur Ő Főméltósága legfelsőbb elhatározásával az ellenség előtt tanusított vitéz magatartásukért a Dicsérő Elismerést a hadiszalagon a kardokkal a hősi halált halt Kiss Ágoston dr. tart. orvos-zászlósnak, és a Dicsérő Elismerést a hadiszalagon: Pencz Gusztáv dr. tart. orvos-zászlósnak adományozta.

Az Országos Közegészségügyi Egyesület választmánya december 18-án, délután 6 órakor az Egyetemi Közegészségtani Intézet tantermében, évi rendes közgyűlést tart a következő napirenddel: *Darányi Gyula* elnök megnyitója. *Melly József* főtitkár jelentése az Országos Közegészségügyi Egyesület 1941. évi működéséről. *Annók Imre* pénztásosi jelentése. Alapítványi és számvizsgáló bizottság jelentése. A tisztikar és választmány egyrészének megválasztása az alapszabályok 18., 21., 23., 24. §-ai értelmében. Indítványok.

Egy újabb frontbetegség címmel az O. H. 48. számában közlemény jelent meg Daka Mihály és Vicián Antal kartársaktól. Erre kapjuk a frontról *Ferenczi Sándor* kartársunktól (Tp. 113/57) a következő közérdekű sorokat: Magam is több esetet láttam aug.—szept.-ben ebből a betegségből és véleményem szerint a kb. 3 éve elterjedtebb leptospirosis grippo — typhosáról van szó. Eseteimet legalább a tábori kórházban lefolyásuk alapján annak tartottam. A Hetilapban már két cikk jelent meg erről a betegségről 1941-ben. Az egyiket *Lukács József* e. m. tanár, Szent István kórházi főorvos írta (256. lap) a másikat a balassagyarmati kórház egyik alorvosa *Tóbiás István dr.* a 30. számhoz mellékelt Gyakorlati mellékletben az 57. oldalon. Több német cikket is olvastam róla, melyekben Feldfieber, Erntefieber, Schlammfiebernek nevezik. A spirillium kórokozó vérből kimutatásával vagy aglutinálásával lehet biztosan kórismézni. Üdvözöljük a levélírót és a cikk szerzőit.

Helyreigazítás. Lapunk 48. számában ismertetett Törő Imre »*Az ember fejlődése*« című munka bolti ára nem 30 hanem *50 pengő*.

Dúsan felszerelt, teljes sebészi, nőgyógyászat-szülészeti, urológiai műszertár, Röntgenfelszerelés, Panthostat, Quarzlámpa, Sollux, kötszer és eszközsterilizátorok, kötszerdobozok, Cystoskopok, vizsgálóasztalok, műszerszekrények, mosdók, üvegasztal, nikkelfedeles üvegdobozok és irrigatorokkal, Mikroskop immersióval, sötéttérvizsgáló és ívlámpával, vértestszámlálóval stb., esetleg rendelővel együtt eladó.

Nagy orvosi könyvtár, sok legújabb kiadású könyvvel is kapható. Cím a kiadóhivatalban.

A frontátvonulások áttekintése 1942. szeptember első feléről. A szeptember 1—15. közötti időszak még folytatása volt annak a nagyon nyugalmas és frontátvonulásokban rendkívül szegény periodusnak, amely már augusztus közepe óta fennállott. A tizenöt nap alatt összesen csak 11 betörési front és egyetlen felsiklási front érkezett. A betörési frontok fejlettségileg is meglehetősen jelentéktelenek voltak, kivéve az időszakot lezáró szept. 24. éjféli betörési frontot. A többi 10 betörési frontból 2 mérsékelt és 8 gyenge fejlettségű volt. Az időszak egyetlen felsiklási frontja mérsékelt fejlettségűnek minősül.

A frontátvonulások budapesti történetéből kiemelendők mindenekelőtt szeptember 1., szept. 3—4. és szept. 11—12-ike, mint teljesen frontmentes napok. A szept. 13—15-ikei időszak a frontalis megterhelés lassú fokozódását hozta meg, 15-én délben játszódott le a felsiklási front átvonulása, éjfélkor pedig a heves záporral, zivataros jelenségekkel és nagy légnyomásingadozással járó erős betörési frontnak az átvonulása. *Aujeszky dr.*

VOMISAN KÚP

HÁNYINGER ELLEN
MINDENKOR MEGBIZHATÓ

Főraktár: Dr. Bayer Antal gyógyszertára
Budapest, VI., Andrássy-út 84.

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

Uricedin

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

Magyarországi vezérképviselet:

Medichemia Gyógyszerkészitmények Gyára R.T.

Budapest, X., Hölgy-ucca 14

J. E. Stroschein

Chemische Fabrik K. G.

Berlin

DORMOVIT*

alvási zavarokuál

20—30 percen belül elaltat,

6—8 órás alvást biztosit,

friss ébredés mellett.

*) Furfurylisopropylbarbitursav

DIWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A.G., BERLIN-WAIDMANNSLUST

Magyarországi képviselet: Muzeum Gyógyszertár, Budapest, IV. Kossuth Lajos-u. 20

ULTRASEPTYL-CHINOIN

2-(p-aminobenzolsulfamido)-4-methylthiazol

Különféle fertőzések nagyhatékonyságú és jól tűrhető chemotherapeuticuma

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

10 és 24 tabletta (0·5 gramm), 6 ampulla 5 kcm (1.0 gramm), 6 ampulla 2 kcm (0.40 gramm),
5 suppositorium, pulvis pro receptura

ULTRASEPTYL-UREA sebhintőpor

40% Ultraseptyl + 60% carbamid

Fertőzött és fertőzésre gyanús sérülések, gázphlegmone,
égési sebek, alszárfekély, decubitus, nyilt törések,
genyes folyamatok helyi kezelésére

12 és 75 grammos üvegek

CHINOIN

426542.— AZ ATHENAEUM IRODALMI ÉS NYOMDAI RT. NYOMÁSA, BUDAPEST. FELELŐS: KÁRPÁTI ANTAL IGAZGATÓ.

86. évfolyam. 52. szám. Budapest, 1942. december 26.

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.
Romániában: Borsos Béla dr. Arad, Str. Gen. Grigorescu 5.
Slovákiában: Eleőd Solt. Handels- u. Kredit-B. Bratislava.

Előfizetési díj: az »Orvosi Hetilap«-ra az »Orvostudományi közlemények«-kel együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 1000 lei, egyéb külföldre 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., 400 lei.

Perhepar

Teljesen fájdalmatlan, antianaemiás hatású koncentrált májkivonat

1 g pulvis 100 g, 1 dragée 50 g, 1 cm³ liquoid 10 g friss máj hatóanyagait tartalmazza

2·5 és 10 cm³-es ampullák, amelyek a máj antianaemiás hatású, fehérjementesített kivonatát tartalmazzák

RICHTER GEDEON vegyészeti gyár r. t. Budapest X.

Aranyeres bántalmaknál
Posterisan
kúp és kenőcs
VADNA JÓZSEF GYÓGYSZERÉSZETI LABORATÓRIUMA BUDAPEST IV. VÁCI-UTCA 34

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.

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.

86. évfolyam. 52. szám. Budapest, 1942. december 26.

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:

Kolbenheyer Zoltán: Hörgőbe áttört vesekörüli tályog. (619—620. oldal.)
Gidró László: A gázvizenyőről. (620—622. oldal.)
Vitéz Szenttornyay Sámuel: Megfigyeléseim a járványos gyermekbénulásról. (622—623. oldal.)
Szép Jenő: Sklerodermás betegek vérképe. (623—624. oldal.)
Melléklet. Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (101—104. oldal.)
Irodalmi szemle. (624—626. oldal.)
Könyvismertetés. (626—627. oldal.)
Vegyes hírek. (627—628. oldal.)

Budapest Székesfőváros Szent Rókus központi közkórház I. sz. sebészeti osztályának közleménye. (Főorvos: Dr. Czeyda-Pommersheim Ferenc egyet. m. tanár.)

Hörgőbe áttört vesekörüli tályog.

Irta: *Kolbenheyer Zoltán dr.* sebész-urológus.

A vesekörüli szövetek gennyedésének vagy heveny gennyes gyulladásának összefüggése a vesével és a környező szervekkel kóroktanilag nagyjából tisztázott. A kóroktani tisztázáshoz nagyban hozzájárult *Hyrtl* munkássága, aki kimutatta, hogy a vese zsíros tokjának külön érellátása van. A vese körül még dús nyirokérhálózat is található.

A vesekörüli gennyedésnek keletkezését a szokásos négy tényezőre vezethetjük vissza. 1. véráram útján, 2. nyirokáram útján odajutott elsődleges fertőződésre, 3. a környezetről (continuitatem) terjedő gennyedésre, 4. vese környékét érő nyilt sérülések után fellépő gennyedésekre.

A másik kérdés a vese körül elhelyezkedő szövetekben fellépő gennyedéseknek az egymástól való elkülönítése, vagyis a peri- és paranephritikus gennyedések differentiálása. A perinephritikus gennyedést először *Rayer* említi meg 1839-ben. *Israel* szerint a fascia renalis *(Gerota)* és a fascia retrorenalis *(Zuckerkandl)* acut gennyes gyulladása képezi a paranephritisnek a kórképét, míg az ezek alatt fekvő zsíros toknak a gennyedését epinephritis név alatt foglalja össze, legtöbb szerző az epinephritist perinephritisnek nevezi.

Esetünk kóroktanilag kétségtelenül a harmadik csoportba tartozó, tehát per continuitatem terjedő peri-, illetve paranephritikus abscessus, melynek érdekes kifejlődését későbbiekben vázolnám. Előbb a folyamatosság kedvéért a vér és nyirokáram útján keletkező elsődleges fertőzések keletkezését szeretném nagy vonalakban felújítani.

Már fentebb említettem a *Hyrtl* által leírt vese zsíros toki ereket, mely az artéria renálisból ered. A fertőzött embolusok a vese parenchyma megkerülésével a vesetok edényeibe kerülve megakadnak s így a vese zsíros tokjában keletkező gennyedéseknek okozóivá válhatnak (Tuffier, Schmerber). Az artéria spermatica interna, illetőleg ovarica is ad a zsíros tokhoz egy ágat, amely a vese és mellékvese szélén fut és a többi zsíros tokban futó artériával anastomizál, ezt a francia szerzők arcade exorenale-nak hívják. A szerzőknek egy része az elsődleges gennyedések nagy részének keletkezését ilyen módon magyarázzák. Az urológiai klinika nagy anyagából láttam egy érdekes esetet, amikor is bakancs feltörésből a jobb láb III. ujján keletkező gennyedés a véráram útján a bal vese alatt a zsíros tokban, — a vesétől teljesen izolált zöld diónyi tályogot okozott, kifejezett psoas tünetekkel. A tályog és a lábujj gennyéből staphylococcus aureus tenyészett ki.

Általában, mint a fenti példa is mutatja, az elsődleges vesekörüli gennyedés okozói furunculus, carbunculus, panaritium, phlegmone és különösen a kórokozók közül a staphylococcus-félék a leggyakoribbak; azonban a typhus, proteus, pyocyaneus, stb. is okozhat elsődleges vesekörüli gennyedést.

Nyirokáram útján keletkező elsődleges fertőzések a környező szervek és szövetek gennyedéséből származnak és a fent említett bacteriumok mindegyike szerepelhet, mint kórokozó.

Per continuitatem keletkező vesekörüli gennyedések természetszerűen leggyakrabban a veséből indulnak ki. A vese gennyes folyamatai (tbc., köves pyonephrosis, fertőzött hydronephrosis, vese carbunculus, izolált vesetályog, stb.) előbb a zsíros tokban gyulladásos vizenyőt és a vese folyamat minősége és előrehaladottsága szerint vagy kötőszövetes gyulladást, hegesedést hoznak létre vagy pedig virulens bacteriumok esetében tályogok, stb. keletkeznek. A peri-, illetőleg a paranephritikus gennyedések kiterjedése, az általuk okozott roncsolás, a fertőző bakterium minőségétől és a beavatkozás gyorsaságától függ. Leglassabban fejlőnek ki a gümős veséből vagy a chronikus pyelonephritises köves zsugor veséből kiinduló vesekörüli gennyedések. Esetünk is gümős veséből kiinduló peri- és paranephritikus gennyedés, mely a rekeszizmon át a mellűrbe,

onnan a tüdő szövetébe jutott, hörgőbe betörve köpettel ürült hónapokon át. Az alábbiakban részletesen közlöm az eset kórleírását:

G. K. 35 éves földmíves, aki fél évvel felvétele előtt vidéki kórházban állott kezelés alatt hólyag- és vesegyulladással. Tüdejével különösebb panasza nem volt, sőt a kórházba való beutalásáig orvosi kezelésben sem részesült. Vizeletében sok gennyet találtak, az üledék Koch negatív volt. Hólyagtükrözést a kicsiny capacitás miatt (100 cm³) nem végeztek s csak húgydesinficiens tablettákat szedett. Júniusban a balheréje megnagyobbodott, fájdalmas volt. Állapota 1938 szeptemberében romlott, mikor is mély belégzés alkalmával a balvese táján szúró-nyilalló fájdalmai voltak. Magas láza, hidegrázása gyakran volt. November 4.-e óta erősen köhög, reggelenként tele szájjal köp, köpete bűzös-gennyes-nyákos. Ilyen előzmények után került osztályunkra, amikor is a bal interscapuláris térben a IV. bordától lefelé tompa kopogtatási hangot találtunk, felette amphorás légzést, nagy- és középhólyagú csengő szörty zörejekkel. A balvesetáj környéke duzzadt, nyomásra fájdalmas, a hólyagtáj is nyomásérzékeny. Mellkas átvilágításnál a bal alsó tüdőmezőben retrocardiálisan a gerincoszlop mellett IX—X. borda közötti magasságban diónyi üreg árnyék látható, kevés folyadék niveauval. A balrekesz magasabb, renyhén mozog. Az urológiai vizsgálatnál 60 cm³-es zsugorhólyagot fekélyekkel találtunk, a tátongó merev balszájadékból gennykolbász ürülését, a jobból 5 perc alatt indigó lövelését figyeltük meg, a balmellékhere és vese specifikus gennyes elváltozásával. Az azonnali műtétnél a IX. bordát resecálva a scapuláris vonalban, a megvastagodott pleura átvágása után kb. félliter sűrű genny ürül, a baltüdő alsó lebenyének látható részén diónyi kráter látható. A rekeszen a tályogüreg alatt sondával átjárható nyílást találunk, melyen át genny ürül, ha a vese tájára nyomást gyakorolunk; a nyílást megtágítva férfiöklönyi tályogüreget találunk, melynek gyors kiürülése miatt a XI. bordából is 6 cm-es darabot resecálunk. Mindkét üregbe szádlást és tampont helyezünk. Naponkénti kötésváltás, később tampon- és szádláscserével a váladék csökken; az állapota javul annyira, hogy i. v.-ás pyelograpiát végzünk. A bal vese határa sem az egyszerű, sem i. v.-ás felvételen nem látható, hasonlóképpen kiválasztás nincs, kb. az alsó pólusnak megfelelő helyen apró meszes árnyékok láthatók; jobboldalt van kiválasztás. A műtéti területen kb. gyermegtenyérnyi tömött köteges rajzolat látható. Időnként többször megismételt köpet- és vizeletvizsgálat eredményeként az üledék Koch negatív volt. A jobbvesének sűrítőképessége fokozatosan esik. Jan. 24-én a balvesét ujjal körüljárjuk, amikor is több kisebb tályog megnyílik. Jelen állapotában, bár többször kapott transfusiót a specifikusan gennyes vesének eltávolítására nem gondolhatunk. Febr. 6.-i mellkas átvilágításnál már a baltüdőben elszórva számos puha gócárnyék, durva kötegezettség látható, a műtéti területen üregárnyék nem figyelhető meg most sem. Febr. 13-án a jobb alsó végtag thrombózisa következett be. Az állapot fokozatosan, de lassan romlik és április 15-én exitál.

Már a kórelőzményből is nyilvánvalóvá válik, hogy a folyamat a veséből indult ki és onnan felfelé hatolva jutott a hörgőbe és nem fordítva — a tüdőből a mellűrön át a vese köré. Bár a kórelőzményből nem derül ki, hogy volt-e régebben tüdőfolyamata, primär kiindulási helyként, a köpet megjelenése előtt félévvel jelentkező vizelési panaszok majd a balmellékhere gyulladása az urogenitális tractus gümőkórjára terelik a gyanút. A később fellépő bal deréktáji érzékenység ezt végkép megerősíti. Kórházi felvétele előtt három héttel kezdődött a köhögés és a bő köpet ürítés. A felvétel után pár nappal megejtett cystoskopiánál bal szájadék erősen felhúzott, merev volt, tátongó, belőle gennykolbász lógott ki; sem festék-, sem vizeletkiválasztás azon az oldalon nem volt megfigyelhető. Hogy valóban primär volt a vesének a gümős folyamata, ezt a cystoskopiás kép minden kétséget kizáróan beigazolja, t. i. a felhúzott és merev szájadékot az ureter hosszirányú heges megrövidülése okozza, melynek kifejlődéséhez hosszú időre van szükség.

Műtéti megoldást azért kezdtük a mellkassal, mert a magas lázak, hidegrázásoknak oka a gennyes pleuritisben és tüdőtályogban volt keresendő és ezért ezt tartottuk szükségesnek először megoldani. A beteg állapota miatt a secundär nephrectomiának az elvégzése céltalannak látszott és azért elálltunk tőle. Sajnos a gennyedés által okozott roncsolás oly nagyfokú volt, hogy bár teljes egészében feltártuk, a generalizált gümős folyamat exitushoz vezetett.

A megbetegedés legtöbbször nem a veséből indul ki. Az Illyés-klinika 21 éves anyagában 102 eset volt, ezek közül csak 49-nél volt a kiindulás a veséből. Ez a tapasztalata Hunt-nek is, aki a Mayo-klinika 1914—24. évi anyagában az operált 106 eset közül 59-nél elsődleges vesemegbetegedést nem talált, azaz a vesemegbetegedés ritkán fejlődik vesekörüli tályoggá. Az Illyés klinika utolsó öt évi 2287 műtétéből 10 volt vesekörüli tályog, míg osztályunk anyagában ugyanazon idő alatt 5751 műtét közül 6 eset, Oldal szempontjából pedig 70%-ban a baloldal, míg 2% mindkét oldal.

Cz. Pommersheim észlelt még a Verebély-klinikán hörgőbe tört vesekörüli tályogot, mely megnyitás után meggyógyult, két esetet pedig, amikor még a subphreniumban sikerült a folyamatot megállítania. Eseteiben staphylococcus fertőzés okozta a vesekörüli áttétet.

Irodalomban ismertetett esetek közül *Neuvirth* közöl egy bronchusba áttört paranephritikus abscessust, mely köves veséből indult ki; ez a beteg a tályog megnyitása után három hét mulva gyógyult, a gennyes köpetürítés megszűnt. *Deesten* egy hasonló esetnél, 45 éves nőbetegnél magas lázakkal vesekörüli tályogot diagnostizált. Fekvő helyzetben bűzös köpetet ürített, mely álló helyzetben megszűnt; a tályog megnyitása után ez a beteg is meggyógyult, panaszai megszűntek. A most említett két esetnél a köves veséből indult ki a folyamat.

Fentiekből leszűrhetjük azt a tapasztalatot, hogy gümős veséből kiinduló és ilyen nagy roncsolásokat okozó folyamatok prognózisa absolut rossz, a coccus fertőzésekké kedvezőbb. A legfontosabb a gyors és nagy feltárás, az általános roboráláson kívül.

A 105. sz. tábori kórház közleménye. (Parancsnok: Somogyi Pál orvos-százados.)

A gázvizenyőről.

Írta: *Gidró László dr.* orvos-zászlós, sebész.

A háborús sérülésekkel kapcsolatban fellépő, igen rosszindulatú és különböző anaërob kórokozók *(Fränkel—Welch, Novy, Weinberg, Pasteur* f. bacillusok) által előidézett sebfertőzések jelentősége a a jelenlegi háborúban még fokozottabb, mint volt az 1914—18-as világháborúban. Egyrészt azért, mert a földben robbanó és szennyezett lövedékek, aknák és bombák számának növekedésével párhuzamosan a fertőzés lehetősége is nagyobbodott, másrészt a sebek nagyrésze fertőzésnek kedvező, roncsolt és tasakos szilánk-, illetve repeszseb. Az eltelt 25 év sebészetének páratlan fejlődése azt a gondolatot ébreszti bennünk, hogy korszerű sebkezelésünk, a serumprophylaxis, valamint chemotherapiás eljá-

rásaink a baj megelőzésében és elhárításában több biztonságot nyujtanak a fertőzés ellen. A valóság azonban a jelen esetben is más, mint az elmélet és a látszat. Ezért akarunk tapaszatalataink alapján a a kérdésről — pontos adatokra támaszkodva — beszámolni.

Prophylaxis terén jelenleg a helyzet a következő. Minden sebesült az elsősegély helyén polyvalens gázvizenyő-serumot kap. A sebek szakszerű ellátásával valóban alkalma nyílik az elsősegélyt nyujtó, de még inkább az első szakellátást végző orvosnak arra, hogy a roncsolt szövetek eltávolításával a fertőzés veszélyét a minimumra csökkentse. Nagyobb csatanapon azonban nemcsak a sebesültek hátraszállítása szenvedhet késedelmet az erős ellenséges tüzelés miatt, ami többórás és a fertőzés megakadályozása szempontjából igen jelentős időveszteséget jelent, hanem a nagyobb csoportokban összegyüjtött és hátraszállított sebesültek ellátása is újra órákat vehet igénybe. Ez a pár óra pedig már sorsdöntő lehet.

A sok sebesült közül nehéz kiválogatni azokat, akik fertőzésre gyanusak vagy akiknek sebe gondos kimetszést igényel. A sebesültek között mindig több olyan akad, akin sok, néha akár száz szilánksebet is lehet találni. Nincs és nem is lehet hadszíntéren olyan felkészültségű egészségügyi intézet vagy kórház, amely orvossal, anyaggal és idővel oly gazdagon rendelkeznék, hogy nagyobb sebesültszállítmány esetén minden kis szilánksebet 6 órán belül eszményien, az elméleti elképzelésnek megfelelően elláthatna.

Tapasztalataink szerint nincs is szükség a kisebb és felületesebb szilánksebek kimetszésére vagy feltárására, ha azok lobmentesek és gyorsan bepörkösödtek. Kisebb sebet csak akkor tárunk fel, ha környéke beszűrődött vagy ha gyanunk van rá, hogy a szilánk körül tályog képződött. Ha azt látjuk, hogy a gyulladást közönséges gennykeltők okozzák, akkor az egyszerű feltárással meg is elégedhetünk, viszont ha anaërob fertőzésre utaló jelenségeket észlelünk, azonnal igen bő és alapos feltárást kell végeznünk, az egész lőcsatorna megnyitásával és a roncsolt-beszűrődött lágyrészek lehető legradicalisabb kimetszésével, illetve eltávolításával. Még akkor is így járjunk el, ha a seb aránylag kicsi és felületes.

A mi gyakorlatunkban ez a lehetőség ritkán fordult elő. Annál többször láttunk sebesülés után több nap mulva jelentkező súlyosabb fertőzést nagyobb és mélyebb roncsolt sebekben, különösen akkor, ha a csonttörés szilánkhatása a roncsolást fokozta. Tapasztalataink alapján érsérülés és kiterjedt, vérkeringést gátló vérömleny szintén kedvező feltételt teremt gázvizenyő-fertőzés kifejlődésére.

Miután mi 6 órán belül aránylag ritkán kapunk sebeket és rendszerint csak 4—5 nappal sebesülésük után látjuk őket először, a megfelelő és időszerű védelmet ilyenkor már nem tudjuk biztosítani. Elsősorban tehát annak eldöntésére szorítkozunk, hogy melyik seb gyanus fertőzésre és melyik nem.

Gyanu vagy kezdődő fertőzés esetén a nagyobb sebeket és messze környéküket *lebenyesen* feltárjuk, mert csak így tudjuk megítélni a fertőzés jellegét és kiterjedését s ezekből a várható fejleményeket, de főleg azt, hogy lehet-e és érdemes-e a csonkolással várni. Ha úgy döntöttünk, hogy a végtag megtartására reményünk van, akkor a feltárt sebet az épben, vagyis ott. ahol *a vérellátás már jónak mutatkozik*, kimetsszük. Ahol a radicalis kimetszést valamely fontos képlet (ér, ideg) akadályozza, a beszűrődött izomzat hosszirányú bemetszéseivel próbálunk célt érni. Az izmok között és nagyobb erek körül fekvő laza kötőszövetet a fertőzött terület felett és alatt — messze az épben — kiadósan feltárjuk, az egyes izmokat pedig egymástól elkülönítve, egész lefutásukban — lehetőleg eredéstől tapadásig — kipraeparáljuk, hogy a fertőzés terjedésének útját minden irányban lezárhassuk. A sebet szélesen nyitvahagyjuk, drainezzük és tamponáljuk.

A beavatkozás után gondosan figyeljük a sebet, a beteg aspectusát, hőmérsékét és szívműködését. Ujabb sercegő beszűrődés, sárgásan fakó arcszín, remittáló láz, a pulsusszám emelkedése, de főképp a fájdalmak ismételt jelentkezése a fertőzés tovaterjedésére vall, viszont fájdalommentes és bőven váladékozó tiszta seb, a láz esése, az étvágy növekedése és a szívműködés javulása biztató jelek. Ha 7—8 nap elteltével az állapot nem romlik és a seb sarjadzik, a végtag megtartásában és a beteg gyógyulásában feltétlenül bízhatunk.

A sebészi kezelés mellett természetesen nem szabad elhanyagolnunk a gyógyszeres kezelést és az általános roboralást sem. Minthogy a serumkezeléstől szemmellátható eredményt nem észleltünk, a serummal egyidejűleg ultraseptylt adagolunk nagy mennyiségben. 5 cm^3 i. v. injectióban az első adag, azután 5×2 tablettát adunk naponta. Ettől az eljárástól kedvező eredményeket láttunk.

Therapiás vérátömlesztéssel is kísérleteztünk 7 esetben. Egyszer friss vérrel, hatszor szárított savóval. Könnyebb esetekben az átömlesztések jó hatását figyeltük meg, a súlyos septikus fertőzést azonban egyáltalán nem befolyásolta. Konyhasóinfusio és cukor-konyhasó i. v. injectiója viszont a beteg szívműködésére mindig jó hatással volt. Ha a fertőzést a vázolt módon nem sikerült megállapítani, akkor azonnal csonkolunk, nehogy az életmentő beavatkozással elkéssünk.

A fenti kimélő, helyesebben a végtag megtartására irányuló eljárással természetesen annál bátrabban kísérletezhetünk, mennél kisebb térre korlátozódott a folyamat és mennél messzebb van a sérülés a törzstől.

A törzs fertőzései esetén jóformán tehetetlenek vagyunk. A hamarosan beálló has- vagy mellhártyagyulladás a beteggel rövid idő alatt és biztosan végez.

Intézetünkben kezelt sebesültek között gázvizenyő-fertőzés 0.8%-ban fordult elő. Ezeknek 50%-án a fertőzést már beszállításuk, illetve k.r-házi felvételük alkalmával észleltük éspedig legtöbbször oly súlyos előrehaladott alakban, hogy megmentésük az azonnali csonkolás ellenére is csak ritkán sikerült. 50%-ban a fertőzés klinikai tünetei csak kórházunkban fejlődtek ki.

A fertőzöttek az elsősegély helyén mindnyájan kaptak védőoltást és 29%-ának sebét műtétileg ugyancsak ott fel is tárták. Ennek ellenére a fertőzés mégis kifejlődött, tehát a prophylactikus feltárás nem volt elég radicalis vagy pedig az orvos figyelmét elkerülte, hogy a fertőzés a feltárás időhatárát már túllépte.

Eseteinkben az incubatio 12 órától 10 napig terjedt. A legtöbb esetben a 3—4-ik napon állott be a fertőzés. A fertőzöttek összhalálozása 40% volt, a csonkoltaké 20%, a feltártaké 16%. Feltárással 55%-ban sikerült a végtagot megtartani, 45%-ban csonkolásra került a sor feltárás után. A legutóbbi hónapban azonban a fertőzöttek 80%-át tudtuk feltárással meggyógyítani.

A gázvizenyő-fertőzést kiállott és már gyógyulófélben levő betegek a szállítást a műtéttől számított 2 héten belül nem jól tűrik. Ugylátszik,, hogy az elszállítással járó megmozgatás kapcsán a még szunnyadó csirok új erőre kapnak és a megviselt szívet toxinjaikkal most már könnyebben bénítják. Egyik betegünk, akit műtét után 5 nappal, sarjadzó sebbel, láztalanul és kifogástalan erőbeni állapotban szállítottunk el, útközben recidiváló fertőzésben meghalt. Igen érdekes 2 másik esetünk, amennyiben mindkettő teljesen tünetmentesen, fertőzésnek nyomát sem mutató és nem is nagyon roncsolt, sebészileg pedig tökéletesen ellátott szilánksebbel feküdt kórházunkban hosszabb ideig. Mindkettőjükön már csak szállítás közben, az egyiken 10 nap mulva, a másikon 3½ hét mulva tört ki a fertőzés.

Ezek a tapasztalatok a szállításban a legnagyobb óvatosságra és gondosságra intenek, viszont az e. ü. intézetek időnként szükségesnek mutatkozó kiürítése miatt lehetetlen minden láztalan szilánksérültet 4 hétig kórházban tartani akkor, ha a sérülés helye és jellege szerint a beteg különben szállítható és fertőzésnek semmi jele sincs. Tekintettel arra, hogy a szállításra kijelölő orvos a beteg sorsáért felelősséggel tartozik, a kérdés ebből a szempontból is nagy horderejű, mert a fenti esetek a leggondosabb mérlegelés és kiválasztás esetén is megismétlődhetnek, holott az orvos lelkiismeretes elbírálás alapján osztotta be a sérültet a szállítandók közé.

Még egy érdekes és nagyon fontosnak látszó megfigyelésünket kell kartársaink elé bocsátanunk. Azt tapasztaltuk ugyanis, hogy azokban a sebekben, melyekben légyálcák telepedtek meg, gázvizenyőfertőzés sohasem fejlődött ki. Könnyen hihető is, ha a légyálcák szerepére és hatására gondolunk pl. osteomyelitis esetén, hogy az álcák az elhalt és roncsolt szövetek gyors és alapos eltakarításával a szervezetnek igen nagy szolgálatot tesznek, mert a rövid idő alatt megtisztított és sarjadzó sebben az összes anaërob kórokozók elvesztik életfeltételüket, részben pedig maguk is áldozatul eshetnek az álcáknak. Talán a megtisztított és tágassá vált seben szabadon beáramló levegő (oxygen) hatása is számításba jöhet.

Tudjuk, hogy az említett tényen alapuló feltevés még gyakorlati és kísérleti igazolásra szorul. Szándékunk is, hogy ezeket a kísérleteket — amint a körülmények megengedik — elvégezzük.

Tapasztalatainkat abban foglalhatjuk össze, hogy a gázvizenyő-fertőzésnek egyelőre biztos prophylaxisa nincsen, de úgy megelőzésében, mint gyógyításában a gyanus sebek korai és gyökeres feltárásával, valamint a roncsolt részek eltávolításával, nem utolsó sorban pedig a vérkeringési viszonyok javításával aránylag kedvező eredményeket érhetünk el. Lényegesebb változás tehát a régi és a mostani eredmények között csak annyi, hogy a vázolt radicalis sebfeltárással több végtagot és életet sikerül megmenteni.

A veszprémi m. kir. állami gyermekmenhely közleménye. (Igazgató: vitéz Szenttornyay Sámuel.)

Megfigyeléseim a járványos gyermekbénulásról.

Irta: *vitéz Szenttornyay Sámuel dr.* igazgató-főorvos.

A Heine—Medin-féle betegség fertőzésútja még nem tisztázott, sőt a betegség lefolyása a fertőzés után és a kezdő tünetek is jórészt kiderítetlenek.

Alkalmam volt három járvánnyal kapcsolatban számos esetet észlelni, a fertőzés útját tanulmányozni, néhány betegen pedig a kezdő tüneteket is megfigyelni, mikor még polyomyelitisre nem is gondolt az ember.

Az 1925—26-os évi járvány útján feltűnt, hogy a Duna mellett terjedt a felső folyásától lefelé, Győr—Komárom—Vác—Budapest volt az irány. Budapesten is először és nagyobb számban a víz melletti területeken jelentkezett. Az 1933. évi magyarországi járvány Szegeden kezdődött és öltött nagyobb arányokat, eredete az erdélyi járvány volt, terjedésének útja a Maros mente. Az 1942. évi veszprémmegyei járvány kezdő gócpontja Szentgál volt és innen terjedt el a Balaton mellett.

Ezekből a tényekből arra lehet következtetni, hogy a folyóvíz nemcsak mint emberi közlekedési út szerepel, hanem vagy a víz folyása mentén lefelé haladó állatok, vagy maga a víz a fertőzés terjesztője.

Egy esetben egy ötéves kislány egyik macskája mindkét hátsó lábára megbénult, hosszabb idő mulva a bénulás részben megszűnt. A macska bénulása után betegedett meg a kislány néhány hét mulva. Lehet post hoc ergo propter hoc, de lehet kapcsolat is. Ez esetben tehát a macska, illetve az előzők figyelembevételével, mivel a hajókon mindig találhatók, a patkány, egér is gyanusítható a fertőzés továbbvitelével. Lehetséges, hogy terjesztik a betegséget s nem maguk betegednek meg, bár a lehetősége megvan, hogy megbetegednek.

Rendkívül contagiosus voltára egy jellemző esetet észleltem. Télen egy tanyán hetekig el voltak zárva a külvilágtól, schova nem ment senki, sem a házba nem tért be senki, csupán az ablakon a levélhordó adott be egyszer egy levelet. Nem sok idő mulva a házbeli néhány hónapos csecsemő bénulásos tünetekkel megbetegedett. Kiderült hogy a levél, amelyet kaptak, acut Heine-Medines beteg lakásáról érkezett. A fertőzésnek más útja kizártnak látszik.

A betegek az esetek túlnagy többségében csak a bénuláskor, vagy utána kerülnek orvos kezébe. A megbetegedések száma pedig, úgy látszik, a bénulásos esetek számának sokszorosára tehető. Járványos időben előfordul felnőtteken is láz nélkül, vagy kisfokú hőemelkedéssel, torokpirossággal, egyéb tünet nélkül erős fejfájás, vagy végtagfájás, valószínűleg polyneuritises alak, de egyszerű rheumatikus fájdalmaknak könyvelik el. Még sokkal több lehet az abortív alak a kis gyermekeknél, akik orvos elé nem is kerülnek. A betegség egyszeri kiállása nem nyujt feltétlen immunitást. Volt egy betegem, akin kétéves korában enyhe féloldali peroneus-hűdés keletkezett s három év mulva igen súlyos encephalitises formájú Heine-Medin teljes féloldali bénulással és baloldali facialis hüdéssel.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Az epevezeték elzáródásának elkülönítő kórisméje.

Annak megállapítása, vajjon az epevezetéket kő zárja-e el vagy daganat, nem éppen ritka és sokszor nem könnyű feladat. Az elkülönítő kórisme főleg 5 pontra támaszkodik. 1. sárgaság, 2. epementes szék, 3. láz, 4. fájdalom, 5. epehólyag tapinthatósága.

Általában véve a fájdalom nélkül kezdődő folyton fokozódó, soha nem enyhülő sárgasággal és állandóan teljesen epementes székletéttel járó, láztalanul lefolyó kórkép az epevezetéket elzáró daganat mellett szól. Aránylag enyhe vagy legalább időnként enyhülő sárgasággal, hol epementes, hol többé-kevésbbé epés székletéttel, lázas mozgalmakkal és fájdalmakkal járó, különösen pedig jellegzetes epekólikákkal kezdődő kórkép viszont inkább köves elzáródásra vall. Azonban ezen tünetek sem különkülön, sem összességükben nem teljesen megbízhatók,

1. Makacs, változatlanul fennálló, illetve folyton súlyosbodó *sárgaság* mindenesetre sokkal inkább fordul elő daganatokozta epevezetékelzáródás, mint kő esetén. De kő esetén is lehet az elzáródás teljes és tartós, ha például egy kicsiny kő teljesen elzárja a *Vater*-papillát vagy az egész epevezeték szorosan ki van töltve kővel. Ez mindenesetre ritka állapot, azonban ilyenkor ugyanolyan icterus melas állhat be, aminőt daganatos elzáródás alkalmával szoktunk látni.

2. A *székletét* tartós *epementessége* szintén állandó, tehát daganatos elzáródásra vall, míg köves elzáródás alkalmával a kövek mellett és közöttük több-kevesebb epe juthat legalább időközönként a bélbe. Ugyhogy kövek esetében a székletét epehiánya csak egész kivételesen állandó, akkor tudniillik, ha a *Vater*-papillába ékelődött kő vagy az epevezeték teljesen ki van tömve kővel. Viszont a *Vater*-papilla rákjai esetében is többször észlelték, hogy a rák szétesése utat nyitott az epének és az azelőtt teljesen epementes széklet megint epéssé vált, amivel kapcsolatban a sárgaság is javult.

3. A láz, különösen az intermittens typusú láz cholangoitisre vall és mivel ez az állapot az epevezetékkövek állandó kísérője, a cholangoitises láz általában kőre jellemző. Viszont előfordul, hogy epevezetékkő dacára a cholangoitis enyhe, csak kisfokú lázt okoz vagy meglehetősen láztalanul folyik le illetve a lázak csak hosszú időközökben és rövid időre jelentkeznek, úgyhogy felületesebb észlelés esetén elkerülik a figyelmet. Daganatos elzáródás rendszerint aseptikus vagy legalább is sokáig ilyen marad. De azért ilyenkor is nem éppen ritkán lép fel cholangoitis és ennélfogva láz.

4. *Epekőre utaló kólikák* a kórelőzményben általában köves elzáródásra vallanak; de egyfelől epekövekben szenvedőkön is keletkezhetnek rákok az epevezetékben vagy a pankreas fejében és másfelől kő hiján is létrejöhetnek fájdalmak mind pankreas-, mind epevezetékrák esetében.

5. Általában a legbiztosabb támaszpont a kórismében az *epehólyag megnagyobbodása*, mely daganatos elváltozás mellett szól, míg köves elzáródás esetén az epehólyag rendszerint nem tapintható. Ez böző statisztikák szerint az esetek kb. ¾-ében (⅔—⅘) bizonyult helytállónak. Az esetek kisebb részében azonban nem válik be; kő dacára nagy epehólyagot tapintunk, vagy daganat dacára nem tapintjuk az epehólyagot.

A *Courvoisier-Terrier*-féle törvény magyarázata egyszerű és világos: Az epevezeték elzáródása, akár köves, akár daganatos, nyomásnövekedést idéz elő, mely ráterjed az összes májbeli és májon kívüli epeutakra; előbbi a máj megnagyobbodására vezet utóbbi az epehólyagéra, ha ez egyáltalán tágulékony. Ott ahol az epevezetékben kövek vannak, az epehólyag már rendszerint számos többé-kevésbbé súlyos gyulladáson ment át, sőt az esetek többségében erősen zsugorodott, ezért bármennyire emelkedik a nyomás az extrahepatikus epeutakban, képtelen kitágulni, viszont az epevezeték daganatos összenyomásában szenvedők érintetlen, szűz epehólyagja könnyen enged a nyomásnövekedésnek és nemcsak kitágul, hanem a fala is erősen megfeszül és ezért könnyű a hasfalon át kitapintani. Előfordulhat azonban, hogy kő folytán tágult hydropsos vagy empyemás epehólyag mellett következik be köves choledochus-elzáródás (bár ez ritka) vagy legalább is olyan esetekben, melyben az epehólyag még nem vesztette el tágulékonyságát; ekkor kő dacára tág és feszes epehólyagot fogunk tapintani. Az is előfordulhat, hogy az epehólyag kövek folytán vagy egyéb okból súlyos gyulladáson ment át, vagy környezetével összenőtt s azután támad az epevezetékben vagy a pankreasfejben rák, ilyenkor az epehólyag a daganat dacára sem lesz tapintható. Ugyancsak hiányzik az epehólyag tapinthatósága ha az epehólyag az epevezetékbeli pangás dacára sem tud megtelni epével. Pl. ha a rák a májvezetékben vagy a májvezeték és epehólyagvezeték összeszögelésének helyén ül. Utóbbi esetben azonban az epehólyag az epehólyagvezeték összenyomatása következtében esetleg — de nem szükségképpen — a benne felhalmozódó nyák folytán kitágulhat. Nem tapintható az epehólyag az epevezetéket elzáró daganat dacára akkor sem, ha tapinthatóságának különös akadályai vannak. (Intrahepatikus epehólyag, epehólyag csúcsa nem éri el a megnagyobbodott máj szélét, vastag vagy feszes hasfal, epehólyaghiány). Szóval több ok lehetséges, melynél fogva a *Courvoisier-Terrier*-törvény nem érvényesül.

6. A többi tünet még kevesebb biztonságot nyújt, *Erős viszketés, bőralatti* és *bélvérzések, súlyos vérszegénység* általában daganatos elzáródás mellett szólnak, de súlyos sárgasággal járó köves elzáródás esetében is előfordulhatnak. *Lépnagyobbodás*, ha nem régibb keletű, mindenesetre inkább köves elzáródás mellett szól, de köves elzáródás esetében is sokszor jelentéktelen vagy hiányzik. *Rejtett vérzés* a székletében, amennyiben nem előrement cholaemiás melaena maradványa, a Vaterpapilla rákja mellett szól, de ennél is hiányozhatik, ha a daganat kicsi és ilyen is marad (bár *Ewing* intézetéből fél cm nagyságú *Vater*-papilla-rákot írtak le, mely halálos vérzésre vezetett) és feltétlenül hiányzik akkor, ha a daganat a hasnyálmirigy fejében ül.

7. Egyes esetekben a felmerülő kétségek elosztásához talán hozzá fog járulni az a kórelőzményi adat.

s amelyet, úgy látom, ezideig nem igen vettek tekintetbe. A beteg figyelmét ugyanis nem egyszer *először* az kelti fel, hogy a székletét agyagszerűvé válik, a sárgaság pedig csak jóval később, akár 1—2 hét mulva jelentkezik (az egyik esetben több, mint 3 hét mulva jelentkezett) és jelentkezése pillanatától kezdve természetesen állandóan súlyosbodik.

E jelenség magyarázata igen egyszerű: Az ép epehólyag az által, hogy erősen besűríti tartalmát, lényegesen csökkenti az epeutakban fennálló nyomást és ezáltal, (mivel ezenfelül az epeválasztás is csökken, ha a bélbe kerül epe) aránylag hosszú ideig tudja mentesíteni a májsejteket a nyomásnak attól a vészes fokától mely epeelválasztó tevékenységük beszüntetésére és így sárgaság keletkezésére vezet. Beteg epehólyag erre nem képes; már pedig epekövek, különösen pedig epevezetékkövek kapcsán az epehólyag többnyire annyira beteg, hogy besűrítő tevékenysége lényegesen szenved. Ezért, *ha a kifejezetten epementes, agyagszerű székletét napokkal, vagy még hosszabb idővel megelőzi a tartós epevezeték elzáródás többi tüneteit és nevezetesen a bőr és sklerák sárga elszíneződését, ez daganatos elzáródás* (a máj és epehólyagvezeték összeszögellése alatt fekvő epevezeték-, *Vater*-papilla-, illetve hasnyálmirigyfejrák esetleg idősült hasnyálmirigygyulladás) *mellett szól.*

Pólya Jenő dr., egyet. c. rk. tanár.

Túlzások a kimélő étrend rendelése körül.

Mai orvosi tapasztalataink alapján majdnem teljes joggal állíthatjuk azt, hogy a helyes étrendet »mérték szerint« kell megszerkeszteni, szinte az egyéni alkat szeszélyeihez igazodva kiszabni, mint a jó ruhát. Enélkül minden csupán általános meggondolásokból származó diétás előírás hibás lesz. A legnagyobb hibát azonban még mindig a »kímélő diéta« néven követjük el és az orvosi gyakorlatban állandóan futó megszokások és szokások szülte tévedések közül ez talán ma egyike a legkirívóbbaknak.

Kímélő étrend alatt értjük a gyomormechanika és gyomorsecretio tehermentesítését a táplálék mennyiségének és minőségének ilyen értelemben való szabályozása által. Ezt — most elsősorban a legnagyobb arányban szereplő gyomorétrendekre gondolok — főleg híg és pépes táplálékkal képzeljük el megvalósíthatónak és célszerűnek. Tej, nyákleves, burgonyapép, eszményi finomítású főzelékek, kakaó, vaj, tejes tea, kétszersült, sótalan koszt, stb. a megszokott sorozat. Ezt rendeljük gépiesen a dyspepsiás panaszok legkülönbözőbb fajaiban, gyenge gyomrúaknak, hyperaciditásban és ulcusban szenvedőknek, sőt egyes helyeken a járóbetegek kész nyomtatványokból értesülnek arról, hogy mit kell és mit nem szabad enniök.

Ha azonban ezt az étrendet a legújabb kutatások és tapasztalati megfigyelések alapján szigorú bírálatnak vetjük alá, csakhamar kiderül, hogy a legtöbb esetben teljesen célt téveszt és inkább árt, mint használ. A pathologiát nem lehet ugyanis egyszerű physikai-chemiai-sebészeti gondolatmenetnek Prokrustes-ágyába kényszeríteni a XVII. századbeli iatrophysikusok egyoldalúságának módjára. Az emésztés munkáját synopsisban kell látnunk az egész szervezet működésével: ilyen szemlélet mellett nem stb. egyszerű, kényelmes therapiai fogásainál és nem nyugszunk bele abba, hogy betegeink évszámra szedjék a szódabikarbónát, belladonnát és egyéb átmenetileg ugyan kitűnő, de idült használatban teljesen elhibázott therapiát jelentő szereket.

A gyomor nem élettelen kémcső, amelyben részvétlenül közömbösíthetünk savat lúggal vagy amelyet bizonyos kóros állapotaiban egyszerűen a surlódásoktól kell óvnunk. A gyomor élő szerv, amelyben a döntő elem a tónus, a *működéstónus*, ami kihat a savképzésre is sok egyéb mellett; a »hyperacid« vagy »subacid« megjelölések, pláne a titrálás számadatai tehát legtöbbször semmit sem mondanak.

Az emésztés mértéke és tempója a gyomorizomzat mozgatóerejétől és a pylorusjátéktól függ. Az ételnek nem szabad túlsokáig vagy túlkevés ideig a gyomorban időznie. A mechanikus és secretiós gyomortevékenység kölcsönösen függ egymástól. Tudnunk kell azonban, hogy *a mai ember gyomorbéltractusának síma izomrendszere ugyanolyan mértékben elsatnyult, mint a vázizomzat, mint a harántcsíkolt rendszer.* Már *Celsus* szerint is: »A legtöbb városinak és csaknem minden tudósnak gyenge a gyomra«, pedig azóta még sokkal jobban differentiálódik az elvárosiasodás felé. A tónustalan izomzatot az ülő, zárt helyiségekben folyó foglalkozás okozza. Ezért *a mai gyomorpanaszok túlnyomó részének helyes gyógyítása a mozgástherapia.*

A gyomormotilitás csökkenése folytán az étel túlsokat időzik az emésztőcsatornában, aminek a kiküszöbölésére a gyomor több savat termel. Ezt természetesen alkaliákkal ellensúlyozni a legnagyobb hiba, amit elkövethetünk: tüneti therapia ott, ahol módunkban áll oki kezelést folytatni. *Az alkaliák huzamos ideig tartó szedése ugyanis (Noorden, Bergmann* és mások vizsgálatai szerint) *fokozott savtermelésre vezet.* Ha már most emellett még belladonnát is nyujtunk kímélő diétával egyetemben, valósággal megbénítjuk a gyomortevékenységet.

A kímélő diéta tulajdonképpen nagy akadálya az emésztés munkájának, cellulose- és vitaminszegénysége, továbbá basikus ásványi anyagok hiánya miatt. Hyperaciditás esetén sokkal physiologikusabb, ha sült hússal »kötjük le« a gyomorsavat, mint azt a nagy klasszikus orvosgeneratio tisztán empirikus alapon ajánlotta és stomachikumokkal, fűszerekkel, mozgással fokozzuk a gyomor tónusát. A »gyenge« gyomrúaknak éppen a tejet, zsírt, tésztát, gyümölcsöt kell kerülniök, — tehát azokat az ételeket, amelyeket olyan gyakran rendelünk »kímélés« céljából!

Természetes, hogy vérezgető ulcus vagy nagyfokú gastritis, stb. esetében néhány napig indokolt lehet a hígpépes, szigorú étrend, de erről a lehető leggyorsabban kell visszatérni a gyomor-bélműködés zavartalanságát biztosító vegyes kosztra. Igazat kell adnunk *Noorden*-nek, aki szerint: »Inkább a száj készítse a pürét, mint a konyha«. *Ha a beteg figyelmét felhívjuk a hosszas rágással is elérhető pépesítés lehetőségére, legtöbbször eleget teszünk a »kímélő« étrend követelményeinek.*

Tudnunk kell azt is, hogy a *»superaciditás«* (amelyet, sajnos, legtöbbször csak egyetlen vizsgálattal állapítunk meg a modernebb és megbízhatóbb fractionált gyomornedvvizsgálat helyett) *legtöbbször csak supersecretio a rendes 0.5% sósavtartalom mellett!*

tartó diétás rabsága »hyperacid«nak elkönyvelt esetekben, ugyanilyan hibának kell minősítenünk az anacidok vagy hyperacidok huzamos sósavpepsinkezelését. Eredmény: a gyomormirigyek inactivitási atrophiája, ellustulása. Ez a veszély fenyeget a ma derüre-borura folytatott hormonkezelések esetén, nem is említve az antihormonok minden kezelési szándékot keresztező és meghiúsító szerepét. Hypacid-esetekben keserűanyagokat (china-kéreg, condurango, ezerjófű, stb.) kell rendelnünk, ami tónusfokozás révén a savtermelés ingereként hat (apéritifhatás).

Általában sohase elégedjünk meg a »hyperacid« vagy »anacid« sovány diagnosisával, kerüljük a megkötött és olcsó gondolkodás eredményeként leszűrődött, banális »savmegkötés« vagy »savbevitel« élettannal ellenkező túlzásait és lássuk meg a rengeteg nyomásos, felböfögéses, felfúvódásos, étvágytalan, gyomortágulásos, gyomorsüllyedéses, obstipáló beteg panaszvilágában az eredendő bűnt, a domesticatiót, ami ellen csak komoly mozgástherapiával és az eddiginél szabadabb szellemű étrendi gyógyítással fogunk csak eredményesen küzdhetni.

Weninger Antal dr.

Tejhiány és szoptatás.

Közellátási miniszterünk szerint a belső front leggyengébb pontja a közélelmezés. Ebben is a tejkérdésnek van különös jelentősége a tej vitamintartalmánál, tápértékénél és könnyű emészthetőségénél fogva. A tejtermelés visszaesését a fejőstehenek levágása és a takarmányhiány mellett az okozza, hogy a zsírhiány miatt a falusi lakosság nem vonja azt el a vajtermelés elől, hogy frissében értékesítse, hanem részben maga fogyasztja nagyobb mértékben, részben a vajat értékesíti magas áron. Ez egyenesen létükben veszélyezteti a kizárólag mesterséges táplálkozásra szorult csecsemőket, de súlyos egészségi ártalom a vegyesen táplált és két éven aluli gyermekek számára is. Igen nagy hordereje volna tehát a tejellátás országos rendezésének olyanmódon, hogy az elsősorban ezeknek a kisdedeknek szükségletét fedezze minden körülmények között. A fővárosban a dolog egyszerű, városokban nehéz, falun a közösségi érzés és szakértelem hiánya folytán ezideig teljesen bizonytalan. E téren a Zöld Kereszt szolgálatára hivatott egészségvédelmi fiókszövetségekre várna fontos munka. Sajnos azonban, hogy a Zöld Kereszt szervezete ma még csak az ország lakosságának csupán 58%-ára terjed ki és ott, ahol a körorvos bevonult, a fiókszövetségek munkája is a legnagyobb veszélybe került. Hiszen az Országos Egészségvédelmi Szövetség csupán 1941 január óta működik, a helyi fiókszövetségek alakulása még folyamatban van. De illetékes hely szerint a közvélemény még a Zöld Kereszt munkájának megítélésében is sok helyen tájékozatlan, nemhogy annak szociális tevékenységében a maga helyét tisztán látná. Ezek a nehézségek a szoptatás életbevágó fontosságát mutatják. Szakkörökben közismert az anyatej pótolhatatlan és felülmúlhatatlan volta, ami a mesterségesen táplált csecsemők sokszoros halandóságában és csökkent ellenállóképességében mutatkozik. Laikus körökben azonban ma is vétkes könnyelműség uralkodik az elválasztás és vegyes táplálás kérdésében. erélytelen magatartásával. Hibás ebben a csecsemőtápszerek igen erős üzleti propagandája is, ami főleg az ingyenbetegek tömegeit indítja a tápszerek követelésére, akár szükséges ez, akár nem. Fokozza a helyzet nehézségeit a csecsemőtápszerekben is fokozódó hiány, mint a behozatali és közélelmezési helyzet természetes következménye. Főleg azért, mert az elapadt anyatejet újra megindítani nem lehet.

Fontos közegészségügyi érdek fűződik tehát egy *nagyarányú szoptatási propaganda* megindításához, amely az anyák legszélesebb körére kiterjed. E téren a Zöld Kereszt egészségvédelmi tanácsadásaira várna a legfontosabb szerep, de ez részben az eddigi tapasztalatokból ítélve, részben a tanácsadás kötelező volta miatt nem elegendő. Szükséges tehát az összes orvosok felszólítása, hogy már a cukorfejadag felemelése érdekében jelentkező IV. hónapos terheseket oktassák ki és győzzék meg a szoptatás fontosságáról, hasznáról, a tápszerhiányról, megfelelő jól megírt intőlap átadásával kapcsolatban, amely az emlők szoptatásra való előkészítését és az emlőgyulladás megelőzésének módját is tartalmazza. De szükséges, hogy ebbe a hírverésbe a bábákat is bevonjuk, akiknek öreg és gyengén képzett része a szoptatás dolgában oktatásra szorul. Igen fontos volna a leventeleányok egészségügyi kiképzésében is e kérdés alapos tárgyalása, ha nincs orvoselőadó, még laikus útján is, de csak szakszempontból megfelelő vezérfonal alapján. Nem felesleges e kérdés tárgyalása az iskolánkívüli népművelés keretében sem, amelyről bő tapasztalat alapján állítható, hogy abban az egészségügy a megfelelő előadók hiánya miatt nagyon elhanyagolt helyzetben van. Nagy feladat várna ezen a téren a rádióra is, itt azonban a háborús műsor az, amely egyrészt általában nem kedvez az orvosi előadásoknak, másrészt a megfelelő tárgyakat és időpontokat nem biztosítja.

Mindazok, akik egészségügyi ismeretterjesztéssel rendszeresen foglalkoznak, egyetértenek ezen szakma fontosságában és elhanyagolt állásában. De abban is, hogy a nemi élet és csecsemőgondozás kérdéseiben a legnagyobb a tudatlanság, a tudákosság, a babona és kuruzslás uralma. Világos tehát, hogy most, amikor a háborús nehézségek minden téren fenyegetik egészségügyünket, az orvoshiány pedig tagadhatatlan, sőt fokozódik, az egészségügyi propaganda jelentős megerősítésének szüksége fokozottabban fennáll. Miután pedig annak leghatásosabb módja — az orvos által adott egyéni tanács — az orvoshiány és a rendelések ezzel járó csökkenése, túlzsúfoltsága miatt erősen korlátozódott, az egészségügyi ismeretterjesztés említett egyéb módszereit kell fokozott mértékben felkarolni és széles körök számára hozzáférhetővé tenni.

A cukorjegyrendszer egyetlen haszna az, hogy a terhesek így terhességük első felében orvos elé kerülnek, aki a kiutalást orvosi vizsgálathoz kötheti. Ennek során mód van a terhesgondozás megindítására, ami az álszemérem miatt a falusi nép körében idáig a már működő egészségvédelmi szolgálatok körében is nehezen indult meg. Sajnos, a tömegmunkával sok adminisztratióval és helyettesítésekkel terhelt itthoni orvosnak sok ideje nincs a terhessel való alapos foglalkozásra. Mégis berendelheti ismételt vizsgálatra, felismerheti egészségét és terhességét fenyegető bajait, tanácsokat adhat neki a célszerű életmódra vonatkozóan. Egyben a szoptatás kérdésére, a bimbók előkészítésére is ki-

sokszoros jelentőséget nyer, az ellene folytatott küzdelem tehát ennek arányában fontosabb. Az orvos azonban ezirányú munkájában a felsőbbség támogatására szorul.

Zemplényi Imre dr.

A sulfamidok használatának újabb tere.

Az SO_2 NH_2 gyök H-atomjának benzol-, pyridin-, pyrimidin-, thiazol-, thiodiazolgyűrűvel vagy a kén egyéb oxydatiós termékeivel helyettesítései a baktericid szerek hosszú sorát teremtették meg, melyeknek gyógyító hatása egyre újabb alkalmazási lehetőséggel biztat.

Ezeknek a sulfamidoknak a fertőzött sebek kezelésében és megelőzésében észlelt áldásos hatása a háború tömeges tapasztalásai révén most már általánosan ismert. Helyi alkalmazásuk esetén a kórokozókhoz eljutásuk s ezzel a hatáskifejtésük akadálytalan. Tudvalevő, hogy pl. előrehaladt tüdőgyulladásban az izzadmány általi nyomatás mint keringési akadály hiusítja meg, hogy a sulfamid a kórokozókhoz eljusson. A vér és a szövetnedvek sulfamidtöménységének a kórokozók megtelepülése helyén kell a legnagyobbnak lennie, hogy ezek fermentanyagcseréjük leromlásával a faló sejtek számára kikészíttessenek. Külső alkalmazás esetén, ha nedves felületre szórjuk a sulfamidport, a legnagyobb töménységet érhetjük el.

A nyálkahártyákon is sok esetben megkíséreltük a sulfamidpor használatát, főleg nátha és torokgyulladások eseteiben és mindig jó eredményt láthattunk. A nyálkahártyát nem izgatja. Porfúvóval bejuttatva vagy még egyszerűbben, orrba szippantva (a tenyérről, külön a két orrlikba), csak pillanatokig érezhető izgalmat okoz, utána enyhe folyást és rögtön ezt követőleg megkönnyebbülést. A nátha gyorsan gyógyul. Mindjárt kezdetben alkalmazva — úgylátszik — elvágja a bajt. Megelőzésre is használtuk.

Foghúsra, torokba, mandulákra porfúvóval hinthető. A foghús közvetlenül bedörzsölhető vele. Ismeretes a szájban szétmállasztott és le nem nyelt sulfamidtabletta baktericid hatása.

Meningitis-járvány esetén esetleg prophylacticumként használható az orrba szippantott sulfamid.

Naponta 1—3-szori alkalmazás elegendő. 2—3 napon túl nem folytatjuk, mert a gennykeltők megölésével megtette a kívánt hatást és hosszasabb használata izgathatja a nyálkahártyát.

A sulfamidok mindegyike hatásos. Talán legkevésbbé izgat az Ultraseptyl-Urea (ureummal), mikor is a B-vitamin thiazolgyökének is van gyógyító hatása. A Roninsebhintőport (tejcukorral) is jól tűri a nyálkahártya; itt pyridinhatásra is számítunk.

Gennyedő caruncula esetén a szemzugba hintve izgalmat nem okozott és gyors gyógyuláshoz vezetett. Egy esetben az alsó szemhéjnak órákig tartó egészen kisfokú vizenyője támadt.

Röntgen-bőr hámfosztott helyei, de mélyebbre terjedő erosiók, excoriatiók, exulceratiók is a sulfamidok helyi hatására gyorsan gyógyulnak és nem válnak callosussá. Az idült röntgenfekélyt gyorsan feltisztítja, széleit és alapját megpuhítja, a sebszélek összeérhetnek s ezzel a gyors gyógyulás feltalaja a bőr különböző gennykeltőinek (staphylococcusok, fonálgombák, epidermophytonok), a keratosisok viszont kitűnő búvóhelyei ennek a flórának s az általuk fenntartott idült lob a sebszéleket s a seb alapját kérgesíti s a fekélyt idültté, igen hosszasan fennállóvá teszi. A sulfamidkezelés óta ezek a régen közismerten nagyon idült fekélyek napok alatt feltisztíthatók és gyorsan gyógyulnak.

Henszelmann Aladár
egyet. magántanár

Orvostörténeti jegyzetek.

Széchenyi útja Döblingbe. Az 1848. évi szeptemberi napokban a forradalmi politika merész hívei már túlsúllyal bírtak a minisztériumban, melynek Széchenyi is — kedve ellenére — tagja volt. Kemény Zsigmond írja, hogy a gróf egy alkalommal lázas ingerültséggel beszélte, hogy Kossuth 3000 brüsszeli fegyvert szerzett és Buda várát hirtelen megrohanással el akarja foglalni. Míg Széchenyi ezt elmondta, gerjedtsége folyton növekedett. Kezének üterei kiemelkedtek s »majdnem bogot formálának«. Én a csillagokban olvasok — kiáltott fel könnyezve. »Vér és vér mindenütt! A testvér a testvért, a népfaj a népfajt fogja mészárolni engesztelhetetlenül és őrülten. Keresztet rajzolnak a házakra; Pest odavan. Száguldó csapatok dúlnak szét mindent, amit építénk. Ah, ez én füstbe ment életem! Az ég boltozatán lángbetűkkel vonul végig a Kossuth neve — *flagellum Dei* (isten ostora)!« Almási Balogh Pál, a gróf sokévi háziorvosa és barátja azt írja, hogy »kijelentém a grófnak, hogy ha egészségét visszanyerni kívánja, innen tüstént távoznia kell; hogy gyógyulásának mulhatlan feltétele mennél távolabb menni a fővárostól; de a gróf nem vala hajlandó az üdvös tanács elfogadására. Nem akarta hinni, hogy beteg. Csak következetes sürgetések szülének végre benne elhatározást. Másnap csakugyan kocsira ült társaságomban, de Buda alig vala hátunk megett s már a gróf kiszökött a kocsiból, kijelentvén, hogy nem megy egy tapodtat sem, hogy visszatér Pestre, hogy mint minister, helyét el nem hagyhatja, s hogy ő együtt kíván veszni, ha kell, honfitársaival. Csak erélyes sürgetések után sikerült őt rábírni, hogy ismét kocsiba üljön. A haladás azonban csak nevelé a gróf sötét melancholiáját. Szüntelen hazája szerencsétlenségét emlegeté s egész komolysággal fejtegeté, miképen nincs többé menekülés nemzetünkre nézve. Beteg képzeletének tükrében már látta ő hazánk fővárosát ellenséges, vad csordák által elpusztítva; a század egyik legpompásabb mesterművét, a Lánchidat a hullámok mélyébe temetve. Ilyenkor gyakran megkísérté őt az öngyilkosság daemona is, de lelki ereje nem engedé őt, a rossz játékosok ezen utolsó menhelyéhez, mint Napoleon nevezé. Ellenben számtalanszor nyilvánítá: mi örömmel ölelné a halált, mint ki már gyógyíthatatlan s ki többé hazájának hasznos tagja nem lehet. Ily leírhatatlan kínos gyötrelmek s a ledühösb rohamok gyakori kitörései közt, de mégis szerencsésen jutottunk Döblingbe, hol őt további orvosi felügyelés alá adtam át. Vérző szívvel hagyám lelki küzdelmei közt hazám nagy polgárát idegen arcoktól környezve, kik nem értik lelke magas vágyait.« Végül megemlíti dr. Balogh azt is, hogy akadtak olyan magyarok is, kik nem átallották alacsony gúnyaik, gyanusításaik és rágalmaik céltáblájává tenni Széchenyit, pedig hazánk, mely nagy férfiakban oly szegény, mint amilyen gazdag a tétlen szájhősökben, méltán fájlalhatja egy oly fiának szerencsétlenségét, ki életének minden percét hazája dicsőségéért és boldogságáért áldozta fel.«

M. K. Gy.

Az egyetemek székhelyén készült dolgozatokat az ottani egyetemi szakbizottság képviselőihez kell küldeni, a szerkesztőség csak az ő véleményük alap-

Három súlyos betegemet a betegség legkoraibb szakától kezdve végigészleltem. Rajtuk a következő tüneteket láttam:

A fertőző csíra behatolása és a betegség első tünete között eltelt idő 2—14 nap.

Ez alatt az idő alatt a betegen semmiféle tünetet nem látunk. A kezdeti tünet minden esetben több-kevesebb láz, 37.5—39.6-ig, belövelt torok, duzzadt tonsillák. Állandó és figyelmes észleléskor *a betegség első, esetleg második napján a tonsillákon éles szélű, szabályos háromszögalakú, egészen felületes, ezüstös szürke, mattszínű, fátyolszerű, bakteriumcoloniáknak megfelelő képletek láthatók, melyek szabályosan széjjelszórtan, mindkét tonsillán láthatók, nem szorosan egymás mellett, nem folynak össze, egészen felületesen a nyálkahártyán vannak, s nem a tonsilla mélyedéseiben.* Ugy fest, mint kezdődő közönséges vékony penészréteg valamely ételen, például sajton. Könnyen eltüntethető és a láz is megszüntethető chininurethan vagy solusalvarsan-injectioval, lápisos vagy salvarsanos ecsetelés mellett, ez azonban a későbbi fejleményeket nem akadályozza meg. *A torok nem fájdalmas.* Ez a mandulatünet egy-két nap alatt némely esetben a fenti kezelés után hat-nyolc óra alatt eltűnik, a beteg néhány óra alatt láztalan lesz, könnyen egészségesnek érzi magát, úgyannyira, hogy másnapra fölkel. *Ez véleményem szerint a betegség első szaka.* Vagy észrevétlen marad a torokban pár óráig látható képlet, vagy felületesen tüszőnek nézik, oly rövid ideig tart, hogy az orvos esetleg a kifejlődése előtt, vagy eltűnése után látta a tonsillákat és csak belöveltséget tapasztal.

Az első szak után a láz megszüntétől számítva kb. három napon át láztalan és látszólag teljesen egészséges az egyén. Ezután jönnek az általános, ismeretes Heine-Medin kezdőtünetek.

Súlyos esetekben nagy láz, — fejfájás, illetve némely esetben a gerincvelő gyulladási helyének megfelelő segmentumban a nyaki, illetve háti-gerincoszlopon pontosan lokalizálható fájdalom, a betegség jellegének megfelelő tünetekkel. *E második szak lázának kezdetétől számított kb. húsz óra mulva kezdődnek a bénulások.* A gyulladásos gerincvelőrészen villámszerűleg erős fájdalom kezdődik némely esetben, mely végigfut az egész idegen és rögtön meg is szűnik, az illető végtag e pillanattól kezdve petyhüdt, béna. Súlyos esetekben az első bénulás után egy-két napig újabb hüdések is keletkezhetnek. A bénulások visszafejlődése néhány hét mulva megindul, *súlyos esetekben csak hónapok mulva, lényeges javulás még 1½—2 év mulva is mutatkozik gyermekeknél.*

Felfogásom szerint a betegség két részből áll, ez az egyik oka annak, hogy a kórokozót még nem sikerült megtalálni, *mivel csak akkor figyelik, mikor az már vagy nincs a szervezetben, s csak toxinhatást fejt ki,* vagy pedig hozzáférhetetlen helyen, az idegrendszerben van.

Másrészt az eredményes gyógyítást s korai beavatkozást is az teszi lehetetlenné, hogy tulajdonképpen a betegség második, vagy éppen befejező szakasza kerül az orvos elé.

Kívánatosnak tartanám az elmondottak irányában a megfigyelések kiterjesztését a tonsillán látható, háromszögalakú felrakódások bakterologia kitenyésztési és mikroszkópos vizsgálatát, valamint állatkísérletek végzését, macskákkal, egerekkel, patkányokkal.

Járványtani megfigyelésem az irodalmi adatok szerint beilleszthető másoknak e tárgykörben tett észlelései közé, bár a macska fogékonysága meggyőző módon, laboratóriumi eszközökkel ezidőszerint még bebizonyítva nincsen, az utóbbi időben található beszámolás arról, hogy laboratóriumi virustörzset sikerült fehér egérre és patkányra átvinni, nem zárható ki tehát, hogy alkalmas körülmények között esetleg a macska fogékonysága is bebizonyítható lesz. Ujabban a városi szennyvízcsatornákból is fertőzött helyeken sikerült a virust kimutatni.

Azokon a helyeken, ahol a Heine—Medin-betegség tömegesen jelenik meg, szükséges volna a fertőzésnek kitett gyermekek naponkénti, esetleg többszöri vizsgálata, mert lehetséges, hogy láztalanul és tünet nélkül lezajló abortív esetekben is a fertőzés kapuján, a tonsillákon esetleg észlelhetők a fentebb leírt képletek, amiről feltehető, hogy a kórokozó tenyészete, másrészt a fent leírt tünetek észlelését mások is bizonyítanák, mivel a tonsilla-tüneteket, a betegségnek ezt az első szakaszát tudomásom szerint még senki sem írta le, bár az előzményben elég gyakran hallottunk előzetesen lefolyt »tüszősmandulagyulladásokról«.

Észlelésem leírásával célom a szakkörök figyelmének felkeltése, hogy az általam leírtakat mások is megerősítsék és így a betegség terjedésének megakadályozására és gyógyítására talán új útak fognak nyílni.

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

Sklerodermás betegek vérképe.

Írta: *Szép Jenő dr.* egyet. magántanár, adjunktus.

Egyik sklerodermás betegünk rendkívül nagy eosinophiliája (ismételt vizsgálatkor 27—49%) indított arra, hogy foglalkozzam a skleroderma-csoportba tartozó betegségek vérképével. Különösen az eosinophil sejtek viselkedése érdekelt.

A skleroderma-csoportba tartozó betegségek vérképének irodalma igen sovány, s főleg egy-egy esetre vonatkozik. A *skleroderma circumscriptum* eseteiben végzett kevés számú vérképvizsgálat meglehetősen egybehangzóan csaknem rendes cytologiai értékekről számolt be. Nem találtam adatokat a *fehérfolt-betegségre* és az *ainhumra* vonatkozólag. Megemlítem, hogy a White spot disease-t a német iskola kórszövettani vizsgálatok nyomán a sklerodermától független, önálló folyamatnak tartja. *Constantin-Levrat skleroderma diffusum* és *sklerodaktylia* eseteiben nem kapott jellemző vérképleletet; mások kisebb-nagyobb eosinophiliáról számoltak be, így pl. *Lipskerow* 90%, *Zehler* 12% eosinophiliát talált. *Keining*, valamint *Petelin* lymphocytosist észlelt. *Peyri—Cardenal* az általuk észlelt monocytosist belső compensatiós reactiónak fogja fel a reticulo-endothel rendszer működésének gyengeségével szemben, mely utóbbit endokrin, sympathikus, toxikus vagy infectiosus hatás következményének tart. Újszülöttek és csecsemők sklerodermás betegségeivel kapcsolatban *(adiponecrosis subcutanea neonatorum* és *sklerema neonatorum)* vérképvizsgálati adatokat nem találtunk. *Skleroedema-Buschke*-ban több szerző lymphocytosisról számolt be. Így *Hoffmann E.* 46%, *Freund* 35%, *Rummert* 35%, *Mayr* 43%, *Hofmann Edm.* ugyancsak 43% lymphocytát talált. *Ehrmann* és *Brünauer* a lymphocytosist magával a kórképpel hozzák összefüggésbe és nem tartják a megelőző fertőző betegségre utaló tünetnek, mivel azt tapasztalták, hogy ez a vérlelet a bőrelváltozás visszafejlődésével eltűnik, *Schnitz-*

ler a mult évben ismertetett két skleroedema esetet a »Dermatologica«-ban, melyek közül az egyikben 4%, a másikban 6.5% eosinophil sejtet talált.

Már említett esetem óta figyelemmel kísérem a sklerodermás és a skleroedemás betegeink vérképét. Tíz évre visszamenőleg *Horváth* dr.-ral átnéztem klinikánk e csoportba tartozó betegeinek kórtörténetét és összeállítottam vérképvizsgálataiknak eredményét.

Kórjelzés	Neutrophil %	Basophil %	Eosinophil %	Lymphocyta %	Monocyta %
Skleroderma circumscriptum	67	1	2	27	3
» »	68	2	2	25	3
» »	70	1	3	21	5
» »	66	0	4	14	16
» »	65	0	7	24	4
White spot disease	58	0	2	39	1
Skleroderma diffusum	64	2	3	29	2
» »	76	1	2	20	1
» »	60	1	6	27	6
» »	73	0	3	21	3
» »	64	0	6	14	16
» »	60	0	9	26	5
Sklerodaktylia	71	1	1	25	2
»	65	1	3	28	3
»	63	0	4	30	3
»	60	0	3	21	16
Skleroedema-Buschke	65	0	4	28	3
» »	55	1	3	36	5
» »	53	1	6	35	5
» »	72	2	0	21	5
» »	60	1	3	30	6
» »	34	2	49	13	2

Táblázatunk eredményeinek értékelése és tárgyalása előtt megemlítendőnek tartom, hogy egészséges ember vérképében az eosinophil sejtek %-a tekintetében nem teljesen egyöntetűek az adatok. Mert míg *Schilling*, a nagy fehérvérsejtkutató, rendes haemogrammjában 2% eosinophil sejtet tüntet fel, addig *Boros*, *Went*, vitéz *Varga* professzorok csak 4%-on felül beszélnek eosinophiliáról, viszont *Vámos* ½—1% eosinophil sejtet tart szabályosnak. Minthogy az eosinophil sejtek száma rendes körülmények között sem állandó (pl. télen kevesebb, nyáron több), továbbá rendes körülmények között oly csekély a számuk, hogy csaknem 100%-os számolási hiba is lehetséges, én csak a 4%-on felüli értékeket vettem megszaporodottnak.

Táblázatunk 22 sklerodermás beteg vérképvizsgálatának eredményét tünteti fel. Eltérést a rendestől csak szórványosan észleltünk. A neutrophil leukocyták számos esetben mutattak kisebb eltérést a szabályos értékektől. Figyelemre méltóbb eltéréseket észleltünk az eosinophil sejtek viselkedésében. A kifejezett és olykor nagyfokú eosinophilia mellett az esetek többségében — minden egyes sklerodermás kórképnél — e sejtek száma túlnyomóan a rendes értékek felső határán (3—4%) mozgott. Lymphocytosis inkább skleroedemában volt észlelhető. Skeroderma némely esetében feltűnő volt a nagyfokú monocytosis.

E vérképvizsgálatok eredményeiből azt látjuk, hogy bár mind az általunk olyik esetben észlelt, mind az irodalomban elszórtan található *nagyfokú eosinophilia nem jellemző a sklerodermás betegségekre*, mégis e sejtek száma többnyire a normális érték felső határán van. Az eosinophiliát okozhatja a beteg egyéb — a sklerodermától független — *belső betegsége, allergiája;* mivel azonban betegeinkben olyan belső betegséget, mely eosinophiliát okoz, nem találtunk, sokkal inkább gondolunk arra a fertőző, toxikus folyamatra, mely a belsősecrectiós rendszeren át magát a sklerodermát is okozza. Feltehető azonban az is, hogy az eosinophiliát maga a sklerodermás kórkép idézte elő azzal, hogy *a sklerodermás elváltozásokból felszívódó elvékonyodott és elfajult kollagen rostok hatására a lépben és csontvelőben mindig megtalálható eosinophil sejtek kisebb-nagyobb mennyiségben a vérpályába kerülnek.* Ezen az alapon arra gondolunk, hogy a felszívódó kollagen rostok az eosinophilia szempontjából olyan féle hatást keltenek, mint az idegen fehérjék. *Naegeli* szerint ugyanis az eosinophil sejteknek az a szerepük, hogy a parenteralisan a szervezetbe került idegen fehérjéket ártalmatlanná teszik. Sklerodermában tehát az eosinophil sejtek az elfajult kollagen rostok toxikus hatásától védenék meg a szervezetet. Erre vonatkozó vizsgálataink eredményéről külön közleményben számolunk be.

E vérképelváltozások jelentőségét főleg e kórképek *különböző szakaiban* végzett rendszeres vizsgálatok tisztázhatják és a különböző vizsgálók által észlelt eltéréseket megfelelően csak így értékelhetjük.

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET.

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

Kétoldali vesekő családi előfordulása. *L. G. Vogt.* Arch. f. klin. Chir. 203. 3. Szerző kétoldali vesekő családi előfordulását közli. Az első életévektől kezdve mindkét testvérnél, a gyermekkorban, először jobb oldalt, a későbbi években pedig bal oldalt is jól lehetett követni a vesekövek növekedését. Mind a két gyermeknél a betegség tünetei, annak lefolyása és a pathológiai leletek egymással megegyezőek voltak. Calciumoxalát kövekről volt szó és a vesekövek felépítése a két testvérnél teljesen azonos volt. A szerző ennek alapján öröklött anyagcserezavart tételez fel. (G. 58.)

Kós Rudolf dr.

Összehasonlító tanulmányok a műtétek előtti keringés-vizsgálat egyszerű módszereivel. *Zeus L.* (Arch. f. klin. Chir. 203. 2.) 120-nál több műtéttel kapcsolatban (legnagyobbrészt rectum cc.) négy különböző módszerrel vizsgálta a vérkeringést műtétek előtt. Az egyes eredményeket összehasonlítva, a postoperativ keringés-állapotok controlljával vonta le következtetéseit. Módszerei: I. A systoles és diastoles vérnyomást, pulsusszámot mérte Plesch tonoscillograph segítségével nyugalomban és testi megerőltetés (lépcsőn járatás) után s a kapott értékeket coordinata rendszerben registrálta, az időegység alatt a három adatból megrajzolt görbék eredőjét (Amplituden-Frequenz-Product. A. F. P.) véve jellemzőnek az egyes vizsgált egyénekre. II. Moritz és v. Tabora szerint a venás nyomás mérése műtétek előtt és után. III. Schneider Veritol-testjének meghatározása. IV. Az A. F. P. görbe vonalszerű ábrázolása, mint a keringő vérmennyiség kifejezője, 120 méteres magaslat meghatározott idő alatti megmászása előtt és után. (Tartós megterhelés.) Kitűnt, hogy a testi megterhelés utáni combinalt keringésvizsgálat (I. sz. módszer) éppen a postoperativ prognosis felállítása tekintetében az egész keringés-állapotról megbízható képet nyujt, anélkül, hogy a pillanatnyi keringés-állapotra vonatkoznék csupán. Különösen előnye a módszernek egyszerű volta, laboratoriumtól, személyzettől független; a képszerű eredményregistrálás pedig a kórlapokhoz csatolva, bármikor összehasonlításul szolgálhat. A tartós megterhelés-vizsgálattal

SENEGA és IPECACUANHA főzetek helyett
CALCIHERBA-tea
ÚJ EXPECTORANS
Már egy adagja szünteti a kínzó köhögést
Minden dobozon pontos utasítás

BÉHEPAR: MÁJINJECTIO B_1-VITAMINNAL
„CERTA" GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R.T. BUDAPEST

nyert eredmények különösen fontosak 40 év feletti szétesö, daganatos (gyomor-bél tractus) betegeknél, kiknél a többi vizsgálati mód még gyakran normalis keringési viszonyokat mutat. (G. 52.)
Szandtner György dr.

A haránteosikos izomzat regeneratiója. *G. Levander.* (Arch. klin. Chir. 202. 4.) A szerző tengeri nyúl combjának külső részeiből 1 cm hosszú és ½ cm széles izomdarabot vágott ki és ezt az állat hátbőre alá ültette be. Négy esetben végezte és a beültetett izomdarabot 4, 9, 12 és 15 nap mulva eltávolítva, szövettanilag dolgozta fel. A vizsgálatból kitűnt, hogy már 3 nap mulva megindul a beültetett izomdarab leépítése, kötőszövetté való átalakulása. A 9. napon kivett készítményen azonban újonnan képződött izomrostokat tudott felfedezni. Valószínűnek tartja, hogy a mesenchymaszövet alakul át izomszövetté. Megfigyeléseit v. Meyenburg és Pfuhl is megerősíti. Az egész folyamatot a csontszövettel hasonlítják össze, ahol szintén átmeneti szövetek szerepelnek. (G. 54.) *Pongrácz Ferenc dr.*

Csontáttétek röntgenbesugárzása. *A. G. Rössing.* (Arch. f. klin. Chir. 202. 4.) A szerző 38 rákos csontáttétről és annak rtg.-kezeléséről számol be. Az irodalom és saját megfigyelése alapján megállapitja, hogy 1. a radicalis műtét, rendszeres utólagos besugárzás mellett, könnyebben gátat vet a csontáttéteknek, mint a puszta tumor eltávolítása; 2. a korai átvizsgálást. rtg.-felvétel készítését a csontrendszerről sohase mulasszuk el; 3. az áttétes csontdaganatok besugárzás után, ha mindig nem is gyógyulnak meg, mégis a fájdalom kikapcsolásával kevesebb panaszt okoznak; 4. fontos a megfelelő sugár adag alkalmazása, mert a magas dosis a szervezet ellenálló erejét csökkenti, a csökkent adag pedig hatástalan; 5. a csontoló attetek rtg.-besugárzással jobban befolyásolhatók, mint a csontképzők; 6. a spontán törés besugarzás után teljesen meggyógyulhat; 7. igen sok áttétes esetben, főleg a fiatalkorban, a besugárzás eredménytelen marad. (G. 55.) *Pongrácz Ferenc dr.*

Az ujjak bőr alatti kötőszövetének szerkezete és ennek jelentősége a gyulladásos folyamatok ellátásában. *H. Schreiber.* (Arch. f. klin. Chir. 203. 3.) Szerző vizsgálatai alapján részletesen leírja az ujjak cutan és subcutan szövetének szerkezetét, mely a feszítő- és hajlító oldalon különböző. Tus-injectiók megerősítik a klinikai tapasztalatot, hogy a gyulladásos folyamatok helyi kiterjedésével az ujjak kötőszövetrendszere a döntő és nemcsak a mély nyirokutak lefutása. A kötőszöveti rendszerek ismerete lényeges támpontot ad az ujjak gyulladásos folyamatainak műtéti kezelésére nézve. Feszítő oldali ujjfurunculusoknál függőlegesen a mélybe vezetett metszéssel az egész háti kötőszövetrendszert kiadósan felnyitjuk, mivel a felülettel párhuzamos nyalábokat függőlegesen szétválasztjuk. Ellenben a hajlító oldalon a függőleges vágás mindig kevés kamrát nyit meg, csak azokat, amelyeket a függőleges metszés alatt futó nyalábok zárnak le. A hajlító oldal gennyedésnél — amely mint subcutan panaritium játszódik le —, a folyamat mélybeterjedését eredményesen csak úgy akadályozhatjuk meg szerző szerint, ha a volaris ujjszélen ellen-nyílást készítünk. (G. 56.) *Kós Rudolf dr.*

ORR-, TOROK-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

A jóindulatú hörgdaganatokról. *T. Leegaard.* (Acta Otolaryng. XXX. 5.) A szövettanilag gyakran atypusos, de klinikailag jóindulatú daganatok sokkal gyakrabban fordulnk elő, mint ahogyan az összefoglaló közleményekből kiderül. A bronchoskópia fejlődésével az észlelt esetek száma nő. A tüneteket részben maga a daganat okozza: köhögés, vérköpés, légzési zavarok, részben az előidézett másodlagos tüdőelváltozások, úgymint hörgszűkület, atelektasia, idült tüdőlob, hörgtágulat, tüdőtályog, stb. Három esetét közli, kik közül kettőben a vérköpés miatt a negativ tüdő- és köpetlelet dacára tüdőgümőkórt kórisméztek, a betegeket a családjuktól elkülönítették, évekig tüdőgyógyintézetbe internálták, míg végülis a hörgtöltéses rtg.-vizsgálat és bronchoskópia a baj felismerésére és meggyógyítására vezetett. Mindhárom esetében a daganatot diathermiás égetéssel roncsolta el. A kezeléseket néhány napos időközökben végezte és mindegyik esetben már az első kezelés után megszünt a vérköpés és vissza sem tért. A következményes bajok a daganat elpusztítása után lényegesen javultak, ill. gyógyultak. A szövettani szerkezetből bizonyos mértékig a sugárérzékenységre is lehet következtetni. Sugárérzékeny daganat esetében (a kezelés előtt próbakimetszés és szövettani vizsgálat végzendő) a diathermiás roncsolás után besugárzást is végeztet. A kezelés következtében porcelhalást, vagy egyéb károsodást egyszer sem tapasztalt. (A. 32.) *Zoltán István dr.*

A n. facialison és n. hypoglossuson végzett plastikai műtét. *Berggren* és *Froste.* (Acta Otolaryng. Vol. XXX. 4.) Fülműtétek utáni arcidegbénulás eseteiben

LIQUOR **HYPNOBROMID**
Kellemes izű 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

PRIMOVEROL
FORTE — MITE az ideális expektorans
hatása négy-ötször erősebb a senegánál, illetve az ipecacuanhánál
MABI, Szöv. S. A. terhére szabadon rendelhető

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

DESEPTYL-CHINOIN
streptococcus fertőzések chemotherapeuticuma
10 és 20 tabletta, 6 ampulla (2 és 5 kcm) kup, pulvis pro receptura

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

ajánlja alább ismertetett eljárásának kipróbálását.

9 é. fiún antrotomiát végzett. Az altatásból felébredve kiderült, hogy teljes j. o. arcidegbénulasa van. Még aznap sebfeltárás történt, amikor is kiderült, hogy az ideg roncsolt. A műtő csontos vályút képezett ki, majd a roncsolt végeket ebbe helyezte be és paraffintömést rátéve, a sebet zárta. A seb simán gyógyult, de a bénulás nem változott. Utókezelés massage-zsal, galvanisálással, farádozással, de javulás nincs, sőt izomsorvadás lépett fel. 3½ hónappal az első műtét után plastica: a n. hypoglossus leszálló ágát felpraeparálta, majd a sérülés helyén felszabadította az arcideget, a paraffintömést eltávolította, majd a foramen stylomastoideum alatt felsebezte az ideget és ebbe varrta bele a nyelv alatti ideg felkészített ágát. További massage és villanyozás. Már 1 hónappal később megindult a javulás, 3 hónap mulva a homlokizomzaton kívül a többi izomcsoport kielégítően működött. Az arc nyugalmi állapotban normalis, functiók (táplálkozás, szem zárása) kifogástalanok. (A. 30.)

Zoltán István dr.

A mykosis fungoides d'emblée jelentősége az orrgégegyógyászatban. *W. J. Pothowen.* (Der Hals- Nasen- und Ohrenarzt Bd. 32. H. 4—5.) A mykosis fungoides absolut rossz prognosisú és idült lefolyású bőrbaj. Helyesebb a granuloma fungoides elnevezés. Évekig tartó praemykotikus szak előzi meg, később a bőrön, esetleg a belső szervekben is granulatiós tumorok lépnek fel. Szövettanilag könnyen összetéveszthetők a sarkomákkal. A mykosis fungoides d'emblée-ben praemykotikus szak nincs. A felső légutak területén két alakban léphet fel: 1. gyorsan növő és széteső tumor alakjában (rosszindulatú daganattal téveszthető össze), 2. kifekélyesedő alakban (luessel, tbc.-vel, framboesiával, stb. téveszthető össze). Igen ritka megbetegedés, de ritkaságának egyik oka talán az, hogy igen nehéz kórismézni. Therapiásan megkísérelhető a rtg.-besugárzás, az egyes esetekben átmenetileg teljes tünetmentességet eredményez. Három esetét közli, mind a három néhány hónapon belül elpusztult. A baj két esetben az orrszárnyról, egy esetben az egyik orr- és arcfélről indult ki. Két esetben a besugárzás átmenetileg hatásos volt, egy esetben nem. Mindegyik esetben belső szervi áttételek is voltak (nyelőcső, bél, máj, sziklacsont, stb.). (A. 31.)

Zoltán István dr.

KÖNYVISMERTETÉS

A szülészet kézikönyve. Propedeutica. *Scipiades Elemér.* Az Athenaeum kiadása. 1942. Ára 65 P.

Az 526 oldalra terjedő könyv csupán első kötete a készülő és a szülészet minden részletkérdésére kiterjedő kézikönyvnek. Szerző a szülészeti propedeutica anyagát olyan terjedelemben, alapossággal és széleskörű tudással írta meg, amiért minden szakember és orvos hálás lehet. Több, mint négyévtizedes működése alatt szerzett gazdag tapasztalatait, sok kérdésben elismert és elfogadott egyéni elgondolását, felfogását közli elfogulatlanul e rendkívül részletességgel, páratlan irodalmi áttekintéssel megírt, maradandó értékű könyvben. Az egyes fejezeteken úgy a maga széleskörű, mint iskolájának, tanítványainak sokirányú értékes munkássága vonul végig. Alig van a könyvnek olyan fejezete, amelynek keretében szerző kutatásokat, vizsgálatokat ne végzett volna. Rendkívüli tudományos munkásságának és szinte hihetetlen nagy irodalmi ismereteinek gyümölcse e szép kiállítású könyv, amelynek minden oldala szerzőnek szaktudományunk iránti meleg szeretetét tükrözi vissza.

Előszavában a férfi és női bonctani-élettani különbségeket ismerteti a legaprólékosabb részletességgel, majd az utódok hálájával emlékezik meg a magyar szülészet és nőgyógyászat megalapítóiról, világhírű képviselőiről: *Semmelweis*-ről *Kézmárszky*-ról s tanítómesteréről, *Tauffer*-ről.

Hosszú egyetemi működésének tapasztalataival nyujt útmutatást arra, hogy a nőorvos miképen felelhet meg legjobban szülészorvosi hivatásának s rámutat azokra az utakra, amelyekről a keresztény ethika alapon álló orvosnak letérnie sohasem szabad.

A női nemiszerveknek, medencének, környéki szerveknek, a női nemiszervek ereinek, nyirokrendszerének, idegeinek bonctani tárgyalása kapcsán az elfogadott új elnevezéseket használja. Különösen részletes és értékes a medence fejlődésének és a medencét bélelő lágyrészeknek, valamint a méh helyzetének, statikájának fejezete, mely kérdésekkel szerző sokat foglalkozott. E részeket saját vizsgálatai és kutatásai alapján írja le. Legrészletesebb fejezete a könyvnek a női ivarszervek működéséről szóló rész. A havivérzésről, a változás koráról, a nemi elöregedésről, a havivérzés gyakorlati tudnivalóiról, a pete és a tüsző folyamatainak összefüggéséről szóló fejezeteket a világirodalomra kiterjedő részletességgel írta meg. A megtermékenyítésről, barázdálódásról, a fejlődő pete letelepedéséről, beágyazódásáról és az anya felőli tápláló források kiképződéséről, az embryonalis vérkeringés kialakulásáról, a csiralemezek fejlődéséről szóló fejezetek után a húgyszervek, belső- és külső nemiszervek fejlődését, a magzati vérkeringést, a lepényi vérkeringést és anyagcserét, a magzat életjelenségeit, az érett magzatot és a pete függelékeit tárgyalja a megszokott gondossággal. Különösen értékes a lepényről szóló rész.

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.
REX Gyógyszervegyészeti Gyár és Gyógyárukereskedelmi R. T. Budapest—Debrecen

Az utolsó fejezetekben a magzat méhenbelüli elhelyezkedését és a rendes terhesség időtartamát ismerteti.

Tömör, egyéni stílusú könyvében szerző mindenütt arra törekedett, hogy a latin és görög elnevezéseket új magyar szavakkal és kifejezésekkel helyettesítse. Ezeknek az új magyar szakkifejezéseknek egyrésze igen találó és jól hangzik.

Az úttörő könyv értékét nagymértékben emeli az 535 művészi kivitelű, rendkívül szemléltető ábra. Ezeknek a jórészt saját, másrészt más szerzők könyveiből és közleményeiből átvett, jól megválogatott ábráknak és táblázatoknak technikailag is elsőrangú, nagyszámú színes lenyomatai, pazar kiállításúvá teszik a könyvet.

Szakemberek és tudományos kutatók nagy segítséget és biztos kiindulási alapot találnak a rendkívül részletes, 32 oldalas tartalomjegyzékkel, 10 oldalas névjegyzékkel és 27 oldalas tárgymutatóval ellátott, nagy irodalmi áttekintést nyujtó értékes szakkönyvben, amelynek további köteteit érdeklődéssel, mielőbb várjuk. Az ízléses kiállítású, szép könyv az Athenaeum Rt. kifogástalan nyomdatechnikáját dicséri.

Vitéz Szathmáry Zoltán dr.

Az egészség testi és lelki forrásai. Irta *Weninger Antal dr.* Orsz. Közműv. Tanács kiadása. 1942. Ára fűzve 4.80, kötve 6.60 P.

A lélek szépségeiben és erejében hívő orvos-filosofus meglepő meglátásokban gazdag könyve az egészséges életről, annak fentartásáról és visszaszerzéséről. Ha itt-ott kritikába is száll az »anyagelvű tudománnyal«, de lényegében csak egyoldalúságát veti szemére és vak híveinek túlzásait is igyekszik annak felbecsülhetetlen megállapításait derűs életfilozófiájával szépség és lélekimádatával összekötni és kiegészíteni. Kétségtelenül derűs és vonzó olvasmány, ami gyógyít és vigasztal, biztat és nevel nemcsak testünk, de jellemünk, életfelfogásunk helyes kifejtésére és ápolására. Sok hypochonder és gátlásokban szenvedő ember lesz hálás a szerzőnek e nagy meggyőző erővel és jó tollal írt tanításokért. Mi orvosok is sokat tanulhatunk belőlük.

Vámossy.

VEGYES HIREK

GYÁSZHIR A HARCTÉRRŐL

A folyó háború orvosi rendünktől a harctereken nemcsak az ellenség fegyvere által követeli áldozatait, hanem a láthatatlan ellenséggel szemben is, melynek éppen az orvos az előharcosa.

A kiütéses typhus, mely az orosz lakosság között, különösen téli időben járványszerűen pusztít, honvédeinket is megtámadja. A veszedelmes kór ellen folytatott nemes küzdelemnek lett áldozata egy honvédhadosztályunk vezető orvosa: *Gátfalvi Ferenc dr.* orvos-őrnagy, a kecskeméti hovédosapatkórház bőrgyógyásza, ki november 27-én maga is megbetegedett és december 8-án 45 éves korában lelkes hivatásának áldozata lett.

Kedves bajtársunk és közszeretetben álló kartársunk, aki immár szerető hitvesétől távol a messzi orosz földben pihen, a legnagyobb áldozatot hozta a hazáért és embertársaiért: életét adta értük. Hűséges kötelességteljesítésével követendő példát mutatott valamennyiünknek. Emlékét kegyelettel fogjuk megőrizni.

Kovács Ferenc dr. orv.-őrnagy.

Halálozás: Durst János tb. vármegyei járási orvos 43 éves korában elhunyt.

Kitüntetett honvédorvosok. A Kormányzó Úr Ő Főméltósága Legfelsőbb elhatározásával az ellenség előtt tanusított vitéz és önfeláldozó magatartásukért a *Dicsérő Elismerést a hadiszalagon a kardokkal: Szi[illegible] Pál dr.* orvos-zászlós és *Nyakas Ákos dr.* orvos-zászlósnak, továbbá az ellenség előtt teljesített kitűnő szolgálatukért a *Dicsérő Elismerést a hadiszalagon: [illegible] György dr.* orvos-ezredes, *Mihályi István dr.* orvos-főhadnagy, *Bajtai István dr.* orvos-hadnagy, *Pongrácz Sándor dr.* orvos-zászlós, *Emődy Tamás dr.* orvos-százados, *Radocsai Lajos dr.* orvos-zászlós, *Tóth*

Sándor dr. VI. orvos-őrnagy, *Radnai Béla dr.* orvosszázlós és *Szendrey Imre dr.* tart. orvos-hadnagynak adományozta.

Angolkór elleni küzdelem. Az Országos Közegészségügyi Intézetnek az angolkór leküzdésére irányuló akciója keretében 1941 decemberében és 1942 februárjában 27.000 csecsemő részesült angolkórellenes védelemben olymódon, hogy 7.5 mg kristályos D^2-vitamint ½ cm^3 olajban oldva kaptak izomba fecskendezve. Erre igényjogosultak azok a szegénysorsú csecsemők, akik a közgyógyszerellátás terhére láthatók el, vagy zöldkeresztes tej-, cukorsegélyben részesíthetők és ezek száma az összes csecsemőknek mintegy 20%-át teszi ki. Az 1942 májusában megejtett ellenőrző vizsgálat a védelemben részesítettek 9.1%-án állapított meg angolkóros tüneteket. A megelőzési eljárás tehát mintegy 90%-ban bizonyult eredményesnek.

1941 novemberétől ugyancsak ellátott az Intézet D-vitaminnal 17.000 terhes és szoptató nőt. A felhasznált készítmény szárított, besugárzott élesztő volt. Ebből az anyák megfelelő mérce segítségével naponta egy grammnyit vettek be, mintegy 1500 egység D-vitamintartalommal. A készítményt hasonló igényjogosultsági feltételek mellett azok a terhesek és szülőnők kapták, akiknek szülése 1941 novemberétől 1942 júliusáig volt várható.

Mivel az előző idény folyamán szerzett tapasztalatok igen kielégítőek voltak, az Intézet a mostani tél folyamára az akció keretét lényegesen kibővítette, amennyiben 30.000 csecsemő és 30.000 terhes és szoptató nő D-vitamin ellátását biztosította. Így a Zöldkereszt működési területén valamennyi igényjogosult csecsemő angolkóellenes védelemben és valamennyi igényjogosult terhes és szoptató nő D-vitamin ellátásban részesül. Remény van rá, hogy az 1—3 éves korú kisgyermekek még ez idény folyamán megfelelően elláthatók lesznek D-vitaminnal.

A *csecsemők* 10 mg D^2-vitamint 1 cm^3 olajban oldva kapnak izomba fecskendezve. A tervezet szerint az 1—3 éves korú kisgyermekeknek is ugyanennyi D-vitamint fecskendeznének be. A *terhes és szoptató nők* drazsék alakjában kapják a D-vitamint, drazsénként 3000 egység D-tartalommal és hetenként 2 drazsét (egyenlő 6000 egység) vesznek be decemben 1-étől április végéig.

Az Intézet közbenjárásának és az érdekeltek megértésének eredményeként különös tekintettel az angolkórellenes védelem előmozdítására, az előállító gyárak együttesen *Calciferol* néven az eddiginél lényegesen olcsóbb új D-készítményeket hoznak forgalomba, mégpedig 5 mg D-vitamint 5 cm^3 olajban oldva perorális használatra 1.96 P gyógyszertári áron és 10 mg-ot 10 cm^3 olajban, ugyancsak belső használatra 2.94 P áron, míg 10 mg D_2-vitamin 1 cm^3 olajban, ampullázva, izomba fecskendezés céljára, ugyancsak 2.94 P-ért kapható a szegényebb néposztály részére.

Így azoknak a néprétegeknek is módjukban áll gyermekeiket angolkórellenes védelemben részesíteni, akik az ingyenes ellátásra nem jogosultak ugyan, azonban vagyoni helyzetükre tekintettel, eddig a D-készítmények beszerzése számukra olyan áldozatot jelentett, amelyre nem könnyen szánták rá magukat.

Értesítjük előfizetőinket, hogy az 1942. évi tartalomjegyzékeket a január 2-án megjelenő 1. sz.-hoz fogjuk mellékelni.

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.

1660/1942. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Csongrád vármegye közkórháza tüdőbetegosztályának *osztályvezető főorvosi* állására pályázatot hirdetek. A pályázat beadásának napja a Budapesti Közlönyben egyidejűleg megjelent hirdetmény harmadszori közzétételétől számított 15 nap. A pályázni óhajtók pályázati kérvényüket — közhivatalban lévők hivatali főnökjük útján — Csongrád vármegye főispánjához intézve, hozzám nyujtsák be. A pályázati kérvényhez eredetben, vagy hiteles másolatban csatolandó okmányokat, valamint a pályázati feltételeket a Budapesti Közlönyben megjelenő hirdetményünk részletezi.

Szentes, 1942 december 14.

Dr. Bugyi István sk.,
egyetemi magántanár,
igazgató-főorvos, alü. főtanácsos.

Budapest székesfőváros polgármestere.

2702/1942. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A székesfőváros közkórházainál megüresedett három al- és hat segédorvosi (belbeteg osztályon 1 alorvosi, sebészeti osztályon 1 segédorvosi, szülő- és nőbeteg osztályon 2 segédorvosi, szembeteg osztályon 1 segédorvosi, fülbeteg osztályon 1 alorvosi, urológiai sebészeti osztályon 1 al-, 1 segédorvosi és a bujakóros nőbeteg (zárt) osztályon 1 segédorvosi), továbbá az esetleges előléptetés folytán megüresedő segédorvosi állásokra pályázatot hirdetek.

Az állást elnyerni óhajtók hozzám címzett szabályszerűen felbélyegzett kérvényeiket *Budapest székesfőváros közkórházai központi igazgatójának hivatalában* (VIII., Gyulai Pál-u. 2. I. em.) 1942 december 28-án déli 12 óráig nyujtsák be.

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

Budapest, 1942 december 4.

Dr. Homonnay s. k., főpolgármester.

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

Expectin SOL. CSEPPEK
ingert szüntet, erélyesen köptet. Sz. főv. Alk. Segítőalapja részére szabadon, a M. kir. Honvédségnél E alatt engedélyezve
ELŐÁLLITJA ÉS FORGALOMBAHOZZA
Diachemia STRAUB SÁNDOR GYÓGYSZERÉSZETI ÉS VEGYÉSZETI LABORATÓRIUM, BUDAPEST, VI, TERÉZ-KRT 27
10 gr. ára P 2.20

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

...schein

DORMOVIT*

alvási zavaroknál

20—30 percen belül elaltat,
6—8 órás alvást biztosit,
friss ébredés mellett.

*) Furfurylisopropylbarbitursav

DIWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A.G., BERLIN-WAIDMANNSLUST

Magyarországi képviselet: Muzeum Gyógyszertár, Budapest, IV. Kossuth Lajos-u. 20

St. Blasien Szanatórium

800 m tengerszint felett, legkedvezőbb éghajlati adottságok, kimondottan gyógyklíma

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
Főorv. Dr. EMMLER A. sebész szakorvos

BLASIEN SZANATÓRIUM
im Hochschwarzwald. — Vasútállomás: Seebrugg
(Németország).

LEANDIN-CHINOIN

A nerium oleander leveleinek digitalis hatású glycosidája

CARDIALIS DECOMPENSATIO

minden esetére. Különösen javallt kezdeti állapotban, továbbá digitalist nem tűrő betegeknél, extrasystoliánál és prophylaktikus kezelésre

Solutio Tabletta Suppositorium

II. sz. SEBÉSZETI KLINIKA
KÖNYVTÁRA
Bp. VIII., Baross-u. 23-25

426678. — AZ ATHENAEUM IRODALMI ÉS NYOMDAI RT. NYOMASA, BUDAPEST. FELELŐS: KÁRPÁTI ANTAL IGAZGATÓ