

# 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. G. Gringorescu 5.  
Slovákiában: *Eleőd Solt.* Handels- u. Kredit-B. Bratislava.

**Előfizetési díj:** az »Orvosi Hetilap«-ra az »Orvos-  
tudományi közlemények«-kel együttesen egész évre 26 P,  
220 slk., 1000 lei, egyéb külföldre a belföldi díjak + portó-  
költség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyed-  
évre negyede, egy óra 2-50 P.

A »Magyar Orvosi Archivum« egész évre 10 P., 70 slk., 400 lei.

**Silargetten** Heyden

Prophylaxis és therápia: angina, pharyngitis,  
diphtheria, spanyolnátha stb. eseteiben

Gargalizálás helyett: Silargetten

Chemische Fabrik von Heyden Aktiengesellschaft, Radebeul - Dresden  
Magyarországon forgalomba hozza: Walter és Dummel, Budapest V, Mérleg-u. 10

# Prominal

(N-METHYL-AETHYLPHENYLBARBITURSAV)

a Basedow-kór kezelésében is bevált antiepilepticum  
kábitó mellékhatás nélkül

# Prominaletten

spasmolyticum

hypertonia, érneurózis, pertussis esetén és nappali megnyugtásra

**Prominal:** 10, 50 és 250 drb. 0.2 g-os tableta  
**Prominaletten:** 30 és 1000 drb. 0.03 g-os tableta

»Bayer«  
LEVERKUSEN

MAGY RORSZAGI VEZÉRKÉPVISELETEK

MAGYAR PHARMA GYÓGYÁRU B.-T.

BUDAPEST, V., Arany János-utca 10  
KOLOZSVÁR, Mussolini-út 18

WIRTH KÁROLY

Budapest,  
V., Báthory-u. 16<sup>a</sup>

E. Merck  
DARMSTADT

# ETOVAL

Hatásos elaltató  
és átaltató szer



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

# ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON.

Szerkesztőbizottság:

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

## PEKÁR MIHÁLY

1871—1942

A pécsi egyetemi belklinika őszi virágoktól színes földszinti betegszobájában október 29-én d. u. fél 5 órakor kitárta karjait az enyészet s halálos ölelésében utolsót dobant egy kiváló orvostudósnak és egy valóban jó embernek hetvenkét esztendőn át a tudomány, kulturális haladás és szeretet hármasságára lüktető szíve. Az áldozat: Dr. Pekár Mihály, az élettan érdemes tanára a pécsi egyetem orvosi karán.

Ravatalához halkán lépve közeledünk és szívünk csordultig megtelik metsző fájdalommal. Szinte lázadó lélekkel kutatjuk, miért kellett ennek így történnie? A jövőben miért kell nélkülöznünk sokoldalú tevékenységét, bámulatos szervező talentumát és ragyogó példaadását, amellyel a kötelességtudásnak, az emberszeretetnek és a honfiúi odaadásnak oly sokak által emlegetett, de kevesek által követett útját kijelölte.

De ne zúgolódjunk! Némissuk el sajtó fájdalomunkat s legyünk erősek és kemények, mert roppant tartozást kell lerónunk, amellyel neki adósai vagyunk. Örök hálával tartozunk azért a nagy lelkesedésért és önzetlen munkáért, amellyel a magyar orvos-, természettudományi művelődés és a magyar felső oktatás s elsősorban a sok balsors sujtotta pozsonyi-pécsi egyetem orvosi karának ügyét szolgálta. Mint Tóth Lajos munkatársa a kultuszminisztériumban hivatását abban látta, hogy nemzetünk orvostudományi előhaladásának ügyét előmozdítsa. Ezért ellenértékként semmit se kívánt, csak adott: lelkének és tudásának minden kincsével elhalmozta nemzetét s kulturánknak gazdag termést érlelő otthonokat: orvoskari intézeteket, laboratóriumokat teremtett. Mai tudós orvosnemzedékünkben sokan azokon a lépcsőfokokon emelkedtek a magasba, amelyeket Pekár Mihály rakott le.

Élete a szakadatlan munka sorozata volt. Tudományos munkássága az artériás és vénás vér koncentrációs viszonyainak, a rendellenes helyzetű szív működésének, a vagus-izgatás és újabban az insulin élettani hatásának megismerésére irányult. Nagyobb önálló műve »Az emberi test szerkezete és működése« címen jelent meg.

Tudományos és egyetemi oktatói munkássága mellett nagyszabású munkát vállalt az Erzsébet tudományegyetem megszervezésében. Hét évig volt orvoskari dékán, két évig prodekan s ezen kilenc év alatt három ízben kellett az egyetem alapításával járó szervezési munkálato-  
kat végigcsinálnia: először Pozsonyban, utána átmenetileg Budapesten és végül Pécsen. Az egyetem hontalansága és hanyattatása idején más feladatokat is vállalt; vezette a gazdasági hivatalt, irányította az egyetemi építkezéseket, megalapozta a diákjóléti intézményeket, igazgatója volt a Nagy Lajos- és Erzsébet-Kollégiumnak és az egyetemi menzának, alapítója és vezetője az orvoskari Tóth Lajos-könyvtárnak és sok egyéb intézménynek.

Mint embert a lélek finomsága és nemessége, meggyerő, gavallérmodora, baráti hűsége és társadalmi életében is megnyilatkozó meleg szíve tették általánosan becsültté.

Csoda-e, ha elhunyt a orvosi rend tagjain felül a jóbarátok és tisztelők hosszú sorát borítja mélységes gyászba? Hisz Pekár Mihályt mindenki szerette, tisztelte és nagyrabecsülte.

Az ő elhunytával az az érzésünk, mintha orvostudományi életünk lelkéből szakadt volna ki valami, ami eddig oly szervesen és elválaszthatatlanul odatartozott. 72 év s ebből közel egy félszázad a mozgalmas orvos-, természettudományi közpályán, annak is mindig az első sorában: oly tiszteletreméltó és bámulatos teljesítmény, mely csak kevés kiválasztottnak jut osztályrészül.

Ravatalánál mindannyian temetünk valamit: az idősebbek a letűnő nemzedék fátyolán áttűnő emléküket, a fiatalabbak egy remekbe szabott embernagyság személyes látványát, a magyarság pedig egyik legkimagaslóbb fiát, aki egész életén át nemzete javán fáradt.

Gorka Sándor dr.

A szilágysomlyói m. kir. állami kórház belosztályának közleménye.

## Légemboliák életveszélyességének elhárítása a légmell kapcsán.

Írta: Mártonfi István dr. igazgató főorvos.

Köztudomású, hogy a pneumothoraxnak létesítése légembolia veszélyével jár s habár a katasztrófák már ritkák, az életveszélyt elhárítani még nem sikerült. Sem az aspirációval is töltő készülékek, sem a tompa végű kanülök használata, sem oxigén vagy szénsav kezdőgáz tökéletes védelmet nem nyújtanak.

A töltések kapcsán nagyvérköri emboliát csak a vena pulmonalis rendszerébe került levegő okozhat, ami kizárólag csak a tüdőszövet sérítése útján következhetik be. Az érrendszer más helyéről anatómiai lehetetlenség a nagy vérkörben emboliát előidézni, amit az elméleti megfontoláson kívül az is bizonyít, hogy kiterjedt szövetközi emphysemák mindig simán szívódnak fel és soha sem válnak embolia okozóivá. A művi légmell készítésekor ezek szerint nem a kelleténél sekélyebb, hanem a mélyebb szűrások válhatnak veszélyesekké. Az éppen szükséges szűrési mélység egyénenként és a beszűrés helye szerint is változik s azért adott esetben nem mindig sikerül a kanüllel éppen az optimális mélységig hatolni és a körülmények kedvezőtlen összejárása esetén nem mindig fog sikerülni a tüdő megszűrésát elkerülni. A tüdőszövet sérülési eshetőségének csökkentését célozva keletkeztek a mellhártyaürbe tompán behatoló műszerek, illetve eljárások. A tapasztalat azonban azt bizonyítja, hogy ha a beszűrés helyén mellhártyaösszenövés nincsen, ha ott a tüdő nem heges s rendes rugalmasságát megtartotta, akkor a tüdő még a légmellkezelésre használtknál sokkal élesebb végű kanülök előtt is kitér s így ez esetben a mellhártyaüregebe hatolással a tüdőn sérülést előidézni majdnem lehetetlen. De ellenkező esetben, ha a tüdő heges vagy infiltrált s különösen, ha a behatolás helyén lapszerinti összenövés van, tompa végű kanülök használata mellett sem kerülhetjük el biztonságga a sérülést. Az éles, illetve a légmellkezelésre használt rövidre köszörült, féleles tűkkel mindenesetre sokkal egyszerűbb a manipuláció, mint a tompavégűekkel s mivel a tüdő megsérítése ellen ez utóbbiak sem nyújtanak tökéletes védelmet igen meggondolandó, hogy célszerűbb-e az egyszerűbb eljárást komplikáltabbal felcserélni.

Feltételezhető, hogy ma már a légmell készítésére alkalmatlan viszonyok között erőszakos töltést senki sem végez s ezért kizártnak vehető, hogy ezúton a vérkeringésbe nagyobb tömegű levegő juthasson, de sajnos, aránylag gyakran beáll a légembolia közvetlenül a beszűrés után is, amikor még a tulajdonképeni töltés kezdetét sem vette. E beszűrés emboliákért általában a töltőkészülék csőrendszerének levegőjét okolják s az elhárításukat célzó műfogások is ilyen meggondolás születtei (Kováts f. feeskendő). Azt hiszem, hogy e kezdeti emboliák keletkezésének ez a magyarázata nem mindenben fedi a tényeket. Habár a vena pulmonalis postcapillaris ágában uralkodó nyomásnak objektív megmérése lehetetlen, bizonyosra vehető, hogy belégzéskor — különösen a tüdő beteg és nem tágulékony helyein, úgy a mellhártyaürhöz, mint az alveolusok ürteréhez viszonyítva is negatív nyomás uralkodik.

A mellhártyaürhöz viszonyított nyomáskülönbség negatív irányban csak fokozódni fog; ha a pleurális ür nyomását előző töltésekből még visszamaradt légmell emeli. Ilyen körülmények között a kezdeti légembolia keletkezésének magyarázásához nem szükséges külső levegő beáramlását feltételezni, mivel annak előidézésére az alveolusok rendes levegőtartalma vagy esetleges légmell-reziduum is elégséges. Ez okból nem véd az embolia ellen tökéletesen az sem, ha kezdő gáznak a vérben gyorsan abszorbeálódó oxigént vagy szénsavat használunk, mivel a tüdősérülés következtében szükség-szerűen hozzákeverődik az alveolusbeli vagy a mellüregi levegő, ami nem abszorbeálódik.

A rendelkezésünkre álló betegvizsgáló eljárások a mellhártyaösszenövés jelenlétét legfőleg csak sejtetik, de biztos kórismézésük és főleg terjedelmüknek, helyüknek pontos megállapítása rendszerint csak a légmellkezelési kísérletek kapcsán derül ki. Mivel pedig a légmellkezelést még akkor is meg kell kísérelnünk, ha összenövésekre számítani lehet, a töltő kanül tüdőbehatolását biztonsággal elkerülni lehetetlen s ezért a légembolia előidézésének lehetőségé sem zárható ki teljesen. Mivel tehát az embolia ellen tökéletes védelmet biztosítani nem tudunk, meg kell kísérelnünk annak legalább az életveszélyességét kiküszöbölni, amire — azt hiszem — van lehetőség.

Az emboliák által kiváltott tünetek súlyossága elsősorban a megtámadott szerv életfontossági rangjától függ s a teljes tünetmentességtől a halálos végig minden fokozat előfordul. A légemboliák általában enyhébb ártalomnak minősíthetők, mint a vérrög által okozottak, mivel a levegődugasz összehasonlíthatatlanul gyorsabban szívódik fel s utána az embolizált ér — a vérrög-emboliától eltérőleg — nem záródik el és ha a szervezet az emboliát túléli, a vérkeringés ott újra helyreáll. Ha tehát a levegő felszívódására szükséges idő rövidebb, mint amennyi alatt az általa okozott keringési zavar mélyreható bántalmat okozhatna, a megtámadott szerv eredeti funkcióját visszanyerve a szervezet az emboliát múltó rosszullet árán teljesen kiheveri. Ez az oka annak, hogy amíg az arteriális keringésbe került véralvadékok nagyságuktól függően a test bármely helyén nagyon súlyos elhalásoknak válhatnak okozóivá, addig az arteriális légemboliák úgyszólván kizárólag csak az agyban váltanak ki viharos és életveszélyes tüneteket s itt is csak akkor, ha az embolia életfontos centrumokat ér.

Míg a bal kamrából levált vérrögök egyenlő gyakorisággal vándorolnak a test bármely pontjára s így az általuk előidézett emboliák csak aránylag kis százalékban székelnak az agyban, addig sajnos, azt kell tapasztalnunk, hogy a pneumothorax kísérletek előidézte légemboliák csaknem kizárólagosan az agyat érik. Ez az oka annak, hogy habár a légembolia súlyosságban elméletileg az egyéb emboliáknak messze mögötte marad, mégis aránytalanul gyakrabban halálos. Ha tehát a töltések alatt a vérkeringésbe került levegőt módunkban volna az agytól biztosan elterelni a művi légmellkezelés méregfoga ki volna húzva.

A vérrög- és a levegőembolia fönt leírt eltérő viselkedésének oka kizárólag az embolusok fizikai tulajdonságaiban keresendő. Míg a vérrel majdnem egyező fajsúlyú vérrögök a véráramban szabadon úsznak, addig a levegő nagy fajsúlykülönbségénél

fogva a vérrel szemben mindig a felszínre törekszik. Míg tehát a vérben szabadon úszó véralvadék útját a testben csak a pusztán véletlen határozza meg s azért számára a test bármely része egyenlő valószínűségű kikötőnek számít, addig a levegő mindig felfelé haladván útjának irányát s így végső elhelyezkedését is döntően befolyásolja az embolia keletkezésének idején elfoglalt testhelyzet. Annak, hogy a művi pneumothorax légemboliái mindig az agyat érik kizárólag csak az lehet az oka, hogy a töltéseket ülve vagy ha fekvő is, de mindenesetre emelt felső testtel végezzük. Ilyen testhelyzetben a vena pulmonalis útján a bal kamrába került levegő onnan az első systole alatt az aorta ascendens keresztül sietve távozik az arcus aortaeig, ennek felső boltozatában esetleg rövid ideig tartó örvénylés, és az utóbb érkező levegő mennyiségekkel egy nagyobb léghólyaggá növekedés után a számára egyedül természetes, sőt mondhatjuk lehetséges úton, a carotisokon keresztül, fölfelé, az agy felé kénytelen venni az útját, mivel emelt testtartásban a descendens felé haladnia fizikai lehetetlenség. *Nem kell tehát egyebet tennünk, mint a töltések alatt a beteg felsőtestét megfelelő mértékben süllyeszteni, miáltal az agyat a légembolia veszélyétől máris megszabadítottuk.* A süllyesztett felsőtesttartásban keletkezett légembolia az eddig leírttal homlokegyenest ellenkezően fog viselkedni. Ilyen elhelyezkedésben a bal kamrába került levegő — hacsak nem túlságosan nagy mennyiségű — onnan a legnagyobb valószínűség szerint nem megy tovább, de ha valamiképpen el is érné az aorta ívét, innen csakis a descendens keresztül — mely e testhelyzetben tulajdonképpen »ascendens« irányban halad — veszélytelen helyek felé fog távozni.

Az érrendszerbe került levegő aránylag gyorsan felszívódásra kerül. Még a vérkeringést elzáró légemboliák is átlag egy negyed óra alatt eliminálódnak s valószínű, hogy a szívben rekedt levegő a folyamatosan keringésben lévő vér közvetítésével még gyorsabban absorbeálódik. Az absorbtóra tehát átlag egy negyedórás időre van szükség s éppen ezért a töltések s főleg a sikertelen töltési kísérletek után hiba volna a beteg süllyesztett felsőtesttartását azonnal megszüntetni, hanem azt továbbra is mindaddig fenn kell tartani, amíg az esetleg a szívbe került levegő felszívódása valószínű, mert e nélkül a beteget a felkelés pillanatában is érheti embolia.

Elgondolásom szerint tehát a töltésekhez a beteget úgy kell fektetni, hogy feje és felsőteste a vízszintessel, attól lefelé, kb. 20—25 fokos szöveget zárjon be. Aszerint, hogy a beszúrást a hónaljvonalban vagy pedig a háti oldalon óhajtjuk végezni a beteg hanyatt vagy az oldalán fekszik s fejét csak oldalt fekvő helyzetben támasztja fel kis párnával. A töltés befejezése után pedig még egy negyed óra hosszát marad ebben helyzetben.

A süllyesztett felsőtesttartás kívánalma a töltés műveletét mindenesetre komplikálja és a kezelés időtartamát megnyújtja, ami — ha minden egyes töltést így óhajtánánk végezni — különösen nagyforgalmú gyógyintézetek és ambuláriumok ügykezelésében számbavehető hátrányt jelentene. Azonban azokban az esetekben, mikor a légmell már teljesen ki van fejlesztve s ahol a beszúrt kamra mindenütt légtérbe hatol, emelt felső testtel is veszélytelenül lehet tölteni s azért ezeknél teljesen felesleges volna eltérni az eddigi rendszertől.

20—25 fokban döntött felsőtestnél a mellkasi nyomás a felnyomuló rekesz miatt ugyan némileg növekszik, de ez a töltések síma lebonyolítását a legkevésbé sem akadályozza, ennek következtében azonban, ha töltés után fennálló helyzetben 0 mm körüli középnyomást óhajtunk a beteg oldalon elérni, akkor a töltést 1—2 Hg. mm. belégzési pozitív nyomással kell befejeznünk. A kezeléshez szükséges ferdesíki fektetéshez igen célszerűen használható a dönthető és minden helyzetben fixálható röntgen átvilágító állvány is, de ennek híján minden fekvőhely, melynek láb felőli végét kellő magasságra feltámasztottuk, megfelel a célnak. A betegek a leírt módon való kezelést tünetmentesen viselik el, sőt ha a töltés utáni negyedórára a fekvőhelynek 30 fokot meghaladó döntést adunk — ami igen célszerűnek látszik — ezt is minden panasz nélkül elviselik.

Minden elméletet csak tömeges kísérletek eredményével lehet bizonyítani s mivel ezt a rendelkezésemre álló csekély számú tüdőbeteggel csak hosszú évek múltán volna módomban nyújtani, a probléma fontosságára tekintettel célszerűnek láttam elgondolásomat a tömegesebb bizonyítás bevétele előtt közölni és azt a nagy beteganyaggal rendelkező kórházak felülbírálására és felülvizsgálására bocsátani.

A budapesti Horthy Miklós MÁV kórház és rendelő röntgenosztályának közleménye. (Osztályos főorvos: Hrabovszky Zoltán.)

### 13 év tapasztalata a röntgen-castratio terén.

Írta: Jóna István dr.

*Albers-Schönberg* kb. 35 évvel ezelőtt alkalmazta először rendszeresen állatkísérletek nyomán a röntgencastratiót myoma nőbetegeknél azon tapasztalat alapján, hogy a petefészkek működését megszüntetve a myoma visszafejlődik, mint azt a petefészkek műtéti eltávolításánál tapasztalták. Azóta a petefészkek besugárzásának javallatai megsokszorozódtak és ma indicatiós területébe tartoznak a myomán kívül a metropathiák, főleg a climacterium idejében lévők, továbbá a dysmenorrhoeák, oligo-, amenorrhoea, sőt a sterilitas is, nem számítva most egyéb nőgyógyászati besugárzásokat. Az első besugárzások óta természetesen sokat változtak, javultak a módszerek, melyeknek főoka a mai készülékek nagyobb teljesítőképességében rejlik. Eleinte több kisebb mezőből, később egy elülső és egy hátsó nagy mezőből történt a besugárzás; ma általában a *Seitz-Wintz* 4 mezős módszert, vagy nagy myomáknál a *Holfelder* ajánlotta 3 mezős (nagy hasi és 2 glutealis) besugárzást alkalmazzuk. A sugáradag nagysága is változott és míg eleinte mi is 550 r-t adtunk mezőnkint, ma 450 r-rel sugározzuk be betegeinket és tapasztalataink szerint ezen adag mellett is éppenúgy elegendő csaknem mindig két széria, mint a nagyobb adagnál. Kisebb dosisunkkal viszont elértük azt, hogy a bőrreakciók igen gyakran teljesen elmaradtak, vagy csak enyhe formában jelentkeztek. A két szériában adott besugárzással jól kiegyenlítődték azok a különbségek is, melyeket az okoz, hogy kövérebb betegben a petefészkek messzebb esnek a bőrtől és így a röntgensugárnak vastagabb rétegen kell áthatolnia, miáltal több nyelődik el belőle, míg eléri a petefészket. Bár

az amenorrhoeát egy szériával is gyakran elértük, mégis az első időket kivéve a hatás biztosítására mindig legalább két szériában sugároztuk be betegünket.

1927—1940-ig castratio céljából összesen 268 beteg sugároztunk be, akiket a jelen statisztika összeállításának céljából levélben kerestünk fel. Kérdéseink arra vonatkoztak, hogy a besugárzás után milyen panaszok voltak, meddig tartottak és milyen gyógyszert szedtek emiatt? — Milyen a besugárzott helyeken a bőr? — Vérzésük visszatért-e később és voltak-e a besugárzás óta teherben? — Kérdésünkre 186-an válaszoltak és statisztikánkban ott, ahol a feleleteket dolgoztuk fel, csak erre a 186 esetre támaszkodtunk, egyebekben mind a 268-at feldolgoztuk.

Számszerűleg és százalékban kifejezve a javalatok a következőképpen oszlottak meg:

|                    |               |
|--------------------|---------------|
| Metropathia haem.  | = 87 = 32.5%  |
| Myoma uteri        | = 123 = 45.9% |
| Fibromyoma uteri   | = 17 = 6.3%   |
| Endometritis haem. | = 25 = 9.3%   |
| Metrorrhagia       | = 12 = 4.5%   |
| Dysmenorrhoea      | = 4 = 1.5%    |

Erdekes, hogy az életkor szerint összeállított statisztikából az tűnik ki, hogy eseteink legnagyobb része inkább a climacterium ideje után került besugárzásra, sőt néhány betegünk már 60 éves is elmúlt és volt egy 80 éves betegünk is. Egyébként a megoszlás a következő:

|            |              |
|------------|--------------|
| 31 éves    | = 1 = 0.4%   |
| 36—40 évig | = 6 = 2.2%   |
| 41—45 „    | = 53 = 19.7% |
| 46—50 „    | = 96 = 35.8% |
| 51—55 „    | = 76 = 28.4% |
| 56—60 „    | = 27 = 10.1% |
| 61—70 „    | = 8 = 3.0%   |
| 80 éves    | = 1 = 0.4%   |

A szükségesnek látott szériák száma a következőképpen oszlott meg:

|                  |                    |
|------------------|--------------------|
| 1 széria kellett | 38 esetben = 14.2% |
| 2 „ „            | 211 „ = 78.7%      |
| 3 „ „            | 17 „ = 6.3%        |
| 4 „ „            | 2 „ = 0.8%         |

A fent felsorolt kórképek szerint pedig a szériák megoszlása a következő:

|                   |      |     |    |           |
|-------------------|------|-----|----|-----------|
| Szériák száma     | = 1. | 2.  | 3. | 4. széria |
| Metropathia haem. | = 21 | 64  | 2  | —         |
| Myoma             | = 8  | 101 | 12 | 2         |
| Fibromyoma        | = 1  | 14  | 2  | —         |
| Endometr. haem.   | = 4  | 21  | —  | —         |
| Metrorrhagia      | = 2  | 9   | 1  | —         |
| Dysmenorrhoea     | = 2  | 2   | —  | —         |

Egyik dysmenorrhoeás betegünk 40, másik 43 éves volt. Két betegünknek pedig, kiknek 4 szériára volt szükségük, abnormisan nagy myomájuk volt és vitiumuk miatt kellett lemondani az ilyen nagy myomáknál különösen szokásos műtétről. A szükséges szériák száma az előbb felsorolt kórképek között körülbelül egyformán oszlik meg, úgyszintén nem találunk említésre méltó különbséget a szériák száma és az életkorok közötti áttekintésnél sem. Legtöbb betegünket myoma, vagy metropathia miatt kellett kezelésbe venni.

Kezeléseinknél röntgenkáter kevés volt és lényegesebb kellemtelenséget betegünknek nem okozott, amit a kisebb dosisunk javára írunk. A káter megszüntetésére sós ételek fogvasztása általában elégséges volt, néhány esetben Vomisan-kúp szüntette meg a panaszokat.

A bőrreakciókat még a kezelés folyamán észlelhettünk és mint mondtuk előbb, 450 r-es adagok után csak kis százalékban jelentek meg maradandó pigmentációk, de azok is a beérkezett feleletek szerint 2—3 év alatt eltűntek és inkább csak az első időkben leadott 550 r utániak voltak maradandóbbak. Ezen betegünkknél most 8—10 év után is még látható a pigmentatio. A 186 beteg közül 38-nál (20.4%) néhány év alatt egészen elhalványodott a pigmentatio és csak 5-nél (2.7%) látszik meg jól ma is.

Erdekes, hogy néhány betegünk válaszában 5—8 évvel a castratio után jelentkező 1—2 napig tartó pecsételő vérzésről tett említést. Az akkor keresztül vitt nőgyógyászati vizsgálatnál azonban nem találtak erre semmi különös magyarázatot és a vérzések is megszűntek.

A 268 beteg közül csak egynél kellett a besugárzás ellenére műtétet végezni, mert vérzése erősen fokozódott; két másik betegünkknél pedig curettagera volt szükség.

Gondoltunk a késői petekárosodásra is és megfelelő eseteinkben figyelmeztettük a betegeket, hogy azonnal jelentkezzenek, ha teherbe esnek. Ilyen eset azonban nem fordult elő még annál a két fiatalabb betegünkknél sem, kiknek menstruációja 3 és 5 év múlva visszatért.

A kiesési tünetek általában kisebb zavarokat okoztak, súlyosabb panaszokat csak 4 betegünk említ. A 186 beteg közül climaxos panaszt 61 jelentett (32.8%), emiatt ovarium tablettát szedett 27 beteg (14.5%), míg a többi gyógyszert nem szedett (18.3%). Egyéb panaszokról, mint fejfájás, időleges fájdalmak, olykor göresök a hasban, szédülés, stb. 14 beteg (7.5%) panaszkodott.

Fentiekben voltam bátor beszámolni statisztikánkról 13 éves beteganyagunk kapcsán. Statisztikánk szerint a hatás elérésére 450 r mezőnkénti adag legtöbbször elég volt 2 szériában alkalmazva, mellékhatásokat azóta csak elvétve láttunk. A kiesési tünetek ezen kisebb adagok mellett nem voltak számottevőek és szervkivonatokkal mindig sikerült a panaszokat megszüntetni, vagy legalább is elviselhetővé tenni.

A székesfővárosi Madarász-utcai csecsemő és gyermek-kórház közleménye. (Vezető főorvos: Flesch Armin egyetemi magántanár.)

### Csecsemőkori bélfertőzések chemoterapiája.

Írta: Brenner József dr. orvos és Szauberer Margit dr. segédorvos.

A sulfanilszármazékokkal különböző coccus fertőzések eseteiben elért jó eredmények után felvetődött az a kérdés, melyik származéka lenne alkalmas arra, hogy a bélrendszer kórokozó csiráit helyben elölje anélkül, hogy a szervezetre toxikus távolhatást kifejtene. 1940-ben Marshall találta meg ezt a vegyületet a sulfaguanidinban, a sulfanilsav guanidin sójában.

Lazán szálló títalakú kirstályok, melyek vízben elég jól, híg savakban jól oldódnak. Alkaliakkal nem képeznek vízben oldható sókat. Ez magyarázza meg, hogy a bél alkálikus közegéből nehezen szívódik fel. Állatkísérletek szerint parenteralisan adva toxicitása kisebb mint a sulfanil csoport többi tag-



jainak. In vitro kísérletekben hatékonyabb a sulfapyridinnél. Minthogy a bélrendszerből csak minimalis mennyiségben szívódik fel, előnye, hogy ott rövidesen oly nagy concentratio érhető el, mely a belek Gram negatív kórokozóinak szaporodását megszünteti anélkül, hogy a szervezetben toxikus tüneteket okozna. Felveszik, hogy nemcsak specifikus tulajdonságai folytán fejt ki gyógyító hatását, hanem nagy tömegével elősegíti a legyengített vagy elölt kórokozók kiürülését, melyeknek helyét rövidesen elfoglalja a magasabb béltractusból levándorolt normalis flora.

Magyarországon először Csapó Szt. László kórházi osztályáról számoltak be, ahol dysenteria esetében alkalmazták csecsemőkön is. Tapasztalataikról, melyek megegyeztek az amerikai szerzők megfigyeléseivel, Érczy számolt be. A széklétszám 1—3 nap alatt csökkent, ezalatt a genny eltűnt, a betegek láztalanok lettek. 4—5 nap alatt teljes gyógyulás állott be, kivéve a régebben fennálló folyamatokat, hol már a mélyebb bélfalrtegek is sérültek. Ilyenkor ajánlják a gyógyszerlökés néhány nap mulva való megismétlését. Feltűnt a gyógyszerelést rövidesen követő gyors súlyemelkedés, melyet a már zavartalan felszívódással és folyadékpótlással magyaráznak.

Mi a Richter-féle sulfaguanidint 31 esetben adtuk. Nemcsak dysenteria, hanem súlyos táplálkozási zavarok eseteiben is, amidőn igen gyakori székek voltak nagyfokú elesettséggel, vízveszteség tünetei mellett, de hányás nem volt, különben szájon át adagolni nem tudtuk volna. Erősen hányó betegeknél nem teljesíthetjük az alapkövetelményt: rövid idő alatt magas concentratio létesítését a bélrendszerben. A készítmény csaknem teljesen íztelen, teában feloldva a csecsemők szívesen vették, tőle nem hánytak.

22 esetünk volt bacillaris dysenteria, 5 heveny tánlálkozási zavar, 3 decompositio gyakori híg székekkel, 1 béltuberculosis. A heveny vérhas esetek között 11-ben toxikus kísérőjelenségek mellett mutatkoztak a gennyesvéres székek. 3 esetünk idült volt.

8 dysenteriás csecsemőt átlagban 1 hetes megbetegedéssel vettünk kezelésbe. Közülük 4 dystrophiás volt. 4 csecsemőnk exsiccált volt, beesett kufacesal. aláárkolt szemekkel, száraz nyelvvel, csökkent turgorral. Ezeknél rögtön behozataluk után transfusiót végeztünk, hogy nagyfokú folyadékvesztésüket pótoljuk. Ennek megismétlésére a sulfaguanidin adagolása mellett a továbbiakban nem volt szükség. Betegeinknek általában öt és fél napig adagoltuk a gyógyszert. Ezen idő alatt beadott mennyiség 24—26 tableta volt, ami megfelel 12—13 grammnak. Az első három napban 4 óránként (éjjelnappal) 1—1 tablettát, további két, két és fél napban ugyancsak 4 óránként fél tablettát. Ez megfelel testsúlykilogramra átszámítva az első három napban pro dosi 0.08—0.10, pro die 0.5—0.6, a továbbiakban pro dosi 0.04—0.05, pro die 0.25—0.30 grammnak. Ezen adagolási mód mellett csecsemőink széklete 4—5 nap alatt pénessé vált. 2—3 nap alatt a vér és genny, majd a nyálka is eltűnt. Az átlagos 4—5 napi széklétszám leszállt 1.7-re. Feltűnt, hogy már az első napon súlyállás következett be, nem láttuk a teáztatás alatt egyébként gyakran észlelhető súlyesést. A 4—5. naptól pedig jelentős súlykötés mutatkozott. A székek számának és minőségének javulásával egynapban napi 60—70 gr. súlyemelkedést észleltünk, mely a továbbiakban is — bár kisebb mértékben — fennállott. A hőemelkedés is megszűnt az általános javulással egyidőben. Egyik 39° lázas csecsemőnk le-

lázatlanodott a harmadik napra, mikor a széklete normális lett, másik kettő subfebrilitása szintén a gennyes székekkel együtt szűnt meg az ötödik napon. Csak megemlítjük, hogy étrendjük az első nyolcon szokásos volt. 24—48 órai teáztatás után fiatalabbak lehetőleg női tejet, az idősebbek tehéntej-hígítást kaptak.

Toxikus esetünk 11 volt. Közöttük egyik 2, a másik 4 éves. Itt is átlagban 7 napos megbetegedéssel álltunk szemben. Azóta volt hasmenésük, sokat fogytak, étvágytalanok, bágyadtak, lázasak. Kettőn aznap reggel rángógörcs lépett föl. Mindegyik betegünk erősen leromlott állapotban volt. Dys-, sőt atrophiasak. Exsiccáltak, keringési zavarokkal (egy esetben scleroedema az alszárakon), merev tekintettel, mozdulatszegénységgel, toxikus légzéssel. Székletük véres-gennyes, naponta 6—8 ízben. A sulfaguanidin adagolással előbbi módszerünket követtük. Tekintettel a toxikus tünetekre, a nagyfokú kiszáradásra, bevezetésül Ringer-oldatnak bőr-alá ömlesztését és vérnek, olykor 20% cukoroldatnak érbe adását végeztük. Feltűnt, hogy 7 esetben elégséges volt az egyszeri parenteralis folyadékpótlás. A következő napokban további súlyvesztés nem lépett fel. Csecsemőink élénkebbekké váltak, nagymennyiségben fogyasztottak teát, szívesen táplálkoztak, sensoriumuk fokozatosan feltisztult, turgoruk javult, arcuk kitelődött, keringésük kifogástalanná vált. Ezen feltűnt gyors méregtelenítést nem lehetett az egy ízben végzett infusió és transfusió javára írni. Ilyen gyors javulás csak a sulfaguanidinnak a bélben kifejtett specifikus baktericid képességének lehet az eredménye. 2—3 nap alatt a székek jelentős javulást mutattak. A vér és genny mind kevesebb lett, a székek száma lecsökkent. Ezzel párhuzamosan méregtelenődött a szervezet, amit a magas lázak megszűnte is mutatott. Itt is észleltük a jelentős súlyemelkedést a 4.—5. naptól kezdve. Az adagolás 5-ik napjára a széklethől eltűnt a nyálka is. Ekkor hagytuk el a gyógyszert. Ilyen adagolás mellett egy ízben sem került sor egy második lökés alkalmazására. Betegeink teljes jó közérzet mellett jól tűrték a mesterseges táplálásra való fokozatos áttérést.

Egy esetünkben nehezebben boldogultunk. Öt hónapos atrophias csecsemőt 38° lázzal toxikus állapotban, kiszáradva, azzal a panasszal hoztak osztályunkra, hogy öt napja rendkívül bágyadt, mindent kihány, naponta 10—15 bűzös nyálkás széklete van. Teáztatás, infusio, tranfusio és 10×10 gr. nőtej adagolása mellett sem tisztult fel sensoriuma, lázai sem engedtek, súlyban zuhant, széklete mind gyakoribb lett. Széklet-anyagot már nem is tartalmazott és harmadnapra gennyes-véressé vált, de hányás már nem volt. Ekkor kezdtük meg a sulfaguanidin adagolását, három napig 6—6, további négy napig 3—3 tablettát. Tekintettel a szünni nem akaró mérgezéses állapotra az infusiót és transfusiót naponta ismételtük. Negyedik nap széklete már javulást mutatott (két ízben nyálkás), súlyesésben is megállt, de még mindig lázas és sensoriuma is zavart volt. Végre hetedik nap reggel láztalanul ébredt, élénk volt és nevetgált és azon túl naponta 60 grammal gvarapodott súlyban. Az egész idő alatt adott 15 gr. a csecsemő 4300 gr. súlya mellett meglehetősen magas, viszont a pro dosi 0.10—0.12 gr-ot testsúlykilogramra számítva nem léptük át. Toxikus tüneteket nem észleltünk. Az a vélemény alakult ki, hogy a gyógyszer adását a gyógyulásig nyugodtan folytathatjuk, mérgezéses tünetektől nem kell tartanunk.

3 toxikus dysenteriában megbetegedett csecsemőket elvesztettük. Ezeket rendkívül súlyos állapotban hozták. A sulfaguanidin széklejük minőségét nem, mennyiségét csak kis fokban befolyásolta. Állandó eszméletzavar, magas lázak mellett fokozatosan romló keringés tünetei között állott be a halálos kimenetel. Gyógykezelésünk sikertelenségét megmagyarázta a súlyos kórbonctani elváltozás. A mirigyes szervek zsíros, parenchymás degenerációja mellett az egyiknél a vékonybél fekélyes álhártyás, a vastagbél follicularis hurutos gyulladását, a másiknál a belek nyálkás sorvadását és hurutos vastagbélgyulladását, a harmadiknál az egész bélrendszer álhártyás gyulladását s bélfalvizényőt találtunk.

Idült dysenteriás betegünk három volt. Az egyik 2 éves fiú. Fél év óta volt állandó hasmenése, sokat fogyott. Ez meg is látszott rajta. Csont és bőr. Súly 5300 gr., megfelel egy 4 hónapos csecsemőnek. Csontrendszere rachitikus. Bőre tele volt borsónyi, mogyorónyi tályogokkal. Apatikusan feküdt ágyában. Széklete napjában négyszer volt, véres-nyálkás, rendkívül bűzös. Infusio, transfusio és egy napi teázta után 5 napig kapott sulfaguanidint a szokásos adagban. Étrendje 2 napig  $\frac{1}{2}$  tejnyák, majd  $5 \times 100$  gr vajpép volt. A javulás egész meglepő. Harmadnapra székletéből a vér eltűnt. Egyszer ürített formált székletet. Attól kezdve egy hét alatt 700 grammot hizott, bőre feltisztult. Diaetáját fokozatosan burgonyapürével, majd keksszel, hússal egészítettük ki. 4 hét múlva magától felült majd vegyes étrenden miközben alig tudtunk neki eleget enni adni, 11 hét alatt 3 és fél kg-ot hizott.

Másik 11 hónapos csecsemő, akinek egy hónapja voltak híg, fecskendő székletei. Állapota ismételt gyógykezelés ellenére sem javult. Súly, fejlettsége korának nagyjában megfelelt, azonban napjában 7–9 ízben voltak híg, fecskendő, időnként gennyes, véresíkos székletei. Őt is  $\frac{1}{2}$  tejnyák mellett 6 napig sulfaguanidin kezelésre fogtuk. Időközben két vérátömlesztést kapott. A nyolcadik napon székletszáma háromra csökkent, consistentiája pépes, s ettől kezdve naponta 70 gr-ot hizott. Visszaesést nem észleltünk.

Egy kilenéhónapos atrophias betegünket, kinél 1 hónapja állott fenn a dysenteria, elvesztettük.

Mint láttuk 22 súlyos fertőzéses vérhassal kezelt betegünk közül négyet vesztettünk el (18.1%), ami az átlagos 26–28, súlyos járvány esetén 50% halálozás mellett szép eredmény. Tekintetbe kell venni azt is, hogy betegeink igen rövid idő alatt, legfeljebb egy hét alatt gyógyultak, nálunk visszaesést soha nem észleltünk és megakadályoztuk a folyamat idültté válását.

5 esetben kipróbáltuk a gyógyszert súlyos heveny táplálkozási zavar esetében. A kórelőzményben 4–5 napi lázas hasmenés szerepelt. Mind rosszul fejlett és táplált, leromlott csecsemő, napi igen sok híg, vizes, nyálkás széklettel. Ezeket hamarabb értünk el eredményt. Már az adagolás második napján székletük pépessé vált, napjában egy, legfeljebb kettő volt, lelátalanodtak, súlyukban álltak, majd negyed, illetve ötöd napra súlyukban meredeken megindultak. Ezeknek a gyógyszert rövidebb ideig adtuk. 2–3 nap alatt 12–14 tablettát kaptak. Az első 8–10 adag itt is a testsúlykilogramra számított 0.10 gr volt.

Mint utolsó menedéket megkíséreltük két, haláluk előtt hat nappal osztályunkra hozott decomponált csecsemőn és egy súlyos béltuberculosisban szenvedő 15 hónapos kislányon, azonban a halálos

véget feltartóztatni nem tudtuk. A kórboncolás az előbbieknél a mirigyes szervek degenerációját, oititist, süllyedésszerű tüdőgyulladást, az utóbbinál miliaris tbc-t mutatott ki a nyelőcsőbe áttört elsajtosodott nyirokmiriggyel és az egész bélrendszer lencsényi tbc-s fekélyeivel.

Egy 4 hónapos decomponált csecsemő esetében azonban nagyon szép eredményt értünk el.

*Osszefoglalva heveny, toxikus és idült dysenteria, továbbá súlyos táplálkozási zavarok eseteiben sulfaguanidinnel elért eredményeinket, megállapíthatjuk, hogy sikerült a betegségek lefolyásának mind súlyosságát, mind időtartamát lényegesen csökkenteni. A kiszáradási és mérgezéses tünetek hamar szűntek, széklet rendeződött, láz elmúlt, s rövidesen jelentős súlygyarapodás köszöntött be. Visszaesést soha nem láttunk, a dysenteriának oly rettegett idültté válását nem észleltük, a halálozási szám lecsökkent. Káros mellékhatást nem láttunk. A sulfanil sorozat ismét egy hasznos taggal szaporodott, mely a bélfertőzésekben specifikusnak látszik.*

A komáromi közkórház sebészeti osztályának közleménye. (Főorvos: Király József.)

### A fossa supraclavicularisban levő idegen test.

Írta: Wuits Milán dr. segédorvos.

A fossa supraclavicularis sérülései, az ott áthaladó életfontosságú képletek miatt (a. carotis communis, v. jugularis int., n. vagus stb.) sokszor halálosak, miertis e sérülések ellátása különös figyelmet igényel. Ilyenkor nemcsak az elvérés veszélye fenyeget, hanem a tüdőcsúcs esetleges sérülése folytán és azt követő szövődmények miatt is veszélyeztetve lehet a beteg élete. (Mediastinitis, Empyema thoracis stb.)

Nissen és Middeldorpf felosztása szerint a tüdőt érő sérülések kétféleképpen jöhetnek létre. 1. Szúrás-lövés, 2. aspiratio útján. Az eredmény mindkét esetben igen súlyos szokott lenni.

A nyak és a mellkas idegen test által okozott sérüléseinek érdekes eseteit olvashatjuk Sheehan J. E. és Nekamura I. közleményeiben. Az első leírja, hogy az ő esetében a fossa caroticában ülő, fél évvel előbb oda behatolt 4.5 cm hosszú idegen testet távolított el s utána sima gyógyulást ért el. Nekamura pedig leírja, hogy egy betegén öngyilkossági szándékból a clavicula alá szúrt és oda behatolt késpengét bordaresectio segítségével tudta csak eltávolítani és szintén sima gyógyulást ért el.

Észlelt esetünket, amely a fentemlített sérüléseket együttesen foglalja magában, az alábbiakban szeretném ismertetni:

K. L. 56 éves napszámost fossa supraclavicularisban ülő idegen test sérüléssel folyó év március 5-én szállították be osztályunkra. Elmondta, hogy közvetlenül a behozatala előtt, erdőirtás közben egy ledőlő fa ága beletört a nyakába.

A magas, szikár, kissé elesett férfi nyakát jobbra tartja, izgatott, az arcán félelem tükröződik. A jobb fossa supraclavicularisban, a kulcsosont felett kb. 5 cm-nyire, a musculus sternocleidomastoideus középső részének laterális széle mellett 3 cm hosszú és 2 cm széles bőrfolytonossági hiány észlelhető. A seb mélyén bőr alatt betört érdes felületű idegen test látható, mely a sebet mintegy tamponálja. Jelentősebb vérzés nincs. P. 94 Rhythmicus, T. 37.2 C.

Szabályos előkészítés után behatolunk ferde metszéssel, amely a sternocleidomastoideussal párhuzamosan halad, tőle kissé laterálisan. A jobboldali fejbie-



centő izmot közép felé elkampózzuk és a sebet óvatosan fel- és lefelé tágitjuk. Ekkor kitűnt, hogy a fadarab közvetlenül a m. omohyoideus felső széle felett hatolt be, átfúrta a scalenus anterior rostjait és kissé oldal felé, lefelé és a mélybe irányult. A sebet jól széjjel-kampózzva, idegen testet csipeesszel próbáljuk eltávolítani, ami nem sikerül, mert az igen szorosan van beékelődve. Akkor a felső végét Lummiczer-ércsípőbe fogjuk és óvatosan, kicsi, billentő mozgásokkal kihúzzuk nagy figyelem és készenlét mellett elkészülve esetleges nagy vérzésre, amely a mély nyaki erek sérülése esetén várható lett volna. A hossza 7 cm volt. Kihúzása pillanatában látjuk, hogy nagyobb vérzés nincs, ellenben egy sajátos horkoló hangot hallunk, amely a légzéssel van összefüggésben. Törés után tisztázódik a kép, amennyiben először észre vesszük a szűrési csatorna középfalát alkotó nagy visszert, amelyen szépen látszik a visszafolyó vér hullámzása. A fadarab ugyanis közvetlenül a v. jugularis interna lateralis fala mentén hatolt be, de a véna fala sértetlen maradt. Továbbá azt látjuk, hogy a belülről horkoló szerv a jobb tüdőcsúcs, amelynek szöveteibe a fadarab vége a pleura-kúpon keresztül behatolt és az így támadt csatornán keresztül a levegő kifelé szabadon áramlik és ez okozza a horkolást. Tehát igen ritka és a fenti két esethez hasonló fajtájú sérüléssel állunk szemben. Sebet bőven ultraseptyl-urea porral hintjük be, tíz cm hosszú gumi-drainet vezetünk a sebcatorna mélyébe, egészen a tüdőszövetbe, körülötte jodoformgazecsesikós tamponat helyezünk be és a bőrnyílást varatokkal kissé szűkítjük.

Következő napon Röntgen-átvilágítást végzünk. Kitűnik, hogy a jobb tüdőcsúcs felett, de magába az apex felső részébe is behatoló sötétebb árnyék látszik, amely a clavicula alsó széléig terjed. Ugyanott látható a szádlőcső alsó pólusa is. Reggeli temp. 38,1°, analgeticumot és deseplyt adunk állandóan. Hatodik napon a hőmérséklete leesik a normalisra, varratok kiszedésekor a sebből seropurulens váladék ürül, a szádlőcsövet kieseréljük és tiszta kötést alkalmazunk. Továbbiakban a beteg láztalan, harmadnaponként kötést váltunk. A tizedik napon történt újbóli Rtg.átvilágítással azt látjuk, hogy a roncsolt rész kisebb lett, de a tüdő többi részeiben, mediastinumban és a pleurában semmi kórosat nem találunk. Sima gyógyulás után a beteg f. év április 8-án elhagyja a kórházunkat a következő lelettel:

Jobb fossa supraclavicularisban jól behámosodott heg. Rtg.-lelet: a jobb tüdőcsúcs sclerotikusan zsugorodott, kisebb az ellenkező oldalánál, a thorax többi részei épek.

**Összefoglalva** megállapíthatjuk, hogy az idegen test által történt sérülés rendkívül szerencsés módon történt; amennyiben közvetlen a mély nyaki erek mentén való behatolás ellenére azok sértetlenek maradtak, másrészt a sérült tüdő gyógyulása folyamán semminemű zavaró körülmény sem állott be. És végül, hogy a pneumo-, illetve pyothorax mégsem lépett fel és a gyógyulást nem complicálta, noha a pleurakúp és a tüdőcsúcs bántalma kétségtelenül fennállott, azzal magyarázható, hogy a betegnek jobboldali tüdőcsúcsi pleuralemezei hegesen össze voltak nőve és ennek köszönhető, hogy a lefolyás ilyen kedvező volt. Ily módon tehát a beteg kétszeres életveszélytől menekült meg és 33 nap után egészségesen és munkaképesen hagyta el kórházunkat.

## IRODALMI SZEMLE

### BELGYOGYASZAT

Rövatvezető: *Gömöri Pál és Binder László.*

**Az endarteriitis therapiája fennálló gangraena mellett.** *R. Paolucci di Valmaggione.* (Wiener Med. Wschr. 1942. 39. sz.) Az utolsó 15 év alatt az endarteriitis obliteransnál szóba jöhető összes műtéteket elvégezte, az eredmény azonban nem volt kielégítő és a legtöbb esetben a végtag amputációjára került a sor. Három év óta újabb therapiás eljárást követ, amely igen alkalmasnak látszik. E therapia három componensből tevődik össze: 1. Fürdőtherapia, mely kissé hosszadalmas és igen nagy türelmet kíván úgy a beteg, mint az ápoló-személyzet részéről. A beteg végtag 25 fokos vízbe kerül, amit ¼ óra leforgása alatt 45 fokra hevítünk, majd újból 25 fokra lehűtünk. Utána hideg zuhany, nedves selyemkötés, a lábat meleg gyapjútakaróval betakarjuk és meleg hópalackokat rakunk köréje, utána néhányórás massage. A fürdőt este meg kell ismételni. Ezt az eljárást legalább három hónapig kell folytatni. Ezen idő után át lehet térni a heti 2-3 fürdőre, amit a teljes gyógyulásig kell végezni. 2. Diaeta, mely áll nyers főzelékből, különösen paradicsomból, tej, hal, sajt, yoghurt, sok gyümölcs, tésztaféleségekből. 3. Vitamin-therapia: C- és D-vitamin-injectiók. Amíg a gangraena teljesen el nem határolódott, alkoholkötést alkalmaz, hogy a gangraena száraz maradjon. A gangraenás rész sebeszi leválasztása csak akkor történjék, amikor a demarkációs vonal már elég mély. Fontos a láb kicsontjának desartikulálása és semmiesetre sem amputálása, mert ilyenkor a hosszantartó osteomyelitis elkerülhető. Ezen eljárással a szerző egyszerű gyógyeredményeket ért el. Nyomatékosan figyelmeztet a dohányzás elhagyására, mert szerinte a betegség allergiás diathesis nikotin vagy, a füstben lévő égéstermékkel szemben. (B. 39.)

*Riedl Olivér dr.*

**Digitalis hatása az Ekg-ra.** *Sellmer.* (Schweiz. Med. Wschr. 1942. 23. sz.) Hatvan, részben egészséges, részben beteg szívű egyént vizsgált, hogy megállapítsa, melyik az a legkisebb digitalis adag és idő, mely Ekg. elváltozást okoz, ill. az elváltozás kifejlődéséhez szükséges, továbbá, hogy a digitalis adagolás abbahagyása után mennyi ideig észlelhető még az Ekg-n digitalis hatás. Az eredmény azt mutatja, hogy egészséges és beteg szíven egyaránt az ismert jelenségek, amilyen az S-T depressio, T hullám lelapulása, ritkábban P-Q meghosszabbodás, sinus arhythmia, block, jobb- vagy bal-szív túlsúly erősödése 0.1-0.5 g fol. dig. titr. hatására rendszeren 3 napon belül, kivételesen pár órán belül is bekövetkeznek és 2-3 hétig, kivételesen 4-5 hétig állanak fenn. (B. 43.)

*Vidra József dr.*

### Dermatologiai szakképzettségre törekvő

vagy szakvizsgás, kötelező katonai szolgálatának már eleget tett, öskeresztény.

## FIATAL ORVOS ELHELYEZKEDHET

Rövid életréssal ellátott ajánlkozást a kiadóhivatal továbbít

# NEOMAGNOL-CHINOIN

Erélyes hatású, teljesen ártalmatlan

FERTŐTLENÍTŐSZER

Tabletta és pulvis

10 és 50 tabletta

## KÖNYVISMERTETÉS

**Stomatologiai diagnosztika.** *Simon Béla.* (Univer-  
sitas, 1942. 492 oldal, 284 ábra, 9 táblával. Ára füzve  
45.— P, vászonkötésben 48.— P.)

Terjedelmes munkájában a szerző három részben tárgyalja anyagát. *A betegvizsgálat* című I. részben részletesen foglalkozik a betegvizsgálat eszközeivel és módszereivel, a körelőzményi adatokkal, majd a részletes beteg-, Röntgen- és laboratóriumi vizsgálatokkal. A II., *Tünettan* című részben 215 oldalon az egyes tüneteket tárgyalja, azok értékelését és a különböző betegségekkel való összefüggését világítja meg a kitűnő szakorvos meglátásával. A könyvhöz mellékelt 9 táblázat is ezt a célt szolgálja. A III., *Diagnosztika* című részben pedig a gyakorlati igényeknek megfelelően csoportosított betegségek kísérő és jellemző tüneteit ismerteti 176 oldalon számos fejezetben. Ez a III. rész a tulajdonképeni *diagnosztika* és ezt tartom a legjobbnak. Néhol ismétlések fordulnak elő, ezek azonban nem feleslegesek. Munkáját az egyetemi hallgatóknak és a szakorvosoknak szánta. Sok eredeti megfigyelés van benne, ami a széles látókörű, tapasztalt szakorvosra vall. Néhol kissé terjengős, de egyébként élvezetes, közvetlen előadási módja mindvégig leköti az olvasót. Számos kitűnő — jórészt eredeti — ábra teszi szemléltetővé a szöveget. Simon könyve: Stomatologiai diagnosztikának kissé túl terjedelmesnek tetszik, ami az áttekinthetőségét zavarja, egyébként hézagpótló, kiváló munka, mely szakirodalmunk gazdagodását jelenti.

A kiadó e szűkös világban túlságosan pazarul bánt a papírral. Szokatlanul széles margók, külön üres címlapokkal. A könyv minden szakorvosnak nélkülözhetetlen, de haszonnal forgathatják a gyakorlóorvosok is.

*Máthé Dénes prof.*

Novák Rudolf és Társa kiadásában megjelent

## ORVOSI MŰSZÓTÁR

Szerkesztette: dr. TORDAY FERENC e. tan.

MEGREDELHETŐ a B. O. U. kiadóhivatalában  
Budapest, VIII., Horánszky-u. 1.

Az 505 oldalas munka ára 16.— pengő.

# Logal

1 tableta tartalmaz :      Kipróbált szer, ártal-  
0.28 g. Acid. acet. sal.,      matlan a gyomorra  
0.013 g. Chin. citr.              és a szívre  
0.04 g. Li. citr.

## Antineuralgicum Antipyreticum Antirheumaticum Analgeticum

Mintával és magyar szakirodalommal szolgál :

### Dr. FILO JÁNOS

„Szent Keresztély” gyógyszerháza  
Budapest, VIII., Mátyás-tér 3. szám

Orvoskari Naptárunk helyes adatai érdekében kér-  
jük mindazon kartársainkat, kiknek neve a naptárban  
szerepel, hogyha nevük, hivatali beosztásuk, lakásuk,  
telefonszámuk az év folyamán megváltozott, azt szer-  
kesztőségünkkel közölni szíveskedjenek.

# SEDYLETTA

**tableta**    30×0.015 gr

Általános hatású psychikus meg-  
nyugtató, kltűnő spasmolitikum

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

Podmaniczky-gyógyszertár  
Budapest, VI

# LANACLARIN-CHINOIN

*HAZAI digitalis lanatából készült kristályos összeglycosida készítmény*

Gyorsan beálló, teljes digitalis-hatást ad!

Jól felszívódik, a gyomrot nem izgatja!

Solutio — Tableta — Injectio — Suppositorium

# 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

VÉR SZEGÉNY SÉG ELLEN

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



# HISTACON

*rheumaticus bántalmak percutan és elektroforetikus kezeléséhez*

Tartalmaz: Histamindisalicilat-ot és ACONIT-DISPERT-et elektromos áramot vezető kenőcsalapanyagban. A kenőcs Aconitin-tartalma nemcsak gyors fájdalomcsillapító, hanem potenciálító! Ezért hatása mélyreható és előidézett vérbősége és melegérzete órákig tartó!

**INDIKATIÓK:**

Myalgia, Neuralgia, Izomrheuma, sekundär chronikus subacut ízületi gyulladás, Infektarthritis, Sportsérüléseknél massage - kezeléshez.

Csomagolás: Tubus 10 g tartalommal (cca 25 kezeléshez)



**KALI-CHEMIE A. G. BERLIN**

Magyarországi képviselő: Wack Keresztély Budapest IX/8.

# Neohexal



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

Üvegcsőben 20 drb 0.5 g-os tablettá



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

# WANDERVIT-D<sub>2</sub>

(VIOSTERIN)

prophylaxisban kell rész sünie minden esetben 2 hónapos korától,  
2 éves koráig. Dragée vagy olaj alakjában.

## WANDERVIT-D<sub>2</sub> FORTE

az egyetlen D<sub>2</sub>-vitamin-öleés céljára szolgáló  
készítmény, amely 1 kem-es ampullánként  
15 mg D<sub>2</sub>-vitaminon kívül még

**50.000 I. E. A-vitamint**

is tartalmaz

**Dr. WANDER gyógyszer és tápszergyár r. t. Budapest**

# METALIX

Röntgenberendezések  
Orvosi elektromos  
berendezések  
Röntgencsővek  
Kvarclámpák  
*a legtökéletesebb kivitelben*

Szaktanács  
és tervezés:

**METALIX RÖNTGEN RÉSZVÉNYTÁRSASÁG**

Budapest, IV. Múzeum krt. 37. Tel. 182-680, 383-135

**PRURITUS**

**Heliobrom** SEC. MERZ  
OLDAT (bromtannincbamid) KENŐCS

Azonnal megszűn-  
teti a viszketési  
ingert és a vele-  
járó, a gyógyulási  
folyamatot akadá-  
lyozó vakarást.

Kapható  
gyógyszertárakban

**KAUZÁLISAN ÉS SYMPTOMATIKUSAN HAT**

## Aktualitások.

Az egészségügyi közigazgatás hivatalos lapjának cikkei arra mutatnak, hogy az eu. főhatóságot jelenleg elsősorban a cigánykérdés és házassági tanácsadás ügye foglalkoztatja. Mindkét kérdés igen sokoldalú és szoros összefüggésben áll a népbetegségekről szóló 1940. VI. tc. végrehajtásával. De orvosi és közegészségügyi vonatkozásain túl, szociális és közigazgatási, valamint fajvédelmi és gazdasági szempontból is nagy elméleti és gyakorlati fontosságú.

A cigánykérdéssel foglalkozó számos szerző egyöntetűen olyan következtetésekre jut, amelyek a jogállam szerepében tetszelgő liberális emlékün nevelkedett bürokrácia szellemével és rendszerével összeegyeztethetetlenek. Ezek a következtetések gyakorlati javaslatok, amelyeket a kérdéssel napi munkájuk során foglalkozó szakemberek tettek. Hogy semmi sem új a nap alatt, azt nemcsak a német és szlovák intézkedések mutatják, hanem *Szentkirályi Zsigmond* igen értékes cikke (Uj Magyar Múzeum, Kassa, 1942. I. k. I. f.), mely szerint már a cigányok vándorlása idején, a XV—XVI. században különleges és elrettentő intézkedéseket kellett velük szemben foganatosítani. A Népegészségügy szept. 15-i számában olvassuk *Barsy, Nagy, Okályi* kartársaink cikkeiben, hogy a művelt Franciaország is a jogi formások teljes sutbavetésével járt el velük szemben, mert eredmény csak így volt elérhető. Németország a fajvédelmi törvény alapján kényszersterilizálás és munkatáborba kényszerítés által védekezik, tehát a személyes szabadság és jogok rovására jár el. Szlovákia a szeszitalok kiszolgáltatását tiltja el a cigányoknak — igen helyesen —, mert szinte mind alkoholisták és bűnözésük elsősorban ezzel kapcsolatos vagy, szemérem és testi épség elleni cselekményekből áll. Kitelepítés, kényszersterilizálás és munkatábor azok a javaslatok is, amelyeket a magyar szerzők tesznek. A legenyhébb eljárás a külön cigánytelepek létesítése, amivel egyes haladottabb közületek a jelenlegi törvényes keretekben kísérleteztek. Bármi történjék is, óriási összegeket és nagy munkát igényel. Ismerve a »nincs rá költségvetési fedezet« sok más szakkérdésben is követett rendszerét, nyomatékosan hangsúlyozzuk, hogy ha semmi sem történik, az is rengeteg pénzbe kerül a cigányok kártételei, gyógyítási és fékentartási költségei révén. A régi recept szerint a kérdés elintézését egy nagyszabású és költséges adatfelvétellel indítanák meg. Ennek első feladata volna a cigányok számának megállapítása, ami pontosan nem lehetséges, még kevésbé lehetséges a rájuk eső közgyógyszerellátási, szegénygondozási, bűnügyi, közigazgatási költséghányad megállapítása. Teljesen lehetetlen az általuk okozott vagyoni, erkölcsi és egészségbeli károk összegszerű tisztázása. Ilyen adatszolgáltatás elrendelése tehát meddő és céltalan dolog volna, főleg akkor, ha annak *hamis* eredményei után is az tűnne ki, hogy nincs pénz a kérdés elintézésére.

A józan ész tehát a cigánykérdésben csupán egyetlen helyes kiindulási alapot ismer; annak nyílt, hivatalos beismerését, hogy a cigány, aki magát minden törvényes rend alól kivonta, nem egyenjogú állampolgár, vele szemben a köz csupán védekezésre köteles, segízésre nem. A védekezés célszerű módjaira nézve a rendes törvényes előírások nem mérvadóak, csupán a helyzet adta eszközök. Ezen eljárás mindazon cigány fajú és félvér egyénekkel szemben alkalmazandó, akik állandó lakással,

keresettel foglalkozással nem rendelkeznek, erkölcsileg kifogás alá esnek. Németországban a hasonló jellegű *nem cigány* elem részére »Aszocialis telep« létesül (Ghetto-rendszer).

A házassági tanácsadás kérdésében az 1111—1941. sz. rendelet végrehajtása során mindazon aggodalmak igazolódnak, amelyek a szakemberek részéről a törvény megalkotása előtt elhangzottak. A tárgyi igazság az, hogy a törvény végrehajtásának személyi, tárgyi és anyagi feltételei ezidőszerint nagy mértékben hiányzanak, főleg ott, ahol a tisztiorvosnak sem megfelelően felszerelt rendelő, sem szakorvos, sem tüdő- és nemibeteg gondozó intézet nem áll rendelkezésére. Valójában tehát csupán mennyiségben és minőségben szerény munka folyik a házasságok fertőző tüdő- és nemibajainak tisztázása érdekében. De máris hiányolják a szakemberek a fajvédelmi szempontból nagyjelentőségű örökléses terheltég megállapítását. E téren nem elég az öröklődő csiralevél-ártalmakra kiterjeszkedni, mert az idegrendszer, az elme minden komolyabb baja, a meddőség és a szociális viszonyok, erkölcsi érték is igen alaposan tisztázandó volna, ha azt kívánjuk, hogy a házasság egészségi, faji és szociális szempontból az állam, társadalom, nemzet érdekeit és értékgyarapodását szolgálja. *Biró Béla* egyetemi m. tanár »A minőleges népesedés politikai multja« című, adatokban gazdag cikkében (Any- és gyermekvédelem 1942, okt.) a házasság kérdésébe az állam beavatkozásáról mutatja ki, hogy ez sem új, mert már az ókori hindu, egyiptomi, görög és római kultúrákban megvolt. Persze minden kor a saját jellegzetességének megfelelő módon és színvonalon avatkozott a kérdésbe, de az alap, a faj egészségügyi, erkölcsi és szociális védelme ugyanaz volt, ami ma, a tudományos örökléstan és politikai fajvédelem korában. A mi házasság előtti tanácsadásunk, illetve az orvosi vizsgálat kérdésében nehéz volna megállapítani, hogy mi a legnagyobb baj. Az-e, hogy a házasságok csak akkor szánják rá magukat erre a lépésre, amikor már ki van tűzve az esküvő napja és a tilalom súlyos anyagi és érzelmi érdekeket sért, vagy az, hogy a jegyespár már megkezdte a közös nemi életet. Vagy az, hogy a feleket legjobban ismerő pénztári-, községi- és körorvosnak semmi érdeke sem fűződik ahhoz, hogy a házasságok öröklött és fertőző bajait feltárja és ezzel az utódok érdekében nem kívánatos házasságokat megakadályozza, illetve elhalasztassa. Legvalószínűbb mégis az, hogy a legszélesebb néprétegek egészségügyi műveltsége, szociális lelkiismerete és engedelmessége hiányzik ahhoz, hogy a házassági tanácsadás teljes sikerét a maguk közreműködésével előmozdítsák.

Ezért mind a cigánykérdés, mind a házasság előtti orvosi vizsgálat ügyében arra a következtetésre kellett jutnunk, hogy minden kultúra a maga tetőfokán az élet összes kérdéseit korszerűen megoldja. A legújabb kor kultúrája azonban — amelyet a természettudományok előretörése és a tárgyilagos szociális szemlélet jellemez, — még a vezető államokban sem jutott el a kiteljesedésig. Még kevésbé csonka, szegény és emiatt sokban elmaradott hazánkban, ahol a kultúrérzék és vezető elmék megvannak, de az anyagi alap és a széles művelt réteg hiányzik és emiatt a fejlődés csak formai téren versenyképes. A kultúrfelület tehát be van futtatva korszerű eszmékkel, csak éppen azok mélyrehatóssága hiányzik. Ebből viszont világos, hogy bár az újabb reformok

szükséges és hasznos volta nem vitatható — a külföldi példák tanítanak és követésre kényszerítenek, — de mégis előbbrevaló volna a már megalkotott törvények és rendeletek szellemének szakszerű és alapos szolgálata, azok teljes végrehajtása útján. Hogy ez eddig miért nem történt meg, azt jól tudjuk. Hiányoztak a szükséges anyagi eszközök és a szakemberek inézkedő joga. Ez az, amit 1920 óta követelünk, amiben a hatósági orvosok szakképzésével és államosításával jelentős előhaladást tettünk, de amiben még minden téren — elsősorban szociális vonatkozásban — távol vagyunk attól a mértéktől, amelyre az ügynek a köz érdekében szüksége volna. A növekvő orvoshiány, a kérdések helyesebb általános megismerése és a közigazgatásban is mutatkozó munkaerőhiány alkalmas arra, hogy ezen a téren a korszerű és célszerű eszközök alkalmazását fokozottabban biztosítsa. E téren csak az egészségügyi törzskönyvrendszer gyakorlati megvalósítása biztosíthatja mindazon adatok korszerű összegyűjtését és értékesítését, amelyek a korszerű, szakszerű és célszerű egészségpolitika egyedül biztos alapját szolgáltathatják.

Zemplényi Imre dr.

## LAPSZEMLE

**Münchener Medizinische Wochenschrift.** 42. sz. *Lange M.*: A környéki idegek lövészi sérüléseinek operatív kezelése. *Arneht I.* Nekrosisok intramuscularis Eubasin-kezelés után. *Rösgen W.* és *Mamier.* Fagyás utáni skleroderma esete. *Lütgerath F.* Gyógyintézetű megfigyelések a másik tüdőfél viselkedéséről egyoldali legmellkezelés után.

**Wiener Klinische Wochenschrift.** 42. sz. *Neuber E.* Gümös borbántalmak új gyógymódja. *Reuss A.* A kisgyermek táplálása. *Roubicek I.* és *Viklicky I.* Adat a jóindulatú lymphocytás meningitis kérdéséhez.

**Schweizerische Medizinische Wochenschrift.** 43. sz. *Edens E.* Digitalisglykosidák mellékhatásai mint túlérzékenységi jelenségek. *Hochrein M.* Az angina pectoris kezelése. *Meulengracht E.* Az ulcusbetegség belgyógyászati kezelése és ennek szövődésményei. *Salomon H.* Sömentes étrend különleges alakja a hasmenések kezelésében. *Eckstein A.* Megfigyelések a szoptatott csecsemők szabad táplálásáról. *Rohmer P.* Csecsemők oto-mastoiditis utáni emésztési zavarainak kezelése. *Kramár J.* A fejlődés korának farmakológiája, új munkaterület a farmakologia és gyermekgyógyászat között. *Rondoni P.* A sejt rákos átalakulásának lényege és a biológiai rákgyógyítás kilátásai. *Obernödorfer S.* Praecancerosis és próbaexcisio. *Lenormant Ch.* A sulfamidtherápia sebészi alkalmazásai a friss sérülések kivételével. *Lüscher E.* Sufanilamidkezelés az oto-rhino-laryngológiában. *Amsler M.* A Gonit műtét sürgősségéről. *Roskam I.* Hogyan lehet előmozdítani a spontán haemostasist? *Gaifami P.* Distrophiás vulvovaginitisek hormonális kezelése.

## 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. kórház Szklőv. Alk. Segítő Alapja. Kerek. Segítőegyl.

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

DR. SIMON BÉLA:

# STOMATOLÓGIAI DIAGNOSZTIKA

Diagnosztikai szempontból a stomatológia teljes anyagát felölelő mű.  
32 ív. 492 szövegoldal, 284 ábra, IX tábla és betűrendes tárgymutató.

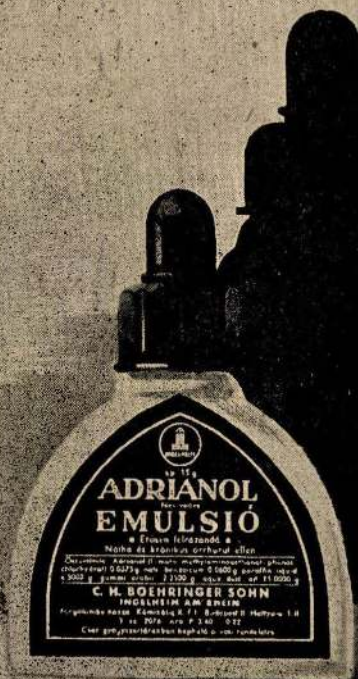
*Mint hogy e tárgykörből sem magyar, sem idegen nyelven összefoglaló tankönyv még nem jelent meg, minden orvostanhallgatónak, szakorvosjelöltnek és gyakorló fogorvosnak nélkülözhetetlen kézikönyv.*

Fűzve: 45.— pengő

Vászonkötésben: 48.— pengő

UNIVERSITAS KIADÁSA.

Megrendelhető a kiadónál, Budapest, V., Vadász-u. 16, vagy ugyanazon a címen a Révai Irodalmi Intézetnél.



*Az orr burutjai az*

## ADRIANOL<sup>®</sup> EMULSIÓ

*alkalmazásával egyszerűen, biztosan és gyorsan  
kezelhetők, megrovidíthatók és megszüntethetők.*

C. H. BOEHRINGER SOHN INGELHEIM AM RHEIN

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

# MANDURIN Ca: CYSTITISRE, PYELITISRE, HÓLYAGÉRZÉKENYSÉGRE

„CERTA” GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R.T. BUDAPEST

## VEGYES HIREK

**Személyi hír.** *Neuber Ede* jr., egyetemi nyilv. r. tanár, a budapesti bőrklinika igazgatója a szófiai egyetem tanácsának és orvosi tanártestületének felkérésére 1942. október havában a szófiai egyetemen a fertőző bőrbetegségek, főleg azonban a bőrtuberkulózis kórismézése és gyógyítása terén végzett kutatásainak eredményéről előadásokat tartott. — *Szilágyi János* dr. marosvásárhelyi orvost működésének 50 éves évfordulóján a kolozsvári tudományegyetem aranydiplomával tüntette ki.

**Went István** prof. 10 éves tanárságának méltó megünneplésére egy 510 oldalas előkelő kiállítású könyvben gyűjtötte össze tanítványainak dolgozatait *Lissák Kálmán* rk. tanár, a debreceni élet- és kórtani intézet adjunctusa. 35 komoly kísérleti munka 21 szerzőtől tesz tanulságot arról, hogy ez a 10 esztendő milyen lázas munkában telt el és mit termelt ki tudományos kérdések megoldásában és embereken. A vaskos kötetet a Tisza István Tud. Társaság adta ki elsőrendű papíron és nyomásban. Őszinte elismeréssel köszöntjük első deceniumán a kiváló professzort és munkatársainak lelkes gárdáját.

**Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága** értesíti az érdekelteket, hogy Prof. Max Gundel (Wien) november 11. és 12-ére a Budapesti Tudományegyetem Közegészségtani Intézetében hirdetett előadása az előadó betegsége miatt bizonytalan időre elmarad.

**Sub auspiciis gubernatoris doktorraavatás.** A debreceni Tisza István tudományegyetemen okt. 28-án az *orvostudományok sub auspiciis gubernatoris doktorává* avatták *Váczai Lajos* doktorjelöltet. A kormányzó képviselőletében az avatási ünnepségen *Fáy István* vallás- és közoktatásügyi államtitkár jelent meg.

**Orvosdoktorra avattattak**, a pécsi tudományegyetemen okt. 28-án *Sugár Erzsébet*, *Sára Gyula*. Üdvözljük az új kartársakat!

**Előfizetőink figyelmébe!** A posta munkatorlódás miatt lapunkat csak késve tudja kézbesíteni. Kérjük előfizetőink türelmét, mert lapunkat, ha — hibánkon kívül — késve is, de megkapják.

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

## HETIREND

**Hétfőn, 9-én 6 ó.** a Bp. Orvosi Kör ülése. *Plenczner S.*: A szív elektromos jelenségei és azok graphikus ábrázolása.

**Kedden, 10-én 5 ó.** a Magy. Gyermekorvosok Társaságának ülése. *Szauberer M.*: Koponyacsonttörések csecsemőknél. *Voltay B.*: Gyógyult mellkasi tumor. *Kiss P.*: Szokatlanul súlyos »serumbetegség«. *Geldrich J.*: Brachydaktylia. *Gerlóczy F.*: Otogen toxicosis érdekesebb esetei.

**Kedden, 10-én 7 ó.** a Bp. Orvosi Kör ülése. *Körösy F.*: A sulfanilamidok hatásának fizikális kémiaja és az ebből levonható következtetések az orvosi gyakorlat számára.

**Szerdán, 11-én 6 ó.** A Közkórházi Orvostársulat ülése. *Borostyánkői F.*: Az insulinnal való takarékoskodás háború alatt. *Piri L.* és *Balló T.*: Agyműtétek közben fellépő vérzések csillapítása emberi vérsavóval.

**Pénteken, 13-án 6 ó.** a Bp. Kir. Orvosegyesület ülése. Előadások: *Müller F.*: A negyedik nemibetegség (lymphogramuloma inguinale Nicolas-Favre) kór- és gyógytana, különös tekintettel a súlyos, késői tünetekre. *Kassay D.*: Az orrmelléküregek töltéses Röntgenvizsgálatának értékéről.

**Szombaton, 14-én 6 ó.** A Magyar Dermatológiai Társulat ülése. Tárty: Betegbemutatók. Előadás. *Henszelmann A.*: A röntgen bőr és az idült röntgenfekély.

## TARTALOM:

- Gorka Sándor:** Pekár Mihály 1871—1942. (533. oldal.)  
**Mártonfi István:** Légemboliák életveszélyességének elhárítása a légmell kapesán. (534—535. oldal.)  
**Jóna István:** 13 év tapasztalata a röntgen-castratio terén. (535—536. oldal.)  
**Brenner József és Szauberer Margit:** Csecsemőkori bélfertőzések chemotherapiaja. (536—538. oldal.)  
**Wuítz Milán:** A fossa supraclavicularisban levő idegen test. (538—539. oldal.)  
**Irodalmi szemle.** (539. oldal.)  
**Könyvismertetés.** (540. oldal.)  
**Zemplényi Imre:** Aktualitások. (543—544. oldal.)  
**Lapszemle.** (544. oldal.)  
**Vegyes hírek.** (546. oldal.)  
**Hetirend.** (546. oldal.)

**FELELŐS KIADO: VAMOSSY ZOLTAN.**

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

# Expectin

SOL.  
CSEPPEK

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

ELŐÁLLITJA  
ÉS FORGALOMBAHOZZA

**Diachemia**  
STRAUB SÁNDOR  
GYÓGYSZERÉSZETI ÉS VE-  
GYSZERÉSZETI LABORATORIUM,  
BUDAPEST, VI, TERÉZ-KRT 27.



friss  
növényekből  
standardizált gyógyszerkészítmény



vizsgálatok biztosítják a

# TEEP készítmények

pontos összetételét és  
megbízhatóságát.

**Belladonna Teep és mite forte**  
1 tabl. = 0.5 ill. 1 mg Atropin-  
pinnal aequivalens összáalkaloída

**Digitalis Teep**  
1 tabl. = 0.05 g standard Digi-  
talis levélpor hatásértékével

**Valeriana Teep**  
1 tabl. = 0.125 g friss radix  
valeriana összáhatóanyaga

**Viscum Teep**  
1 tabl. = 0.12 g friss viscum  
alb. összáhatóanyaga

Tartalmazzák a friss növény ható-  
anyagait pontosan standardizált  
állapotban. Állandó összetételűek,  
felszívódásuk gyors, toxikus tünetek  
nincsenek.

Készíti és forgalomba hozza:  
**SZILÁGYI** gyógyszerész, Budapest  
Dr. Madaus megbízásából



# Uricedin

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

Magyarországi vezérképvislet:

**Medichemia Gyógyszerkészítmények Gyára R. T.**

Budapest, X., Hölgý-uca 14

**J. E. Stroschein**

Chemische Fabrik K. G.  
Berlin

# DORMOVIT\*

*alvási zavaroknál*

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

\*) Furfurylisopropylbarbitursav

**DIWAG**

CHEMISCHE FABRIKEN A. G., BERLIN-WAIDMANNSSLUST

Magyarországi képvislet: Múzeum Gyógyszertár, Budapest, IV. Kossuth Lajos - u. 20

# ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:  
VIII., Üllői-út 26., IV. em.  
Telefon: 345-113.

Ingyenes ilthasználat.  
(Kérje a portástól.)

**MEGJELENIK SZOMBATON**

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

Hirdetések kizárólagos felvétele  
a kiadóhivatalban.

**Előfizetések beküldhetőek:** Kiadóhivatalunkba vagy  
22.968. számú postatakarékpénztári csekk számlánk javára.  
Romániában: *Borsos Béla dr.* Arad, Str. G. Gringorescu 5.  
Slovákiában: *Eleőd Solt.* Handels- u. Kredit-B. Bratislava.

**Előfizetési díj:** az »Orvosi Hetilap«-ra az »Orvos-  
tudományi közlemények«-kel együttesen egész évre 26 P,  
220 slk., 1000 lei, egyéb külföldre a belföldi díjak + portó-  
költség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyed-  
évre negyede, egy óra 2:50 P.

A »Magyar Orvosi Archivum« egész évre 10 P., 70 slk., 400 lei.

*Magyar gyártmány!*

# BETAXIN

B<sub>1</sub>-vitamin »Bayer«

*Neuritisek és neuralgiák kezelésére*

FORGALOMBAN:

Betaxin: 3, 15 és 50 db 5 mg-os ampulla  
Betaxin »forte« 3, 15 és 50 db 25 mg-os ampulla  
Betaxin-tabletta: 20 és 100 db à 3 mg

Kórházak külön engedély nélkül beszerezhetik!



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

# DILURGEN

Erélyes és egyenletes hatású, therápiás adagokban nem toxikus, fájdalomtalan

**HIGANYOS DIURETICUM**

*Forgalomba kerül: 5 és 10 drb 1, ill. 2 cm<sup>3</sup>-es ampullát tartalmazó dobozokban*



**Richter Gedeon Vegyészeti Gyár R.-I. Budapest, X.**

Therápia és prophylaxis:  
angina, pharyngitis,  
diphtheria, spanyol-  
nátha stb. eseteiben

Gargalizálás helyett:  
**Silargetten**<sub>Heyden</sub>

# ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON.

Szerkesztőbizottság:

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

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

SZERK.: FRITZ ERNŐ.

## TARTALOM:

**Zselyonka László:** A hydrodynamikai paradoxon jelentősége a vérkeringés élettanában. (547—548. oldal.)

**Pázsit Pál Antal:** Mellkasi geny öblítő-szívó kezelése. (548—550. oldal.)

**Irodalmi szemle:** (550. oldal.)

**Melléklet:** Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (89—92. oldal.)

**A Budapesti Orvosi Kamara közgyűlése:** (553. oldal.)

**Lapszemle:** (554. oldal.)

**Vegyes hírek:** (554—556. oldal.)

**Hetirend:** (556. oldal.)

A budapesti Központi Gyógy- és Üdülöhelyi Bizottság az Egyetemi Általános Kórtani Intézettel kapcsolatos Rheuma- és Fürdőkutató Intézetének közleménye. (Igazgató: Belák Sándor ny. r. tanár.)

## A hydrodynamikai paradoxon jelentősége a vérkeringés élettanában.

Irta: Zselyonka László dr.

Fürdés közben az élő szervezet a maga bonyolult életjelenségeivel aktíve beleszól a rajta érvényesülő fizikai történések lefolyásába és azokat bizonyos fokig módosítani is tudja. Jelen dolgozatban rá szeretnék néhány már ismert jelenség kapcsán arra mutatni, hogy mennyi keringésélettani jelenség érthető meg, ha a hydrodynamika vonatkozó törvényei segítségével igyekszünk azokra magyarázatot találni.

Boehm és munkatársainak<sup>(1)</sup> közleményeiből tudjuk, hogy a Stumpf<sup>(2)</sup> által bevezetett és Ekert<sup>(3)</sup> által módosított röntgenkymographionnal, továbbá Willbold<sup>(4)</sup> szerint alkalmazott röntgenkeskenyfilm kynematographval készült felvételek szerint a vízbe merült ember nagyereinek árnyéka lényegesen szélesebb, mint a vízbe merülés előtt. Vagyis a fürdővíz hydrostatikus nyomása következtében jól demontsrálható jelenség játszódik le a nagyereken. A nagyerek árnyékának ezen kiszélesedése igen jelentős. Ismerünk olyan eseteket, amikor pl. indifferens, teljes fürdőben az 5.3 cm átmérőjű árnyék 7.2 cm-re szélesedett ki. Óriási változás ez, amely ha a keresztmetszet változását vesszük figyelembe, kiténik, hogy átmérőben az 1.9 cm megnagyobbodás keresztmetszetben 85%-os megnagyobbodást okoz. A szerzők szerint ez az érdekes jelenség egészséges és beteg embereken egyaránt észlelhető és pedig indifferens fürdőben éppúgy, mint más hőfokúban, közönséges vízben éppen úgy, mint ásványvizekben és iszapokban.

Ezen fürdő-effectus magyarázata szerintem a következő. Vízbemerülés után a testfelületre nehezedő hydrostatikus nyomás folytán, mint tudjuk, kisebb lesz a mellkas körfogata, a has körfogata és a végtagoké is. Strassburger<sup>(5)</sup> és Benczur<sup>(6)</sup> vizs-

gálatai szerint teljes fürdő esetén a mellkas körfogata 2—3½ cm-rel, a hasé 2½—6½ cm-rel csökken. A végtagokra vonatkozólag Moll-nak<sup>(7)</sup> vannak értékes megfigyelései. Eisenmenger<sup>(8)</sup> szerint nyakig érő vízben, állva fürdő, felnőtt egyén esetén annak a körülbelül 1½ m<sup>2</sup> felületű, testfelszínére nehezedő nyomás körülbelül 1125 kg. Bock<sup>(9)</sup> klaszikus állatkísérletei szerint ezen nagy nyomás igen tekintélyes része áttevődik a belső részekre. A külső nyomásnak körülbelül 70%-a érvényesül a mellüregben, 80%-a a hasüregben és körülbelül 88%-a a végtagokban. Schott<sup>(10)</sup> kísérletei szerint a mellkasfalra nehezedő nyomás úgy növekszik, hogy az mélyebbre merüléskor cm-ként ½ kg-ot tesz ki. (A kísérletek csövön át való lélegzéssel történtek.)

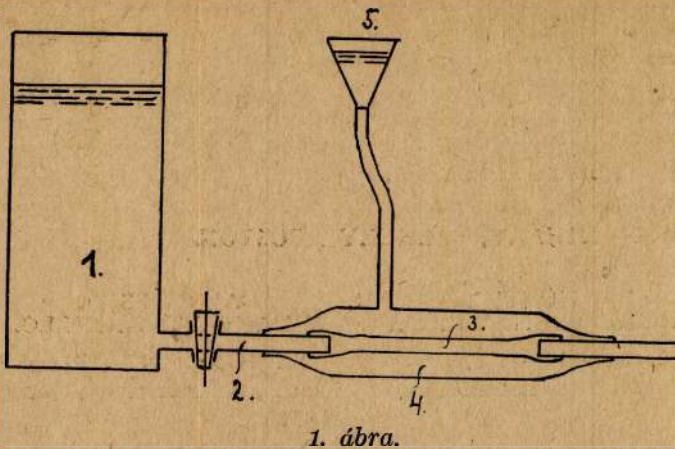
Vízben tartózkodáskor megnövekedvén az intrathorakalis nyomás, létrejön az úgynevezett hydrodynamikai paradoxon jelensége, amely segítségével a nagyerek fentebb említett kiszélesedése érthetővé válik. A hydrodynamikai paradoxon megértéséhez a következőket kell előrebocsátanunk:

Bernoulli Dániel, a baseli egyetem professzora 1738-ban »Hydrodynamika« című alapvető művében közölte azt a nagyjelentőségű megfigyelést, hogy áramló folyadék potentialis és kinetikus energiájának összege mindig állandó. Mászóval a folyadék lendületének (mozgási energiájának) és nyomási energiájának összege constans:

$$\frac{v^2}{2g} + p = \text{const.}$$

( $v$  = az áramló folyadék sebessége,  $p$  = nyomása,  $g$  = a nehézségi erő gyorsulása.)

Az egyenletből következik az, hogy ha a vezeték valamely helyén a csőfalat rugalmasra készítjük és az áramló folyadék nyomását valamelyképen változtatjuk, akkor a keresztmetszetnek is változnia kell, mégpedig az értelemben, hogy a nyomás növelésének a cső tágulása, a nyomás csökkenésének a cső összehúzódása felel meg. Ennek a kísérletnek beigazolására Bánki Donát<sup>(11)</sup> a nagynevű magyar hydrodynamikus a következő berendezést szerkesztette:



1. ábra.

»Az 1. edényből táplált 2 csőbe a 3. helyen vékony gumicsődarab van beiktatva. A gumicsövet nagyobb átmérőjű üvegeső veszi körül, amelyben a légkörnél nagyobb vagy kisebb nyomást állíthatunk elő. A változó túlnyomást az 5. tölsérnek, mely gumicsővel közlekedett a 4. térrel, emelése és süllyesztése idézte elő. A 4. térben vakuumot egy Bunsenféle vízsugár-ejektör állította elő. A vékony gumicsőfalon át a vízsugár felveszi a 4. térben előállított nyomást. A Bernoulli-tétel értelmében annak az érdekes, szinte paradoxonnak tetsző tüneménynek kell bekövetkeznie, hogy a külső nyomás alatt a cső kiduzzad, a hirtelenség alatt összehúzódik.«<sup>(12)</sup>

A nagyerek árnyékának előbb ismertetett kislepedése véleményem szerint ugyanezen mechanizmus szerint jön létre. Vízbemerüléskor ugyanis, mint láttuk, a víz hydrostatikus nyomásának 70%-a áttevődik a thorax falán. Mint Schott<sup>(13)</sup>, Krüger és Budelman<sup>(14)</sup> is észlelték, megnövekszik az intrathorakalis nyomás. Ezen nyomásnövekedés áttevődik a nagyerek falán és ennek következtében nagyobb lesz a keringő vér nyomása. (p). Erre paradox módon a nagyerek kitágulnak. jóllehet a külső nyomás nagyobb lett. Bernoulli-tétele értelmében a p. megnövekedése ugyanis maga után kell, hogy vonja az egyenlet másik tagjának ( $\frac{v^2}{2c}$ ) csökkenését. Csakis így maradhat a két energia mennyiségének összege állandó. Másszóval lecsökken a vér áramlási sebessége (v), amely ott helyben pangáshoz vezet és a nagyereken a várható összehúzódás helyett kiduzzadásnak kell létrejönnie.

Ha a nagyerek említett kitágulásának a hydrodynamikai paradoxon az okozója, akkor minden olyan esetben, amikor változik az intrathorakális nyomás, bizonyos intervallumban, paradox módon változnia kell a nagyerek tágasságának is.

Erősen megnő az intrathorakalis nyomás pl. szülés közben. Ennek folytán a hydrodynamikai paradoxon jelensége olyan hatalmasan érvényesülhet, hogy az igen erős és rugalmas aortafal meg is repedhet. Nem is olyan ritkák a szakirodalomban a teljesen egészséges szülönőknél létrejött ú. n. spontan aortarupturák, ismertetett esetet<sup>(15)</sup>. Az aorta típusos helyen a billentyűk felett harántul szokott megrepedni.

Hogy hol és mikor jön létre a szervezetben a hydrodynamikai paradoxon jelensége, az mindig a fennálló vérnyomási és véráramsebességi viszonyoktól függ. A kapillaris rendszerben pl. nem jöhet létre az ott uralkodó kicsiny nyomás és sebesség miatt.

A jelenség csakis bizonyos nagyságú energiák esetén következhetik be.

A hydrodinamikai paradoxon segítségével tetszős módon számos egyéb jelenséget is megmagyarázhatunk, pl. az aneurysmarepedést emeléskor stb. Jó hasznát veheti a paradoxonnak az ú. n. fejlődésmechanika tudománya is.

A budapesti m. kir. József Nádor Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetemen a hydrodynamika tanára, Pattantyús A. Géza dr. professzor úr alkalmat adott arra, hogy intézetében kísérleteket végezhessenek. Támogatásáért és értékes szaktanácsaiért e helyen mondok hálás köszönetet.

**Irodalom.\*** 1. Boehm és Ekert: Dtsch. Arch. Klin. Med. 182. 516. (1938). 2. Stumpf-Weber-Weltz: Röntgenkymographische Bewegungslehre innerer Organe. Verlag. G. Thieme, Leipzig 1936. 3. Ekert: Balneologe, 5. 66. (1938). 4. Willbold, Ftschr. Röntgenstr. 60, 243. (1939). 5. Strassburger, Dtsch. Arch. Klin. Med. 22. 459. (1905). 6. Benczur, Wiener Kl. Wschr. 1912. 39. sz. 7. Moll. Z. exp. Med. 72. 244. (1930). 8. Eisenmenger, I. Lampert: Heilquellen u. Heilklima. Verlag Th. Steinkopf, Dresden. 1934. S. 24. 9. Bock, Z. physik. Ther. 41. 42. (1931). 10. Schott, Dtsch. Arch. Klin. Med. 140. 358. (1922). 11. Bánki, Magyar Mérnök és Építész Egylet Közölnye. 1909. 80. lap. 12. Bánki, Energia-átalakulások folyadékokban, Franklin, Budapest. 1920. 5. lap. 13. Schott, Kongr. inn. Med. 34. 437. (1922). 14. Krüger-Budelmann: Z. Klin. Med. 129. 178. (1935). 15. Stoeckel, A szülészet tankönyve, OKK kiadása, Budapest, 1930. 570. lap. 16. Daissky, Balneologe 8, 262. (1941).

A székesfővárosi Szent László közkórház sebészeti osztályának (megb. főorvos: Pázsit Pál Antal) közleménye.)

## Mellkasi geny őblítő-szívó kezelése.

Írta: Pázsit Pál Antal dr.

A mellkasi genyedések modern gyógykezelésében három principiális tényező: kiürítés, mosás, detensio együttes alkalmazását, sikerét és állandóságát kell biztosítani.

Régebbi eljárásokkal ezeket az elveket csak részben valósíthattuk meg. Borda-resectio után végzett drénezéssel csak a váladék levezetését oldjuk meg; Dieulafoy, Potain-féle szűrőcsapolással az egy-szeri elvezetést teljesen, a detensiót csak részben tudjuk elérni. Perthes és Bülau eljárásával a váladékot kiürítjük és szívjuk, de a mellüreget nem tudjuk egyidejűleg átöblíteni. Sauerbruch minden haretéri, mellhártyán áthatoló mellkasi-, tüdő-, szív-sérülés után a vér-, savó-, genygyülem keletkezésének megakadályozása céljából prophylacticus Bülaudrenázs alkalmazását feltétlenül szükségesnek tartja.

Az új olasz iskola (Monaldi) mindhárom therapiás factort egybekapcsolja és különösképpen a detensio elvét is megvalósító punctiós-, leszívó-, mosókezelés nagy haladást jelent a mellkasi genyedések gyógyításában.

Mérsékelt konzervatívizmus, nagy sebészeti beavatkozások lehető mellőzése jellemzi tehát a modern empyema-kezelést, amely kisebb reversibilis eljárásokat célszerűen rendszeresít és csak végső szükség esetén (pleura phlegmone, makacs retentio, nem gyógyuló sipoly stb.) folyamodik a részleges vagy kiterjedt bordaacsonkoláshoz.

\* Tekintettel a kérdés fontosságára és elsőbbségére, közlését szükségesnek tartottuk. Sz.

A Szent László kórház fertőző sebészeti osztályán, *Bülow* módszerének módosításával, *Hauber* eljárásának továbbfejlesztésével sikerült aránylag kis sebészi beavatkozással előnyösen összehangolni a fenti három gyógytényezőt és segítségével az aetiológiai támadási pont: a mellüri fertőzés elleni küzdelem sikeresen vihető keresztül. Az eljárás — szemben a komplikált és különös begyakorlást igénylő szívó üvegrendszerekkel — egyszerű és nemcsak háttországi kórházban, hanem táborigényű intézetekben alkalmi rögtönzésekkel is megvalósítható.

**Lényege:** két vagy három bordaközben thoracopunctióval drénezünk, a felső nyíláson állandóan antisepticus oldatot viszünk be cseppenként a mellüregbe, a két alsó nyíláson át szívással távolítjuk el az öblítő folyadékkal felhígított genyet.

**Kivitele:** a beteg oldali mellkasfelén, a hátsó hónaljvonal tájékán, a VIII. és a IX., vagy X. bordaközben, helyi érzéstelenítésben 2–4 cm-es bőrmetszést ejtünk, majd 7–8 mm-es (szükséghez képest vékonyabb vagy vastagabb) troicarral mellüri szűrcsapolást végzünk. A mandrin kihúzása után a troicar hüvelyén keresztül éppen átférő dréncsővet (Pezzer kathéter) vezetünk a mellürbe. Ezután a troicar hüvelyét óvatosan kihúzzuk és a kellő mélységig bevezetett dréncsővet — anélkül, hogy átöntenénk — drót vagy selyemvarrattal a bőrhöz rögzítjük. Az alsó csapolást, illetve csapolásokat hasonlóan végezzük s hogy a sűrű fibrines, cefatos váladék el ne dugaszolja a csövet, ajánlatos az előbbinél vastagabb gummidrénrt alkalmazni. A háromcsöves drénezést sűrű, masszív fibrinesapokat tartalmazó genvedéseknél végezzük, hogy az eltömeszelődést a lehetőség határában belül kizárjuk. A dréncsöveket behelyezésük után csavaros szorítólemezzel zárjuk; így megakadályozzuk a küllevegő



1. ábra.

beáramlását a melléküregbe. (1. ábra.) Előző punctiók nyomán keletkezett phlegmonenál a punctio helyén végezzük a feltárást s dréncső bevezetése után a sebet nyitvahagyjuk és lazán tamponáljuk. Az

öblítő készüléket a beteg ágyba helyezése után szereljük fel. Az öblítőkészülék tartálya egy 1 literes üveg, melyhez megfelelő hosszúságú gumicsövet és cseppentő üveggolyót iktatunk és ezt üvegeső közvetítésével a mellüregi dréncsővel kötjük össze. Az infúziós üveg tartalmazza az antisepticus öblítő oldatot, melyet a szükséghez képest lassú cseppekben vagy állandó folyással juttatunk

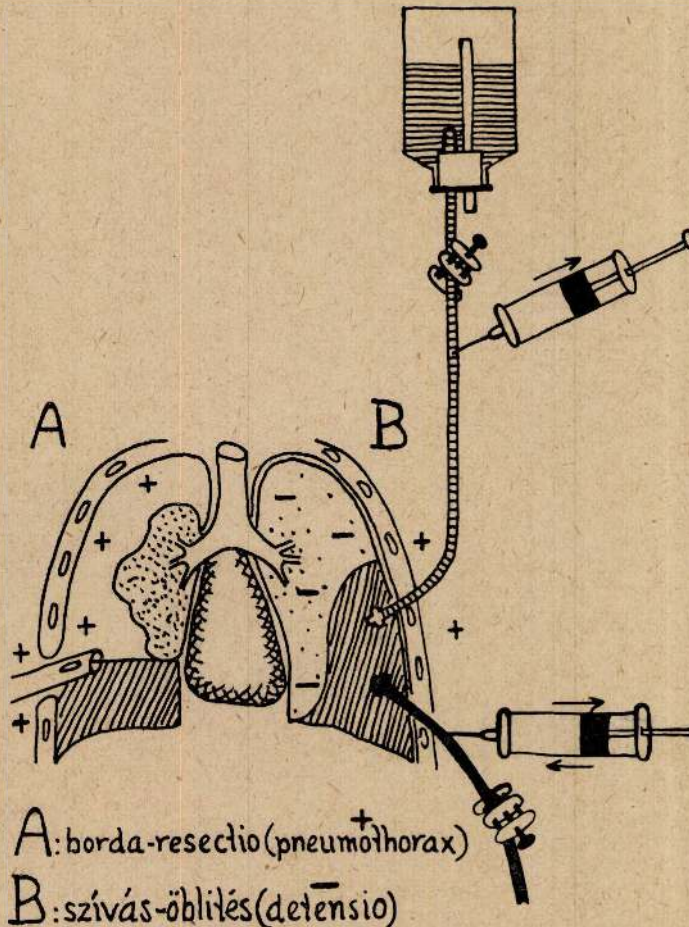


2. ábra.

a mellüregbe. (2. ábra.) Táborigényű intézetben öblítő tartálynak felhasználtunk bármilyen üveget, melynek dugóját két vékony üvegeső számára átfúrjuk (vékony üvegesövet vehetünk pl. szódás-üvegből). A rövid üvegesövet kapcsoljuk össze a gumicsővel, ezen át halad az öblítő folyadék a mellüregbe; a hosszú üvegeső túlér az öblítőfolyadék szintjén és az atmoszferikus levegő behatolásával biztosítja a folyadék kiürülését a szájával lefelé fordított üvegből. (3. ábra B.) A vezetékbe iktatott cseppentő golyó pótolható egyszerű üvegcsővel.

A legjobban bevált antisepticus folyadék a *Manninger*-féle 3%-os borsavval activált 1%-os hypochlorit oldat (hydroxygen lóg, chlorogen vagy chloramin stb.) és a *Mező*-féle 3%-os borsavval activált 1/2–1%-os kalium-hypermangan oldat. Végezhetjük az öblítést specifikus bacteriotrop oldatokkal is (5%-os sulfapyridinnel, ultraseptyllet). Az antisepticus folyadék a betegség góciában a genyes mellürben fejti ki intensiv hatását. Emellett felhígítja a váladékot, csökkenti a toxicus hatást és állandóan öblít, illetőleg az alsó dréncsővön át elvezeti a váladékot az ágy keretéhez kötött vagy a padlóra helyezett desiniciens folyadékot tartalmazó üvegbe (2. ábra.) A dréncsövek szorosán fekszenek a troicar által ejtett intercostalis sebszorosban, melyre az izomzat, különösen az első napokban, gyűrűszerűen ráfeszül. Így nem keletkezik beavatkozásunk következtében légmell. Ha mégis létrejött volna, megszüntethetjük, sőt negatív

nyomást hozunk létre a kivezetőcsőhöz kapcsolt vízvezetékcső segítségével. Ha ezt nem tudjuk végrehajtani, (pl. tábori eü. intézet) a mellüregből a levegőt vékony tűn át kiszívjuk. Szívás közben a dréncső periferiás részét teljesen le kell szorítani. Ha a dréncső eldugul, az alsó nyíláson át 10 vagy 20 cm<sup>3</sup>-es Record fecskendővel mossuk és szívjuk. (3. ábra B.)



3. ábra. A bordaresectio és szívó-öblítő kezelés összehasonlítása.

Ezzel az eljárással a retentiós láz az első napokban csökken, a súlyos septicus állapot lényegesen enyhül; 2–3 heti kezelés után a váladék teljesen feltisztul. Ha a klinikai állapot lényegesen javul (lelázatlanodás, erősödés, feltisztuló, csökkenő, csirszegénnyé, vagy csirmentessé vált váladék) az öblítő-, szívókezelést megszüntetjük. A dréncsőveket bennhagyjuk, majd fokozatosan rövidítjük és előbb a felsőt, majd az alsót távolítjuk el.

Eljárásunk főelőnye, hogy a rövid ideig tartó kis beavatkozás (műtét) a leromlott beteget nem viseli meg, a csontos mellkasfal egységét nem bontjuk meg és — ellentétben a bordaresectióval (3. ábra A.) — a mellkasi nyomás és a tüdő funkcióját nem károsítjuk. Biztosítja a váladék állandó levezetését, antisepticus oldattal való öblítését és egyszerű eszközökkel a detensiót; végül az antisepticus öblítőfolyadék oki gyógyhatásként, az alapfertőzést küzdi le (tbc-nél a superinfectiót). Alkalmazása nagy kötszermegtakarítással jár, mert a váladék állandó elvezetésével teljesen fölöslegessé teszi a gyakori költséges kötéstváltást. Nagy előnye, hogy a legszűkösebb körülmények között is, az említett rögtönzésekkel — megvalósítható és a gyógyulás lényegesen hamarabb következik be.

## 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 I 61

Szabadon rendelhető: MABI, MÁV. B. B. I. Szklöv. kórház Szklöv. Alk. Segítő Alapja. Keresk. Segélyegyl.

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

### IRODALMI SZEMLE

#### SZÜLESZET ÉS NŐGYÓGYASZAT

Rovatvezető: *Ottó József és Benedek Andor.*

**Az újszülöttek emlőgyulladásának megakadályozása.** *Klinc.* (Zbl. Gynäk. 1942. 150.) Az újszülöttek emlőgyulladásának megakadályozására ajánlja szerző a tuzsóhormont, illetőleg a stilbenkészítményeket. Abból a megfontolásból indul ki hogy az asszonyok nem kívánatos tejképződését is meg lehet akadályozni a nagy mennyiségben adott tuzsóhormonnal. Szerinte a megfelelő adag 5000 egység. A már kifejlődött emlőduzzanat a hormon hatására pár nap alatt visszafejlődik, míg enélkül néha hetekig is elhúzódik az emlőmagnagyobbodás. Nagyobb adag hormonnra általános bágyadtság és étvágytalanság fejlődhet ki. (O. 30.)

*Farkas József dr.*

**A vízben oldódó desoxycorticosteron hatása a szénhidrátanyagcsereére.** *Göbbel.* (Klin. Wschr. 33, 1941. 825.) A nicotinsavamid szénhidrátra gyakorolt hatásának vizsgálatokor azt találták, hogy az a vércukor creatin- és phosphattartalmát csökkenti. A legfőbb hatása azonban a vér tejsavtükrére van, amelyet átlagban 60% ban csökkent. Ha a nicotinsavamidot adrenalinnal együtt adjuk, akkor a cukor, tejsavérték nem csökken, mint várnánk, hanem emelkedik. Az adrenalin és insulin a glikogen- és glicoseegyensúlyt hivatottak fenntartani és ezt eddigi ismereteink alapján a dehydratációkra gyakorolt hatásukkal érik el. Ezek működését össze lehet hasonlítani a mellékvesekéreg hatásával, melynek szerepe az, hogy az itt cofermentként szereplő B-vitaminokat befolyásolja. Ilyenkor a tejsavcsökkenés azt jelenti, hogy glikogen épül fel, tehát a mellékvese kéreghormon a glikogenképzést elősegíti. Vízben oldódó mellékvesehormont iskolásgyermekeknek adagolva azt találták, hogy a vércukorgőbe nem változik. Emellett a tejsavszintnek kisebbfokú esését látták. A vizsgálatokból tehát kitűnt, hogy a mellékvesekéreg hatása, a B vitamin aktivitása és B-vitamin nélkül, a mellékvese nem lépes élettani működését maradék nélkül ellátni. (O. 28.)

*Boleratzky Valér dr.*

**Chemoterapiás szerek alkalmazása terhesség alatt.** *G. P. Heckel.* (J. Amer. Med. Ass. 117/16. 1941.) Vizsgálatokat végzett, hogy a terhesség alatt adott sulfanilamid készítmények ártalmasak-e a magzatra, ill. a szoptatás alatt a gyermekre. Azt találta, hogy 5 órával a szer adása után a magzat vérében ugyan azon koncentrációban kimutatható a sulfanilamid mint az anya vérében. Állatkísérletekben, 15 patkány közül 3 abortált és a kezelt állatok kölykei fejletlenebbek és csökkent ellenállóképességűek voltak a kontroll állatokhoz viszonyítva. 13 a terhesség alatt sulfanilamid készítményekkel kezelt anya csecsemője közül csak egy esetben látott káros hatást: haemolyticus anaemiát a csecsemőn. Ez is rendbejött és 3 év múlva megejtett ellenőrző vizsgálatkor egészségesnek bizonyult. Az anyatejjel kiválasztott sulfanilamid mennyisége oly csekély, 4–7 mg%, hogy nem jöhet számításba a csecsemő károsodása. Végeredményben tehát a szoptató anya nyugodtan szedhet sulfanilamid készítményeket, de a terhesség alatt óvatosság ajánlatos. Ha azonban elkerülhetetlenül szükség van rá, akkor megfelelő mennyiség nyújtandó, mert az adag nagysága és a magzat károsodása közt nincs összefüggés. (B. 30.)

*Horváth Imre dr.*



# AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkesztő: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tansz. főorvos

## A pyramiscsúcs-gennyedés tünetei nek értékeléséről.

A pyramiscsúcs gennyedése a középfülgennyedés egyik legveszedelmesebb szövödménye, mert gyakran okoz agyhártyagyulladást. Ha idejében felismerjük a beavatkozást igénylő, súlyos eseteket és megfelelő műtéttel lefolyást biztosítunk az elzárt gennyedésnek, megmenthetjük a beteg életét. A tünetek észrevezésében jelentős szerep jut a fülszakorvoson kívül a belgyógyásznak is.

Heveny esetekben, sokszor csak felvétel után, tehát a betegség 4–6 hetében jelentkeznek közismert tünetei, melyek a pyramiscsúcs anatómiai helyének megfelelően az V. és VI., ritkábban a IV. agyideg bántalmazottságából erednek. Klinikai tünetei: a beteg oldalon a halántéktájra és az arcfélre terjedő igen erős fejfájás, szemizombénulás alapján fellépő kettőslátás, kisebb hőemelkedések. A megbetegedésnek, mint látjuk, nincsen sok tünete s az egyes tünetek egymagukban nem jelzik biztosan a csúcs megbetegedését. Az egész betegség képét kell azért szem előtt tartanunk s abba illeszteni a tüneteket. A középfülgennyedés hosszadalmas fennállása a felvétel után legtöbbször a peritubaris sejtek gennyedését jelzi; a csecznyulvány hosszas gennyedése. különösen gyenge labirintus tünetekkel, a perilabyrinthae sejtek gennyedését. A csúcs-hoz vezető alsó vagy felső sejtesoportok bő gennyedése a csúcs tályogának levezetését is jelentheti; a gyógyuló folyamat sarjszövege eltömheti ezt a levezetést és kevesbbedő váladék mellett állhatnak elő a pyramiscsúcs-gennyedés tünetei. Sok esetben döntő jelentőségű a röntgenfelvétel, de természetes, hogy egyedül a röntgenkép alapján nem javallunk műtétet. Hogy a tünetek gondos mérlegelése milyen fontos, azt az alábbi kórtörténet adataival szeretném bizonyítani:

Dr. N. L. 45 éves orvos 1942. év V. 3-án kórházi szolgálata közben hirtelen betegedett meg jobb oldali heveny otitis-sel. Fülei ezelőtt soha nem fájtak, mostanában meghűlése, náthája nem volt. Három hét alatt kifejlődött mastoiditise, amit V. 27-én más kórházban megoperáltak, s antrotomia után a sebet bevarrták. A kozmetikailag szépen záródott üreg alsó végén bőven gennyedő lúdtollvastagságú nyílás maradt, mely hónapokon át gennyesedett. VIII. hó elején gennyedése fokozódott, lázas lett (39°), majd VIII. 5-én kirázta a hideg. Ekkor került osztályomra, ahol bevarrott üregét feltártuk (Végh dr.), a szürkés gennyes sarjszövetet az ép csontig kikapartuk és az antrotomia sebét szokásunk szerint nyíltan kezdtük kezelni. VIII. 15-én kezdődtek fejfájásai, amelyek 20-áig annyira fokozódtak, hogy a legerősebb szerekre is csak egy-két órára csillapodtak. Éjjel az ágya szélén ülve virasztott fájdalmai miatt, melyek a halántéktájon és a jobb trigeminus területén voltak legerősebbek. Trigeminus fájdalmai miatt röntgenfelvételt készítettünk úgy a pyramiscsúcsról, mint az orr melléküregeiről (a kissé gyanús jobb oldali Highmor üregét pungáltuk is). negatív eredménnyel. Bár fogfájásról nem panaszkodott, fogorvoshoz is elkül-

döttük, aki röntgenképek alapján jobb alsó 5. molárisát eltávolította. Fájdalmai egy napig csökkentek, majd újult erővel léptek föl, úgyhogy 26-án fogorvosa inkább diagnosztikus, mint therápiás célból novocain injectiót adott a jobb ggl. sphenopalatinumba. 27-én fájdalmai csillapítására Dolantin-injectiót kapott gluteusába. Vérsejtsüllyedése 96 volt. Extradurális tályogra és a pyramiscsúcs megbetegedésére gondolván, a sziklacontról ismételt röntgenfelvételt készíttettem, de az kóros elváltozást nem mutatott. VIII. 30-án kettős látás lépett fel, amely az utcánjáráskor nagyon zavarta. Abducens bénulás alapján már-már biztosnak véltem a pyramiscsúcs-gennyedést, de előzőleg a szemorvos véleményét kértem ki. A pontos szemészeti vizsgálat, amelyet Csapody prof. volt szíves elvégezni, kiderítette, hogy nem abducens paresis okozza a kettős látást, hanem peripheriás oculomotorius bénulás, a jobb alsó egyenes szemizom laesiója. Ez a lelet tehát feltevésem ellen szólt. Fogorvosa, Meák magántanár úr, előző nap húzta ki a helyi érzéstelenítésben a jobb felső 4. molarist, amely a trigeminusfájdalmak kiindulópontja volt, mert aznapról kezdve a beteg fejfájásai egy csapásra megszűntek. Lehet, hogy a fogászati beavatkozások, amelyek a fájdalmakat megszüntették, okozták ezt a környéki bénulást. A vérsejtsüllyedés 52-re csökkent, a seb szépen gyógyult, a váladék kevesbbedett, úgyhogy IX. 2-án a napról napra javuló kettős látás mellett az eset megoldottnak látszott. IX. 4-én ismét magas láz lépett fel, hidegrázás kíséretében, de ennek oka a gluteusokban keletkezett mély tályog volt, mely a VIII. 27-én kapott intramuscularis Dolantin-injectio helyén keletkezett. Ennek megnyitása után a beteg gyógyulása öröndetesen haladt, IX. 14-én a felvétel sebé teljesen begyógyult, kettős látása megszűnt, hőemelkedései elmúltak, a beteg meggyógyult. Összefoglalva e körképet, két csoportba kell osztanunk a tüneteket: az első a csúcsnyulvány sebének hosszabb gennyedése, második a trigeminusfájdalmak és a szemizombénulás. Jelen esetben e két tünetesoport csak véletlenül került egymás mellé, oki összefüggésük nem volt. Ha nem sikerült volna elkülönítésük, akkor a beteget feleslegesen tettük volna ki nagy műtéti beavatkozásnak. A felvétel sebének hosszas gennyedését az a tény magyarázza, hogy a szépen megoperált sebüreget bevarrták. A retentiós gennyben beteg sarjak képződtek s az innen felszívódott genny okozta a hidegrázást és a lázakat. Mindezt utólag teljes bizonyossággal mondhatjuk, mert a csecznyulvány gennyedése nyitott kezelés mellett rövidesen megszűnt, s a seb 5 hét alatt begyógyult. A bő folyással egyidőben fellépett szokatlanul erős trigeminusfájdalmakat nem írtuk rögtön a pyramiscsúcs-gennyedés rovására, előbb azok egyéb eredete után kutattunk. Bár a beteg fogfájásról nem panaszkodott, mégis megtaláltuk azok eredetét a jobb felső IV. molarisban. Az első fog kihúzása után már-már lemondtunk arról, hogy a fájdalmaknak egyéb okát találjuk és csak a fogorvos lelkiismeretes, hosszadalmas vizsgálódására vált bizonyossá azoknak fogi eredete. Éppen így voltunk a szemizombénulással is. Első-

sorban a pyramisesúcs rovására akartuk volna írni, csak amikor a szemorvos pontos vizsgálata kiderítette, hogy *környéki* bénulásról van szó, nem pedig *centralis* abducens, vagy oculomotorius-bántalomról, akkor mertünk tovább várni a műtéttel és nyugodtan observálni. Várakozásunk nyugalmát természetesen nagyban elősegítette a két negatív röntgenlelet is.

A tüneteket tehát minden esetben gondosan mérlegelnünk kell, és ki kell zárunk azoknak egyéb eredetét.

*Rejtő Sándor dr.,*  
egyetemi c. rk. tanár.

### Sulfamidok helyi alkalmazása.

A sulfamidszármazékokat már három éve használjuk por vagy kenőcs alakjában helyi kezelésre és már több száza rúg azoknak az eseteknek a száma, amelyben kiváló eredményt, vagy legalább javulást tudunk elérni. Ezirányú tapasztalatainkról egy ízben a »Honvédorvos« hasábjain (1941) már beszámoltam. Hogy mégegyszer e tárgyat érintem, annak oka egyfelől az, hogy az azóta szerzett tapasztalatainkkal óhajtom megerősíteni, illetve kibővíteni az akkor elmondottakat, másfelől pedig nagy jövőjét látom a helyi alkalmazásnak a háborús sérülések terén, tehát erre hívom fel azok figyelmét, akiknek osztályrészüül jutott a harcéri sebesültek ellátása.

Fentemlített közleményemben a helyi kezelésnek bőrgyógyászati területét ismerttettem, így ahhoz hozzáfűznivalóm nincs, eredményeink azóta is változatlanok. Jelen beszámolómban főleg a sebészi vonatkozásokat ismertetem. Helyileg kezelt eseteink zömét részben ismeretlen eredetű tályogok, phlegmonék, részben elgenyedt nyirokesomók, oltás után támadt tályogok, kelevények, elgenyedt különféle sérülések alkották. Fedett folyamatok esetén a bemetszés után, elgenyedt sérülésekre a szokásos módon a sebszéleket széttárva hintettünk valamilyen sulfamidszármazékot a sebbe, majd a sebüregbe vezetett gézcsíkra is bevezetés közben. Tályogokra, phlegmonékre a bemetszésig alkalmaztuk az általánosan használt borogatásokat, párákötést, sőt amennyiben beszűródés a bemetszés után is mutatkozott, párákötést a sulfamid helyi alkalmazása mellett is használtunk.

Ilyen kezelési mód mellett a genyéképződés 3—4 nap alatt, gyakran 24 óra alatt megszűnik, az esetek egy részében meglepetésszámba menő gyorsasággal a seb alapját tiszta, piros sarjak fedik, úgyhogy gyakran elég mély sebüreg mellett már kénytelenek voltunk áttérni sarjasztó eljárásokra, ugyanis a sulfamidszármazékok olykor hátráltatják a sebgyógyulást, amire még később kitérek.

A német-jugoszláv háború idején kórházunk a határszélén lévén, a németek nem telepítettek egészségügyi intézetet, hanem sérültjeiket a sebesülés helyéről közvetlenül osztályunkra és a helybeli polgári kórház sebészeti osztályára hozták. Ekkor nyílt alkalmunk a sulfamidszármazékok helyi hatását háborús sérülteken is megfigyelni. Két feltűnőbb esetet ismertetek. Jobblábszár áthatóló lágyrészlövésével kerül egy jugoszláv katona osztályunkra. Sebesülése után a harmadik napon hirtelen láz kíséretében gázoedéma tünetei léptek fel az egész lábszár és lábfej terjedelmében. A helybeli

városi kórházban magas combamputációt végeztek, de a beteget helyhiány miatt később továbbkezelésre visszakaptuk. Akkor lelete a következő volt: a jobbcomb felső és középső harmada határára a comb csupasz keresztmetszete látszik, a combesont csonkja mellől, valamint az izmok közül és a bőr alól igen bűzös és bő szürkésárga geny ürül. A sebfelületet naponta bőven (kb. 4—5 g) sulfamidporral hintettük be. A váladék rohamosan csökkent és 10 nap alatt megszűnt annyira, hogy Thiersch-féle bőrlebenyeket ültethettünk át, melyek kivétel nélkül megtapadtak és gyorsan nőttek, úgyhogy csakhamar az egész sebfelület behámosodott. A genyéképződés teljes megszűnését a Thiersch-féle hámlébenyek megtapadása bizonyítja legjobban, tudott dolog, hogy azok genyedő sebfelületről leléködnek.

Másik esetünk ugyancsak ebből az időből származó vaktölténnyel közvetlen közléről történt jobbcomblövés. A beteg lelete 24 órával a sérülés után a következő volt: a jobbcomb középső harmadának elülső felén 2 cm mély, 5 pengőnyi nagyságú, szürkészöld kenőcsszerű anyaggal bőven bevont folytonossági hiány, melyben papírdarabok vannak, az elváltozás jókora férfitenyényi vizenyős duzzanattal van körülvéve. A bőrt a sebszélek felé simítva a bőr alól geny és gázbuborékok ürülnek. Hő: 39° C. A sebet kitakarítottuk, 2—3 g sulfamidport hintettük be, a bőr alá gézcsíkokat vezettünk. A beteg 24 óra alatt láztalanodott le, duzzanat lényegesen csökkent, genyedés csaknem teljesen megszűnt, úgyhogy minden sebészi beavatkozás feleslegessé vált.

Ivanovics professor számolt be legutóbb az Orvostudományi Közleményekben alapos állatkísérletekből származó eredményeiről, melyben a sulfamidszármazékoknak (Ultrasseptyl) kiváló hatását ismerteti gázoedéma kapcsán helyileg alkalmazva. A mi tapasztalataink — habár csekélyek is — gyakorlati téren erősítik meg az ott elmondottakat. Az irodalomban erre vonatkozó klinikai irányú beszámolót némigen találtunk, legújabbban Korompai az Orvostudományi Közleményekben 9 gázoedemaesetről számol be, Griessmann pedig a »Der deutsche Militärarzt« hasábjain 18-ról, de mindketten a sebészi ellátásra, valamint a serumkezelésre helyezik a fősúlyt. Griessmann két esetében használt serumon kívül sulfamidszármazékot helyileg Mesudin-póder alakjában, mindkét beteget megmentette. Bár a halálozási százalék egyébként elég magas volt (18 betegből 7), és a két esetében helyileg alkalmazott Mesudin-pódertől jó eredményt látott, a közleményből ki nem deríthető okból más eseteiben nem alkalmazta. Neff öt gázoedéma kapcsán ionisált-ozonizált vízgőz használatától látott jó eredményt sebkímetszés és serum használatával mellett.

Tapasztalataink teljes közlése céljából megjegyzem még, hogy a különféle sulfamidszármazékok között ezideig lényegesebb különbséget nem észleltünk. A tárgyilagosságnak tartozom annak megemlékezésével, hogy a fent ismertett két esetben Ultrasseptylt használtunk. Főlényegesen látjuk azokat teljes töménnyel alkalmazni, mi 50% bórsavporral keverve használjuk. Az egyszerre használt mennyiséggel, ha kell, nem takarékoskodtunk, mert még nagy adagok (5—6 g egyszerre) sem okoznak mérgezési tüneteket. Vizsgálatainkkal kapcsolatban használtunk úgynevezett Mező-féle porkeveréket is (1%-os káliumhypermangános bórsavpor), de koránt-

sem értünk el oly eredményeket, mint a sulfamid-származékokkal.

Bricker és Graham közölték először, hogy a helyileg alkalmazott sulfamid-származékok nagyobb töménységben a sebgyógyulást gátolják. Mivel nekünk is voltak kezdetben ilyen irányú megfigyeléseink, a sulfamid-származékokat fele rész bórsavporral keverve adtuk. Úgy tapasztaltuk, hogy ennél kisebb töménység viszont a genyképződés megszüntetését lassítja. Töményen adott sulfamid-származék mellett néha sötétvörös, alvadtvér lepedéknek tűnő sebalap van, amit önkénytelenül is el akar az ember távolítani, amikor kiderül, hogy az sarjszövet. Tapasztalataink gyarapodásával ilyen eset már nem fordult elő, mert a sulfamid-származékokat csak a genyedés megszűntéig alkalmaztuk és csak a fenti higításban, azután a közismert hámosító és sarjasztó eljárásokhoz folyamodtunk. Magunk részéről hibának tartjuk a sulfamid-származékoknak nem genyedő sebek alkalmazását, mert azoknak sarjasztó, vagy hámosító hatását nem láttuk még akkor sem, ha a gátló hatást mutató alvadtvér-szerű lepedék teljesen elmaradt. Éppen ezért sérülésekre megelőzés céljából nem alkalmazzuk. Végeredményben bármilyen értékes vegyületek is a sulfamidok, mindent nem várhatunk tőlük.

Ha ezekkel a genyedő sebek gyógytartamát csak néhány nappal is rövidíteni lehet, ha csak egy életet is meg lehet menteni használatukkal, akkor is érdemes kipróbálni azoknak, akiknek erre bővebb alkalmuk kínálkozik, különösen a háborús sérülések terén, melyek mindig fertőzöttek tekintendők.

Szabó György dr.,  
m. kir. orvosszázados.

### A lymphocytosis jelentősége a tüdőgümőkór gyógyításában.

Lauer és Hildebrand a hoheneimbergi tüdőszanatóriumban legújában nagyszámú tüdőbetegben kísérletet végeztek Sympatol adagolásával. Közleményük szerint az eredmény nagyon kielégítő és biztató.

Vidéki alföldi praxisban, hol a betegeknek igen nagy hányada a tüdőbetegek sorából rekrutálódik, már évek óta folytat e sorok írója gümőkóros betegek kísérletét az adrenalinnal. Az eredmény néha szinte meglepően jó volt.

Az alföldi poros helységek rossz lakásviszonyaikkal és csigalassúsággal javuló egészségügyi berendezéseikkel nem javítják kielégítő módon a tüdőbetegségek elterjedését és gyógyulásának statisztikáját. Egészen természetes, hogy a néppel állandóan érintkező falusi orvos, kinek tudományos intézet vagy kórház megfelelő beteganyaggal és felszereléssel, vagy nagy orvosi könyvtár nem áll rendelkezésére, igyekszik a maga szűkreszabott lehetőségei szerint közelebb férkőzni e szörnyű betegség gyógyításának lehetőségeihez. Legyen szabad ez okból néhány gondolatot a nyilvánosság elé vinni, abban a reményben, hogy ha ezek nem is ütnék meg a szigorú tudományos mértéket, mégis inspirációt, esetleg jótékony hasznos munkát indíthatnának meg az erre hivatottabbak körében.

Aki tüdőgümőkóros betegeinek véresejtszűlyedése mellett rendszeresen a kvalitatív vérvépet is megfigyeli, észreveheti, hogy a lymphocyták csökke-

nése, normalis száma vagy szaporodása szinte bizonyossággal jelzi a betegség jó vagy rosszindulatúságát. Ezt különben a vérkép nagy mestere, Schilling is határozottan kimondja »Das Blutbild« c. munkájában, mondván, hogy jóindulatú tüdőgümőkóros betegeknek lymphocytosisa van. Bauer »Konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten« c. művében kijelenti, hogy a benignus tbc-t jellemzi a lymphocytosis. Prognostikailag ez nagyon jól kihasználható és a lymphocyták csökkent száma akárhányszor előreveti egy aránylag elég jónak látszó tüdőgümőkóros megbetegedés esetén az elkövetkező rosszabbodás baljós árnyékát. Ellenkezőleg, sokszor nyugtatnak meg a normalis vagy kissé megsaporodott lymphocyták azzal, hogy jóindulatú, produktív lefolyást ígérnek.

Mi az oka a lymphocyták ilyen viselkedésének? Vajjon csak indikátorai a szervezet ellenállóképességének? Szaporodásukkal vagy csökkenésükkel csak a betegség jó- vagy rosszindulatúságát jelzik? Vagy talán ők maguk, a lymphocyták a látható, gyógyító ágensei a tüdőgümőkórnak és megjelenésükkel a betegséget a gyógyulás útjára terelik?

A gümőkór bacillusát köztudomásulag egy zsíros, viaszkos lipoid burok veszi körül. Ennek köszönheti a Koch-bacillus nagyfokú ellenállóképességét, az orvostudomány pedig nagyszerű és könnyű bacillusfestési módszereit. (A Ziel-Nielsen-festés a sav- és alkoholálló lipoidburok következménye.) Hogy a szervezet hatásosan megbirkózhasson a tuberkulózis bacillusával, szükséges, hogy ezt a lipoid burkot, mely páncélként védi a bacillust, valahogyan szétrombolja. Csak ezután képes a szervezet a maga védőanyagával elpusztítani a betolakodott ellenséget. Az élő test ezért lipaset, egy zsírt oldó fermentumot termel.

Bergel a lymphocytákban lipaset mutatott ki, egy lipolytikus steapsint. Úgyszintén ő derítette ki, hogy — eltekintve a nyirokrendszer direkt izgatásától — fokozott zsíremésztéskor és olyan fertőzésben, melyet olyan kórokozók idéztek elő, melyek testében toxolipoidok vannak: a szervezet fokozott lymphocytá termeléssel válaszol. Ilyen toxolipoidos kórokozók a saválló csoport bacillusai is. Ha ez így van, akkor arra kell törekedni, hogy tüdőgümőkór esetében, mikor a beteg szervezet el van árasztva zsíros páncéljuk mögött nehezen pusztítható bacillussal, milliódjaiival, minél több lymphocytá álljon a küzdelemben a beteg rendelkezésére.

A lymphocytosis Kocher írta le először a Basedow-kórban, meghatározván a Basedowra jellemző Kocher-féle vérvépet: a neutrophilek csökkenését és a lymphocyták abszolút megsaporodását. (Később ez részben megdőlt.) A lymphocytosis általában az agykort és a gyermekkort jellemzi. Bauer szerint a granulocyták systemájának hypoplasiáját (vagyis a neutrophilek csökkenését) és a lymphocytosis közös képét úgy kell felfogni, mint egy infantilis állapotot. Szerinte ez degeneratív stigma, mely együtt jár más fejlődési és képződésbeli rendellenességekkel, mint pl. idegtúlérzékenység, status thymicolymphaticus, »escppszív«, achylia, szűk erek, asthenia stb.

Lehetetlen itt észre venni, hogy ezek közt a hypoplastikus constitutiós jelek és a gümőkór között mennyi összefüggés van. Hányszor rejtőzik Basedow zászlaja alatt egy kezdődő tuberkulosis a maga thyreotoxikus tüneteivel?

Hogyan szaporíthatjuk a lymphocytákat? Alimentárisan: egyoldalú zsír és szénhidrát táplálásával. Gyógyszeresen: a sympathikus idegrendszer izgatásával. Typikus sympathikusra ható szer pedig az adrenalin. Melléktünetei azonban nem kívánatosak a tüdőbeteg terapiában. Emeli a hőmérsékletet, szívdobogást okoz, növeli a vérnyomást. Ezeket a mellékhatásokat azonnal megszünteti a calcium. Ezért érzékeny betegeken meg kellene kísérni az adrenalin esetleg calciummal együtt adagolni. Lymphocytosist talán így is el lehet érni. Mindenestre óvatos adagolással adrenalin, sympatol vagy a hazai pulsoton előidézi a kívánt lymphocytosist.

Hogy mennyire közük van a gümőkór elhárításában a lymphocytáknak, azt legjobban a tuberkulum körül képződő védőgát mutatja. Ez szinte kizárólag lymphocytákból áll.

Az adrenalinnal rokon sympatolt, mint már említettük, nagy sikerrel alkalmazzák Hoheneimbergben. A tüdő vérkeringése jobb lesz és így több oxygen jut a rossz légzési felület miatt erősen oxigénszegény szövetekbe. Az emelkedett átvérzés következtében több toxin mosódik ki a vérárammal, gyorsul tehát a kitisztulási folyamata. Igaz ugyan, hogy kezdetben ép ezért számolni kell néha nagyobb fokú hőemelkedéssel.

Nem tudom, foglalkoztak-e hazai kutató orvosaink e kérdéssel, de azt hiszem, érdemes tüdőbetegségekkel foglalkozó intézeteinkben kísérletet folytatni az adrenalinnal, pulsotonnal és ezeket esetleg kombinálni calciummal.

Fürst Sándor dr., Baja.

### Kérdés — felelet!

I. Kérdés: Mi módon lehet tus tetoválását kis területről kíméletesen és nyomtalanul eltüntetni?

Dr. T. Ö. L.

Felelet: A tus tatuálás nyom nélkül nem tüntethető el. A környezetre is ártalmas, mélyre ható, vegyi marószerek (kén-, só-, salétromsav, 40%-os pyrogallus sav, ezüst nitrát stb.) helyett a különböző physikai eljárások közül leginkább ajánlom a szénsavhó fagyasztást (10–20°).

Szép Jenő dr. egyet. magántanár.

II. Kérdés: 1. A II. f. égést 3%-os csersav oldattal mennyi ideig kezeljük, mikor lehet áttérni kenőcsös kezelésre; a kenőcs zink vagy tanninos legyen (tanninos kenőcs összetétele)? A tannin-kenőcsös kezelés után szükségese-e tannin nélküli kenőcsöt használni, mielőtt a hámosításra térnénk át?

2. A tanninos oldat helyett nem lehet-e mindjárt tanninos kenőcsöt alkalmazni?

3. Ha a II. f. égés már 5–7 napos (lázás, előzőleg vaselinnel kezelték), akkor is rá lehet-e térni a tanninos kezelésre esetleg kenőcs formájában?

B. K. dr. t. orv. zászl.

Felelet: A csersav oldattal 4–6 óra hosszat borogatjuk utána 10%-os lapis oldattal eseteljük meg a borogatott területet, majd dermatollal behintjük. A beteg köstét nem kap. A cserzett területet napon'a többször behintjük talcummal. A cserzett réteg 6 nap múlva lelékódik, alatta teljesen behamosodott sima bőrfelszín kapunk. Semmiféle kenőcsös kezelésre nincs szükség. E gyógyeljárás problémáival nálunk Orsós J. Imre debreceni bőrgyógyász prof. foglalkozik behatóan.

A tanninos kenőcs összetétele: acidi tannici grta 20, Aquae dest. qu. s., Adipis lanae, Vaselini flavi aa. grta 1000, MDS. kenőcs. A tanninos kenőcs után közvetlenül áttérhetünk hámosítókra.

A tanninos oldat helyett alkalmazható a tanninos kenőcs is, de jobb eredményeket ad a fenti eljárás.

5–7 napos II. fokú égés esetében is alkalmazhatjuk úgy a tanninos borogatást, mint a tanninos kenőcsöt, de e gyógykezelés a legszebb eredményeket a korai II. fokú égés eseteiben adja.

Szép Jenő dr. egyet. magántanár.

Kérdés: Salvarsan-Bismuth-kúra befejezése után egy héttel általános maculo-papulosus erősen viszkető exanthemát kapott betegem, ma 6. hét után is egyforma állapotban van. A bőrtüneteket először Desitin, majd Ichthyolos kenőccsel kezeltetem, azonban minden eredmény nélkül. Mivel mulasztható el és vajjon végrehajtható egy másik kúra ezeketán Salvarsannal, vagy más kezelést kell alkalmaznom?

B. A. dr.

Felelet: Láthatlanban persze nehéz a bőrbaj természetéről s így a gyógyításról nyilatkozni. Mégis a legvalószínűbb, hogy enyhébb arsenbensolár-talomról van szó, úgynevezett salvarsandermatitistről. Már a makacs főmállása is inkább emellett szól. Helvileg jó a desitinkenőcs is, esetleg pedig pl. a következő kenőcs: Sol. alumin. acet. gr. 15, acid. salicil. gr. 05, Lanolin. gr. 10, Ungu. Zinci ad gr. 500 MDS. Kenőcs. Ezenkívül ajánlatos a natr. thiosulfat adagolása és pedig vagy belsőleg, vagy inject. alakjában (jó készítmény utóbbi célra a Dermosalvan nevű, natr. thiosulf. + calc.-ot tartalmazó phiolás szer, most sol. natr. thiosulf. c. calc. chlor.). Salvarsant most nem szabad adni, sőt a bismuth-kúra is csak nagy óvatossággal alkalmazható ilyenkor, feltéve, hogy valóban salvarsandermatitistről van szó.

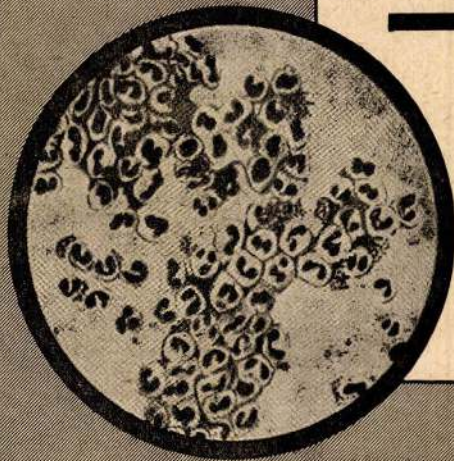
Guszmán prof.

### Orvostörténeti jegyzetek.

Vámbery tetvessége. A tetű minden időkben, különösen háborúk alkalmával, kellemetlen, sőt elviselhetetlen féreg volt. »Nyargalódzik rajtam az tetvek serege«: panasolja a szegény magyar katona a 17. század utolsó negyedében és a református magyar ma is a 3-ik zsoldárt (»Oh mely sokan vagynak, akik háborgatnak engemet én Istenem!«) szokta tréfásan emlegetni, mikor efféle baj gyötri, mely még a hadvezéreket sem kímélte. (Kemény János, Erdély fejedelme, érdekes följegyzéseket hagyott arról, hogy a morvaországi táborozás alatt hogyan lepték el a tetvek s milyen keserves munkájába került, míg megszabadulhatott ettől a szürke marháttól.) A mi történetünk azonban csak a Csák Máté halálát tulajdonítja phthiriasisnak s évszázadok múlva még gr. Barkóczy Ferencről emlegetik, hogy 1765-ben ebben a szörnyű bajban pusztult el. Végre Hebrának (1865) sikerült bizonyítani kísérletileg, hogy a tetű a bőr alatti kötőszövetben egyáltalán nem élhet meg. De hogy a bőr felületén élősködve is milyen keserves szenvedést okozhat, azt megírta Vámbery Armin az ő »Küzdelmek« című könyvében. »Leírhatatlan — úgymond —, hogy mennyit kellett szenvednem e rendkívül toladó és Közép-Ázsiában ijesztő szaporaságú állatkáktól... A dervisek a vadászást e férgekre nemcsak a toaletthez tartozónak, hanem a gyönyörűség egy nemének tekintették, melyre különösen ebéd után szakítottak időt. Eleinte elég volt ölt és védelmi fegyvernek a hüvelykujjam körme is e toladó vendégek ellen s mindenesetre rendkívül fura volt látni a szorgos keresésben elmerült embercsoportokat. A tisztálkodás második stádiuma az volt, hogy az izzó parázs fölé tartottuk ruhánkat; e közben az állatkák elkábultak a melegségben, a tűzbe hullottak. Ezen auto da fé hiányában az ember meghintette homokkal a ruháát s midőn kitette a nap égető sugarainak, a pediculínák kénytelenek voltak az alsó hűvös rétegből a felső melegebb rétegre menekülni, akkor azán könnyű szerrel lerázhatta őket az ember. Ha sem tűz, sem homok nem állott rendbe kezelése, az ember letette ruháját egy hangyaboly közelébe és átengedte az alkalmazatlan férgeket a hangyák kényének, melyek minden irányból elhurcolták rágóikban az apró fené vadakat... Bizony csak most értettem meg igazán, hogy a zsidók szentírása mért helyezte a vér után mindjárt a második helyre a tetvet az isten tíz csapása közt.«

M. K. Gy.

# Neohexal



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

Üvegcsőben 20 db 0,5 g-os tableta



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

*Friss növényből  
standardisált  
gyógyszerkészítmény*



# Digitalis Teep

tableta

KÉSZÍTI: SZILÁGYI BUDAPEST; DR. MADAUS MEGBIZÁSÁBÓL.

1 tabl. = 0,05 g  
standard digit.  
levélpor hatóértékével

# ACEDICON

*a makacs köhögésnél*

Az Acedicon igazi területe az a makacs köhögés, mikor más köhögéscsillapítószer-  
rek pl. codein, csődöt mondanak, ami oly gyakran fordul elő súlyos chronikus  
bronchitisnél, bronchiectasiánál, tüdővérzésnél, tüdő- és gégetuberculosisnál, pleu-  
ritisnél és bronchusráknál.

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

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



**C. H. BOEHRINGER SOHN-INGELHEIM AM RHEIN**

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



**SZÉKREKEDÉS BEN, KRÓNIKUS BÉLRENYHESEGBEN** 60 ÉV ÓTA  
BEVÁLT

**BOXBERGER-FÉLE**  
**KISSINGENI LABDAC**

## A Budapesti Orvosi Kamara közgyűlése

november 8-án, vasárnap folyt le a Kir. Orvos-egyesületben. *Bakay Lajos* elnök a következő, mindnyájunk szívéből fakadó szavakkal nyitotta meg a népes közgyűlést:

Tekintetes Közgyűlés!

Mióta kamaránk megalakult, nincs az az évforduló, amely meglepetéssel ne szolgált volna, s elnöki bevezetőszavaim ne országos eseménnyel kapcsolatosak lennének. Most, hogy ismét összegyűltünk s mindennapi életünk folyásáról, jövőbeli sorsunkról tárgyalunk, a háború nyomja rá a bélyeget egész életünkre, s úgy érzem, hogy szavaimat nem is az itt megjelentekhez kell intéznom, hanem azokhoz, akik nincsenek itt, akik ott a keleti tájak határtalan síkjain és a lesekedő halált rejtegető erdőkben a késői ős borzongató hidegében készülnek a még kegyetlenebb télre, akik soha még nem látott borzalmak közt szolgálják hazájukat. Köszöntöm a szerény, hangtalan hősokeket, akiknek homlokát hőstetteikért nem övezi babér, mert úgy mondják, nem fegyverrel szolgálják a hazát. De mi orvosok, akik ott vagyunk az élet és halál osztogatásánál, többet tudunk, mint embertársaink erről, még azt is, hogy a magyar orvosnak milyen szerepe van ebben a háborúban. Hírül hozzák hőstetteiket a sebesültek s azok, akik épen jönnek haza. Nem akadt még olyan egység, még a legmarconább katonára sem, aki a csodálat és bámulat hangján ne emlékezett volna meg tetteikről, haláltmegvető bátorságukról. Ott künn a táborokban, mikor elhallgat a fegyverek zenéje, legendák indulnak el, szájról-szájra járnak s eljutnak mihozzánk, arról az orvosról, aki műtétet-műtét után végez a figyelemzetés ellenére a falu egyik végén, mikor a másik már orosz kézen van, aki a gránátzúporban súlyos mozdulatlan sebesültjei között marad, akiket elhagyni nem képes s ott sérül meg halálosan, vagy a másiktól, aki együtt ég el betegeivel a partizánok által felgyújtott házában, vagy aki lövészárkokat ását és egy pár ápoló katonájával gépfegyverrel védi a kórházát, amikor az a harc vonalába kerül. Hallottam szemtanuktól, hogy halálos kimerültségben a sok száz és száz műtét után, hogy adják egymásnak a *coffein-camphor* injectiókat.

Augusztusban, amikor halálosan komolyra fordult a helyzet, komorhangú leveleket, jelentéseket kaptam, ezekben komoly búcsúzkodás, sőt végrendekezés hangjai szóltak felém. De mindazzal a végakkorddal végződött, hogy amennyiben a sors úgy határozza, hogy többé az otthont nem láthatjuk, tessék megmondani mindenkinek, hogy mindent elkövettünk, hogy feladatunkat becsülettel elvégezzük s dicsőséget hozunk iskolánkra és a magyar orvosi névre. Mindenik levélből kicsendült az a végtelen boldog elégtételérzés, hogy nagyon sok embert sikerült megmenteni.

Köszönöm erről a helyről, hogy a magyar orvos hírnevét növelték és annyi magyar anya, szülő, feleség, testvér gondjait megkönnyítették, hogy bizalmat öntöttek harcosaink lelkébe s mellettük álltak segítő kezeikkel, annyiszor véve fel a diadalmas harcot a halállal s oly sokszor és sokakról törölték le a kín verejtékét.

Most pedig boruljunk le azoknak az emléke előtt, akik ott nyugosznak a nagy puszták hantja alatt, akik nem jöhetnek vissza többé közénk.

A hősokeknél is hősebbek azok, akik fegyvertelenül tudnak elesni a hazáért, akik mikor a magyar életet mentik, a magukét adják oda érte.

Olyan időket élünk, amikor nincs helye a tetemrehívásnak, ezt későbbre hagyjuk, most csak megígérjük azt, ez mai gyűlésünk egyik főtárgya, hogy gondoskodunk róluk és családjaikról.

A nagy tetszéssel fogadott megnyitó után *Antal Lajos* alelnök terjesztette elő a választmány indítványát a hadbavonult kamarai tagok ügyeinek gondozása és szükség esetén hathatós megsegítésük, családjuk támogatása érdekében. Rendezni óhajtja a Kamara a bevonultak polgári állása után járó fizetés kérdését úgy, mint az már a XXI. tc. alapján létesült biztosító intézeteknél történt. Eziránt a más szakminisztériumoknál is el fognak járni. A megrokkant orvosok és családjuk hathatós megsegítésére megfelelő összeget irányoz elő a Kamara (50.000 P) s evégből adakozásra szólítja fel tagjait. (*Bakay* prof. 1000, *Simon Béla* dr. 1000 P, stb.)

Ezután *Gyertyámosy János* főtitkár a belügyminiszterhez felterjesztendő *évi jelentést adta elő a Kamara 1941. évi működéséről*, melynek főbb tárgyai a következők voltak: a magángyakorlat alakulása és helyzete, az ingyrenrendelések és a magánbetegbiztosítók (melyre szükség nincs), a magángyakorlat és a kuruzslók tevékenysége, a magángyakorlat díjazása és megadóztatása. Továbbá az OTI-orvosok illetményrendezése, a PBB orvosainak működési szabályzata, a Szfv. Segélyalap orvosainak díjmelése, a városi, községi és körorvosok államosítása. Végül az egyetemes és kötelező nyugdíjbiztosítás tervezetével és az orvosi rendtartás módosításával foglalkozott a jelentés. A tagok száma az év elején 4995 volt, s ez az év végére 5021-re emelkedett. A jelentés végén az előfordult fegyelmi és összeférhetetlenségi ügyekről, fontos közíg. bírósági döntésekről, forgalmiadó ügyekről és a segélyalap áldásos működéséről szólt a jelentés, ami 62.000 P kiosztásával járt.

*Bochkor Ádám* pénztáros és *Hudovernig Dezső* ellenőr a zárszámadást terjesztették elő 234.424 P bevétellel és 212.614 P kiadással, valamint az 1942. év költségelőirányzatát 241.557 P bevétellel és kiadással — mit a közgyűlés elfogadott és a felmentvényt köszönetének nyilvánítása mellett megadta.

A kamarai tagsági díj új elfogadott kulcsa fixfizetés után 1000—9000 P-ig 0.8—1.0%, 10—20.000 P-ig 1.0—1.6%; magángyakorlat után 1000—9000 P-ig 1.4—1.6%, 10—20.000 P-ig 1.8—2.6%. Megválasztották a II. fokú tagdíjmegállapító bizottságot, határozatot hoztak az 1943. évi forgalmiadó testületi általányozásának átvétele ügyében és fellebbezéseket intéztek el.

Ezzel a közérdeklődéssel kísért közgyűlés véget ért.

# METALIX RÖNTGEN

## RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KÖRÚT 37

TEL. 182-680, 383-135.

## LIQUOR HYPNOBROMID

Kellemes ízű hypnoticum és sedativum

Összetétele evőkanalanként: Aethylmorphin hydrochl. 0,005 g  
Codeinum hydrochl. 0.01 gr Paraldehyd 0.50 gr Natr. bromatum 0.75 gr aromás syrupban

## PRIMOVEROL

FORTE — MITE az ideális expektorans

hatása négy-ötzör erősebb a senegánál, illetve az Ipecacuanhanál  
MABI, Szföv. S. A. terhére szabadon rendelhető

ZENT PÉ TER GYÓGYSZERVÉGYÉSZETI LABORATÓRIUM

Budapest, V., Pozsonyi-út 1

Telefon: 121-547

### LAPSZEMLE

Münchener Medecinische Wochenschrift. 43. sz.

*Bartholomé H.*: Tapasztalatok a háborús sérülések pyogen és putrid seb- és általános fertőzéseinek kezelésében. *Mueller B.*: Az orvosi operációs jog fejlődésének jelenlegi állása. *Scheurer O.* és *Hugo W.*: A bőr hőmérsékének befolyásolása a szív- és érszerekkel. *Rehder*: Leforrázás és idült forrázási gastritis. *Wolf W.*: A fenyegető vetélés és koraszülés kezelése Progesteron intravenás befecskendésével. 44. sz. *Mancke R.* és *Siede W.*: Az icterus catarrhalis és hepatitis epidemica elkülönítő kórisméje. *Kollath W.*: Nem ipari eredetű, ivóvíz által okozott ólomártalom, ennek klinikai jelentősége, népesedéspolitikai veszélye és elhárítása. *Bleibrunner R.*: A neurosisok aetiológiája és új causalis lipoid-therapiája. *Thiele W.*: Heveny thrombopeniás purpura sedomid és soridom használata után. *Lachmann H.*: Kombinált strophantinkezelés szőlőcukorral vagy anélkül.

Wiener Klinische Wochenschrift. 43. sz. *Neuber E.*:

Új gyógyeljárás a bőr gümőkóros megbetegedéseiben. *Dittrich W.*: Az extrapulmonalis gümőkör kezelésében. *Vischer F.*: Végtagprothesisek szerkesztése a mult és jelen háborúban. 44. sz. *Navratil E.*: A szülési collopsus és kezelése. *Bren W.*: A szív szénmonoxidmérgezése. *Marschner H.*: A vérkeringés és megterhelése a társadalmi biztosításban.

Schweizer Medizinische Wochenschrift. 44. sz. *Albertini A.*: Az apoplexia sanguinea elkülönítő kórisméje. *Neuweiter W.*: Megjegyzések a pervitinről és a női genitalis systemáról. *Hauptli O.*: A medialis combnyaktörés mechanikája. Kezelése a Sven-Johannsen J. szegelelssel. *Blum K.*: A herpes zoster gyógyításáról. *Nai-ville F.* és *Herrmann R.*: A nyelősögörcs röntgenvizsgálata tévedést okozhat a bántalom okának localisálásában. *Gigon A.* és *Noverraz M.*: Direct és indirect bilirubin. Epefesték retentio fehérjés kiesapódás által. *Neff G.*: A diphtheria maligna gyógyításáról. *Nohara F. S.*: A syphilis származásának kérdése. 45. sz. *Lüdin M.*: Mikor javallt a rák Röntgentherapiája és mit várhatunk tőle. *Tey A.* *Criscudo E.* és *Marhuenda P.*: Ronyhe bőrfekélyek kezelése C-vitaminnal. *Eder E.* és *Lippert Chr.*: Erzékeny és specifikus, klinikai célokra alkalmas vérkimutatási eljárás vizeletben, bélsárban és gyomornedvben a spektroskopos eljárás segítségével.

*Grott W. I.*: Parodontosis jelentősége, mint a diabetes korai fontos tünete *Fiechter N.*: Újabb tapasztalatok a K-vitamin hatásáról újszülötteken. *Monnier M.*: Electro-encephlographia az emberen. *Roethlisberger R.*: Az electronisatio kérdéséhez.

### VEGYES HIREK

**Halálozás.** *Révfy Jenő dr.*, aranydiplomás orvos, MÁV üzletvezetői főorvos, Szabauka város tb. főorvosa, október 29-en 83 éves korában elhunyt.

**Dr. Pekár Mihály** professzort november 4-én délután 11 órakor temették a központi egyetem előcsarnokából a kultuszminiszter, a berugyminiszter és az egyetemek képviselőinek és Pécs város egész társadalmának impozans részvételével. A gyászszertartást *Kapi Béla* dunántúli evang. püspök vezette. Az egyetem tanácsa nevében *Schaurek Ráfael* rektor, az orvosi kar képviselőjében *Császár Elemér* dékán, az élettani intézet részéről *Vendég Vince* egyetemi adjunktus mondott búcsút. A zászlók alatt teljes számban fevonult pécsi egyetemi ifjúság szónoka *Mestyán Rezső* orvostanhallgató könnyeket fakasztó beszédben búcsúzott az ifjúság szerető atyjától, kinek a tudományon kívül — úgy mond — életele volt, hogy az erő nemcsak vezetésre hivatott, hanem a gyengék védelmére és ezt az elvet meg is valósította, mert életeleme volt az áldozatos tanári nevelő munka és a segítő, megértő szeretet. A koszorúk megszámlálhatatlan tömegétől kísért temetési menet, melyben úgyszólván egész Pécs vett részt, a temetőbe vonult, ahol a város által adományozott díszsírhelyre az egyetemi ifjúság hantolta el a tudományos világ, a magyar közélet és az orvosi rend felejthetetlen halottját.

**Személyi hírek:** *Benedek László* egyet. nyilv. r. tanárt a schweizi ideg- és elmeorvosok egyesülete kutatásai köréből előadás tartására hívta meg.

**Dr. Borsos Bélának**, Arad vármegye nyug. főorvosának a nov. 10-iki kari ülés előtt nyújtotta át Kiss Ferenc dékán a Kar által adományozott aranydiplomáját sok kari tag jelenlétében. — Üdvözljük régi hívünket, lapunk romániai hűséges pártfogóját!

**Hős orvosok kitüntetése.** A Kormányzó Úr Öfőméltósága *Révfy Zoltán dr.*, v. nagyjócai *Farkas Jenő dr.* orvosszázadosoknak, *Németh György dr.* tart. c. orvoszászlósnak az ellenség előtt tanúsított vitéz és önfeláldozó magatartásáért a hadiszalaggal és kardokkal ékesített Signum Laudist adományozta; legfelsőbb elhatározásával pedig megengedte, hogy *Szepessy György dr.* tart. orvoshadnagy, a Német Sasrend Érdemkereszt III. fokozatát a kardokkal elfogadja és viselhesse.

**V. Duzár József prof. tízéves tanári működését** egy 191 oldalas kiadvánnyal ünnepelték meg volt és jelenlegi tanítványai tizenhatan. A kötet a pécsi gyermek-klinika III. sz. kiadványa, mi 1941 decemberében jelent meg, de, sajnálatunkra, csak most került szerkesztőségünkbe. Az értékes dolgozatok miket kitűnő fényképfelvételek is tarkítanak fényes bizonyosságai annak, hogy Heim Pál örökébe méltó utód lépett, ki a kutatószellemet híven őrzi és egyesíti a gyakorlat éles megfigyeléseivel és tapasztalataival klinikáinak munkásságában. Melegen üdvözljük Duzár professzort első decenniuma alkalmával.

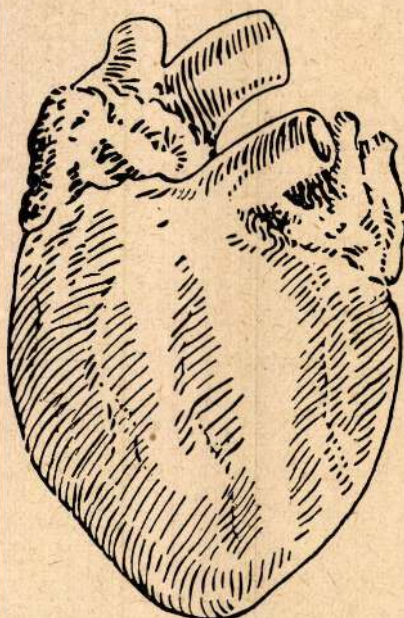
# VITAPLEX „D” FORTE injectio-CHINOIN

Angolkór és spasmophilia lökéskezelésére

1 ampullás csomagolás

Ampullánként (1 kcm) 15 mg kristályos D<sub>2</sub>-vitamin





**Intravenás**

Strophanthin-kezeléshez:

# *Kombetin*

(= Strophanthin Boehringer)

a szivizom heveny elégtelenségében,  
a szívelégtelenség végső szakában

**Intramuscularis**

Strophanthin-kezeléshez:

# *Myokombin*

= Strophanthin Boehringer + „Novocain” [Bayer])

azokban az esetekben, amikor az intravenás  
befecskendezés akadályokba ütközik.

Kórházak részére szabadon, betegpénztárak részére  
mindkét szer főorvosi engedéllyel rendelhető.

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

Magyarországon forgalomba hozza:

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

**MANDURIN Ca:**CYSTITISRE, PYELITISRE.  
HÓLYAGÉRZÉKENYSÉGRE

„CERTA” GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R.T. BUDAPEST

Az Erdélyi Múzeum Egyesület dési vándorgyűlése. Október 18–21-ig tartotta az Erdélyi Múzeum Egyesület első vándorgyűlését Észak-Erdély visszacsatolása óta. Dés városa és Szolnok-Doboka vármegye magyarságának színe-java páratlan lelkesedéssel és megújuló öntudattal, magabizással örvendett a vándorgyűlés tudományos eredményei fölött. Bár a magyarság szempontjából a történelmi vonatkozású előadások voltak a kiemelkedőbbek, a mi szempontunkból elsősorban az EME orvosi szakosztálya részéről a *vándorgyűléssel kapcsolatos orvosi továbbképző előadások* tarthatnak igényt a följegyzésre. Ilyen előadássorozatot más és más városban a megszállás idején is a lehetőség szerint évente tartott az EME orvosi szakosztálya, ami sokak lelkesedésének, elsősorban pedig *Koleszár László* rendíthetetlen akaraterejének köszönhető.

Országos ünnepélyességgel nyílt meg október 18-án a vármegyeház dísztermében a vándorgyűlés díszülése, ahol az üdvözlések során a kolozsvári egyetem rektora és tanácsa nevében az orvosi szakosztály elnöke, *vitész Berde Károly* mondott üdvözlő beszédet. A Múzeum Egyesület négy szakosztályának együttes előadássorozatán orvosi részről *Parádi Ferenc* a kolozsvári egyetem orvosi karának századvégi tanáráról, *Bakay György* a kórház munkásikereinek tényezőiről és *Krompecher István* az ember szöveti megújuló (regeneráló) képessége címen tartott előadást a nagyközönség részére.

Az orvosi továbbképző előadássorozat körülbelül 50 dési és a távolabbi környékről is egybegyűlt orvos részvételével folyt le igen nagy érdeklődés és siker jegyében. Öt dési és 8 kolozsvári előadó szerepelt: *vitész Novák Ernő* »Alkat és sebészet« címmel tartotta meg előadását, *vitész Berde Károly* napjaink vívmányait ismertette a gonorrhoea kortánában és gyógyításában, *Arokháty Vimos* biológiai bőrpróbák chronikus fertőző bőrbajokban címmel értekezett, *vitész Pál Gábor* az abortus-kérdést ismertette, *Haranghy László* pedig a reticulendothelialis rendszerről tartott ismertetést, *Armentano Lajos* a vitaminkérdés jelenlegi állásáról beszélt, *Nyerges Gábor* a hastyphus járványtanáról, *Székely Ferenc* a vegetatív neurosisokról, *Bencsáth Aladár* a csontvelő-vizsgálatok diagnostikai jelentőségét méltatta, *vitész Haynal Imre* a vérkeringés elégtelenségének functionális pathológiája és terapiája címmel tartott előadást, *Klimkó Dezső* a tüdősebészet korszerű kérdéseit ismertette, végül *Miskolczi Dezső* az agydaganatokról szóló vetítettképes előadásával zárta be a mindvégig nagy érdeklődéssel hallgatott előadássorozat utolsó napját. A továbbképző előadások szövege az EME orvosi szakosztályának kiadásában a közeljövőben külön kötetben fog megjelenni.

A jövő évre Beszterce város és Beszterce-Naszód megye közönsége hívta meg vándorgyűlés tartására az Erdélyi Múzeum Egyesületet.

*Zöldkeresztes kalendárium* az 1943. évre. *Faragó Ferenc dr.* egyetemi tanár szerkesztésében a közelmúltban jelent meg, mint az Országos Egészségvédelmi Szövetség kiadása.

Az egészségvédelem katonáinak, főleg a hatósági orvosoknak és jölkeresztes védőnőknek aldásthöz és sok küzdelmet kívánó munkájuk győzelmére hatásos fegyver ez a Kalendárium, mely most hagyta el a sajtót 60.000 példányban, hogy az ország legeldugottabb falujába is eljusson, kiszorítsa onnan az értéktelen, ponyva naptárakat, terjessze az egészség kultúráját, oktassa a magyar népet, hogyan védje meg maga és családja egészségét. Mi, akik kint élünk népünk között, kitörő örömmel fogadjuk azt és ügyes tartalmából nagy sikert jósolunk neki. Váltakoznak benne szakemberek cikkei legkiválóbb íróink írásaival. Nemcsak a falvak egyszerű népe tanulhat belőle, hanem haszonnal forgathatja a műveltebb közönség is. Sőt még a szakembernek is hasznára válik, mert megtanulja belőle, hogy milyen formában szöjljön egészségügyi kérdésekről a népnek, hogyan tartsa, oktassa a hozzáfutókat? A vidéki orvosnak kiváló segítőtársa e kis könyvecske, melynek kiállítása, szép ábrái mindenben megfelelnek a kiadvány céljának. Mindezek mellett 90 filléres ára lehetővé teszi, hogy még a legszegényebb falusi családnak is téli olvasmányává váljék. Csak egy hátránya van: túl apró betűkkel szedték, hogy minél tartalmasabb legyen. Ez bizony a sok helyütt még meglévő petróleumvilágítás mellett öreg embernek megnehezíti az olvasását.

*Szoporny Gyula dr.*  
Orvosdoktorrá avattattak a budapesti Tudományegyetemen november 7-én: dr. Székessyné, Hermann Vilma Amália; Keresztes Béla Ferenc; Muray Pál; Pethő Sándor. Üdvözljük az új Kartársakat!

Orvosi kéziratok gépelését magyar és német nyelven elvállal gyakorlott gépíró. Cím a kiadóhivatásban.

*Eladó* egy teljesen jó originál Hanaui kvarzlámpa, 110 és 220-as áramkörben is használható, orvos özvegyénél. Megtekinthető d. u. 4–6 között. Ugyanott műszerek is. Budapest, XII., Csörsz-u. 5. szám mf. 5. özv. Dr. Sukeyné.

**HETIREND**

**Hétfőn, 16-án 7 ó.: a Budapesti Orvosi Kör** ülése. *Sümei I.:* A porphyrinekről.

**Kedden, 17-én 1/2 7 ó.: a Magy. Phonetikai Társaság** ülése. *Fűzesi A.:* A siketnéma növények audiometrikus hallásvizsgálatáról.

**Kedden, 17-én 1/2 7 ó.: a Bp. Orvosi Kaszinó** ülése. *Gáli G.:* Régi és új tuberculosis problémák. (Benedict emlékelőadás.)

**Pénteken, 20-án 6 órakor** a Bp. Kir. Orvos-egyesület ülése. Előadások: *Bárczi J.:* A regeneratio új lehetőségei a D-vitaminnal kapcsolatban. *Rojkó A.:* A coxitis tuberculosa új műtéti kezelése.

**FELELŐS KIADO: VAMOSSY ZOLTAN.**

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

**Expectin**

SOL.

CSEPPEK

**Diachemia**STRAUB SÁNDOR  
GYÓGYSZERÉSZETI ÉS VE-  
GYÉSZETI LABORATORIUM,  
BUDAPEST, VI, TERÉZ-KRT 27.ELŐÁLLITJA  
ÉS FORGALOMBAHOZZA

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

# Uricedin

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

Magyarországi vezérképviselő:

**Medichemia Gyógyszerkészítmények Gyára R.T.**

Budapest, X., Hölgý-uca 14

**J. E. Stroschein**

Chemische Fabrik K. G.

Berlin

# DORMOVIT\*

*alvási zavaroknál*

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

\*) Furfurylisopropylbarbitursav

**DIWAG**

**CHEMISCHE FABRIKEN A.G., BERLIN-WAIDMANNSLUST**

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

# Shiosept

**K E N Ö C S**  
MAGAS KÉNTARTALMÚ  
SZINTELEN KÉN-KÁTRÁNY  
KÉSZÍTMÉNY.

INDIKÁCIÓK:

ACUT ES CHRON. EKZEMÁK,  
DERMATITIS, PYODERMIA, PRURITUS  
COMBUSTIO, CONGELATIO, PERNIQ,  
DECUBITUS, PSORIASIS, STB.

18 gr. tubus ..... P 1-90  
50 " tégely ..... " 2-90  
100, 250 és 500 g-os kórházi csomagolás,

ELŐÁLLITJA ÉS FORGALOMBA HOZZA:

**MEDICHEMIA**  
GYÓGYSZERKÉSZÍTMÉNYEK GYÁRA R.T. BUDAPEST.



## 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 kisdetek és gyermekek erőbeni állapotának feljavítására

### SZITMALTIN-1

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

Mindhárom készítmény rendelhető az Államkincstár, illetve Közgyógyoszerellátás terhére; O. B. A., O. T. I., M. A. B. I., Anya- Csecsemő- és Kisdjedvédelmi Intézetek, Gyermekehelyekben, Kórházakban, Klinikákon, stb. Közalapi és kórházi csomagolású dobozokban.

### DEMALTOS-1

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

### MALTOSIT-01

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

**KÖBÁNYAI POLGÁRI SERFŐZŐ ÉS  
SZENT ISTVÁN TÁPSZERMŰVEK R.-T.**

## TROPARIN COMBINATUM-CHINOIN

Novatropin 0.002 g + papaverin 0.04 g + Sevenal 0.02 g

**20 tabletta**

**Fokozott hatású görcsoldó- és megnyugtatószer**

MINDENNEMŰ SIMAIZOMGÖRCSES MEGELŐZÉSÉRE ÉS KEZELÉSÉRE

**Engedélyezve a Közgyógyoszerellátás, illetve Államkincstár terhére.**

# ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:  
VIII., Üllői-út 26., IV. em.  
Telefon: 345-113.

Ingyenes lífthasználat.  
(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 csekkszámunk javára.

Romániában: *Borsos Béla dr.* Arad, Str. Gen. Grigorescu 5.

Szlovákiában: *Eleőd Solt.* Handels- u. Kredit-B. Bratislava.

A »Magyar Orvosi Archivum« egész évre 10 P., 70 slk., 400 lei.

**Előfizetési díj:** az »Orvosi Hetilap«-ra az »Orvos-  
tudományi közlemények«-kel együttesen egész évre 26 P,  
220 slk., 1000 lei, egyéb külföldre a belöldi díjak + portó-  
költség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyed-  
évre negyede, egy óra 2:50 P.

*Meghűléses betegségek  
és szövődményeik kezelésére*

## **Acitophosan**

**Rheumatikus bántalmak, influenza.**

*Poralakban. — 10 és 20 tablettát tartalmazó fiolák.*

## **Tofamid**

**Heveny fertőző betegségek, ischias, lumbago.**

*Poralakban. — 10 és 20 tablettát tartalmazó fiolák.*

## **Sulfapyridin „Richter“**

**Pneumonia, angina.**

*24 tablettát tartalmazó fiolák. — 5 ampullát tartalmazó dobozok.  
5 suppositoriát tartalmazó dobozok.*

## **Corediol**

**A szíverő fokozására, a vérkeringés élénkítésére.**

*10 és 50 cm<sup>3</sup> solutiót tartalmazó üvegek. — 5 drb 2 cm<sup>3</sup>-es, illetve 3 drb 5 cm<sup>3</sup>-es ampul-  
lát tartalmazó dobozok.*



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

# VESTIN

előnyei a para-aminobenzolsulfamid, mandula-  
sav, stb. készítményekkel, a húgyutak  
nem gonorrhoeás fertőzéseiben:

- a) *prompt fájdalomcsillapító, tenesmus oldó hatás,*
- b) *teljes ártalmatlanság, hosszabb használat esetén is,*
- c) *savanyú és lúgos vizeletben egyforma hatékonyság.*

Közgyógyszerellátás,  
OTI, MABI, stb. részére  
rendelhető.

Dr. WANDER gyógyszer és tápszergyár r.-t., Budapest



*Az orr burutjai az*

## ADRIANOL<sup>®</sup> EMULSIÓ

*alkalmazásával egyszerűen, biztosan és gyorsan  
kezelhető, megrövidíthető és megszüntethető.*

C · H · B O E H R I N G E R · S O H N · I N G E L H E I M · A M · R H E I N

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

# ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON.

Szerkesztőbizottság:

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

## TARTALOM:

**Rejtő Sándor:** Csecsemők otogen sepsise. (557—558. oldal).

**Vásárhelyi Béla:** A pleuritis interlobáris ritka röntgenképe. (558—560. oldal).

**Marczell István:** A prostata hypertrophia hormonkezelése. (560—562. oldal).

**Makara György:** Érdekes human-paraziológiai esetek. (562—563. oldal).

**Sajgó Győző:** Belső szervek elektromos chemotherapiája. (563—564. oldal).

**Irodalmi szemle.** (564 és 567. oldal).

**Könyvismertetés.** (568. oldal).

**Zsindely Sándor:** Két rendelet. (568—569. oldal).

**Vegyeshírek.** (570. oldal).

**Hetirend.** (570. oldal).

A székesfővárosi Szt. János-kórház fülosztályának közleménye.

### Csecsemők otogen sepsise.

Irta: *Rejtő Sándor* dr. c. rk. tanár, kórházi főorvos

Mint a Szent János kórház csecsemő- és gyermekosztályának fülészeti consiliarius, 14 évi tapasztalatom alapján szeretnék a tárgyhoz szólni; az irodalomra nem térek ki. A kérdés egyáltalában nincs megoldva, de úgy látom, hogy a gyermekorvosi rész előbbre van mint a fülorvosi. *Krassnig M.* (Msch. Ohrenheilk. 76. évf. 9. f.) véleménye szerint a csecsemők középfülgyulladás okozhat súlyos általános fertőzést, parenteralis toxicosist is; de ezt csak ritkán látjuk. Szerinte ezek az otitisek éppen olyan *activ jellegű* gyulladások mint a felnőttek otitisei.

Nézetem szerint ezek a megállapítások csak az egészséges szervezetű csecsemőkre érvényesek, de nem a senyvedő, toxicus csecsemőkre. Ezeknél gyakran láttam aktív tüneteket nem mutató ú. n. latens otitist és latens mastoiditist. Ép csecsemőknél is találkoztunk atypikus dobhártyaképpel, de láz és fájdalom mellett. Mastoiditis láz nélkül nem nagy ritkaság még gyermekkorban sem, de elsődleges mastoiditis ép csecsemőknél nagyon kivételes eset. Mi otológusok azért megszoktuk, hogy először észleljük a dobüreg gennyedését és csak azután lép fel a mastoiditis. Gondolkodásunk annyira be van állítva erre a sorrendre, hogy el sem tudjuk képzelni a fül olyan megbetegedését, amely localis tünet nélküli mastoiditissal kezdődjék. Pedig ez a kórkép elég gyakori elgyengült szervezetű, dyspepsiás, atrophias toxicosisban szenvedő csecsemőknél. Az otitis hetekig állhat fenn lappangva, reactiók, rubor-calor-dolor nélkül, esetleg a bél infectiojának haematogen propagatioja következtében s a betegségnek egyetlen tünete lehet, a súly zuhanása, a bélzavarok macacssága mellett. Máskor latens mastoiditis okozza a toxicosist. Hogy mennyiben szerepel ez utóbbi kifejlődésében a beteg csecsemők csendes hanyattfekvése, mennyiben a csecsemő dobüreg anatómiája, miképpen áll elő az antrumot elzáró kötőszövetes gát a dobüreg felé? ezek mind felderítésre váró kérdések.

Ha a toxicosis a megfelelő diætára, infúziókra és transfúziókra, szóval a ma már kiforrott kezelés mellett nem javul s ha a gyermekorvos minden egyéb okot kizár, megkérdezi a fülorvos véleményét is. Mi fülorvosok ilyenkor vagy negatív dobhártyaleletet találunk és a bántalom otogen eredetére nem gondolunk, vagy több-kevesebb gyanu alapján felnyitjuk a dobhártyákat és ha innen váladékot nem kapunk, egész bizonyossággal tagadjuk a középfül megbetegedését. Pedig ilyenkor sokszor tévedünk. Jól kifejtett csecsemőnél — mint már említettem — az otitisek classicus képénél paracathesisre bő gennyedést kapunk; elgyengült csecsemőknél azonban meg kell tanulnunk, hogy felismerjük ezt a specialis kórképet: reactionmentes, karakternélküli otitist, esetleg otitisnélküli mastoiditist. Hogy nekünk otológusoknak mennyire idegen még ez a kép, azt az a tény is bizonyítja, hogy osztályomon még ma is csak a gyermekorvos írásbeli indicatiójára végezzük el az ilyen csecsemők felvését.

A magyar gyermekorvosok *Hainiss* professzor évtizedes tanítása alapján ma már azt az álláspontot foglalják el, hogy azokban az esetekben, mikor a csecsemők toxicosisa a kezelés dacára rosszabbodik és minden más egyéb okot ki tudnak zárni, feltételezik a latens mastoiditist és negatív füllelet dacára is követelik a csecsnyúlvány felvését. Kórházunk gyermekosztályának főorvosa, *Péteri* magántanár úr ezen az alapon sokszor végeztet velünk ilyen felvését. És mi sokszor csodálkozva láttuk a csecsüreg bő gennyedését negatív füllelet mellett. 1942 szeptember 29-én két ilyen felvését végeztem s aznap olvastam *Krassnig* fentemlített dolgozatát, ami soraim megírására ösztönzött. Az elmondottak illusztrálására közlöm ennek a két felvésnek rövid történetét, amelyekben a latens mastoiditis volt a fertőzés góca.

*G. Mária*, 15 hónapos, 1942 szeptember 3-a óta van hasmenése, láza, hány. A szokásos therapia eredményhez nem vezetett. IX. 17-én fülvizsgálat mely ép dobhártyákat jelez. IX. 27-én ismételt fülvizsgálat: a kissé gyanús jobboldali dobhártyát felnyitja, abból néhány csepp gennyes, nyákos genny ürül. A vérkép balra tolódása, a negatív mellkasröntgenlelet s az állandóan zuhanó súly miatt IX. 29-én a gyermekorvos felvését kért. Műtétnél antrumempyémát találtunk sok gennyel.

A dobüreg felé a genny útját kötőszövetes gát zárta el. X. 6-án a csecsemő tünetei javultak, a súlygörbe X. 10-3 óta emelkedik.

*B. István*, 13 hónapos. 1942 július 20-a óta enterális zavarok, melyből toxicosis fejlődött ki. Fülvizsgálat történt augusztus 6-án és 10-én negatív eredménnyel. Augusztus 17-én a jobb dobhártya sárgásan áttűnő, azért felnyitjuk; kevés nyákos genny ürül. A gyermekorvos kívánságára augusztus 19-én felvését végzünk a jobboldalon. Utána a csecsemő gyarapodik, de pár nap múlva visszaesik, majd hőmérséke 38° fölé emelkedik. IX. 28-án a bal dobhártya felnyitása, ahonnan bő genny ürül. 29-én a nagyfokú súlyosodás miatt a gyermekorvos a bal csecsnnyulvány felnyitását is kéri amit magam végeztem el. A csecsnnyulvány nagy üregéből nyomás alatt sok genny ürült: empyema proc. mastoidaei. A csecsemő azóta hízik, széke rendben van.

Azt mondhatná valaki, hogy ezek az esetek olyan frissek, hogy gyógyulásukhoz nem volt még elég idő. Azért közlök röviden egy múlt évi esetet is.

*K. Klári*, 14 hónapos. 1941 szeptember 17-én vétetett fel 2 hetes hasmenéssel, toxicosissal, 5500 g súllyal. A szeptember 20-án és 23-án végzett fülészeti vizsgálat negatív eredményt adott. A tünetek makacsúsága, a súly zuhanása miatt a két csecsnnyulványról röntgenfelvételt készítettek, amely a jobboldalon ritkulásos gócot mutatott. A klinikai tünetek alapján a gyermekorvos kívánságára X. 1-én felvését végeztünk a jobboldalon, majd a súlyosodás folytonossága miatt X. 10-én a baloldalon is, ahol antrum empyemát találtunk, s a dura lencsenyi területen szabadon feküdt a tályogüregben. A dobüregben genny nem volt. Egy héttel a második műtét után a csecsemő állapota javulni kezdett, majd 3 hét múlva 9100 g súllyal egészségesen távozott.

Az elmondottakból világos, hogy amikor a gyermekorvos más ok kizárása alapján kéri a csecsnnyulvány felvését, könnyen tévedhet, mert hiszen egyéb, élőben fel nem ismerhető okok is szerepelhetnek. Ilyenkor a műtėti lelet negatív lesz, egyszerűen azért, mert nem otogen az infectio. Erre nézve is van néhány esetünk. Ezek az esetek azonban ritkán fordulnak elő, gyakoribb a pozitív lelet, amikor eltokolt gennyedést találunk az antrumban, illetőleg a csecsnnyulványban. Az is bizonyos, hogy nagyon elgyengült csecsemőkön az antrum felnyitása, bár ott gennyet találunk, még sem segít. Általában azonban sokkal gyakoribb a gyógyulás, mint a sikertelen beavatkozás. Végeredményben azt kell tehát mondanunk, hogy a csecsnnyulvány felvésése, ami helyi érzéstelenítésben alig 5–10 perces beavatkozás, a gyermekorvos kívánságára mindenkor elvégzendő, mert ezzel semmiképpen sem ártunk a csecsemőnek, de igen sokszor használunk. Az otológiának pedig egyik legközelebbi feladata kell legyen ezeknek a latens mastoiditiseknek kórismézése, hogy ne csak a gyermekorvos kizárási diagnosisa alapján, hanem a mi pozitív felismerésünk segítségével állíthassuk fel a felvésés indicatióját.

A szombathelyi vármegyei közpörház belgyógyászati osztályának közleménye. (Főorvos: Vásárhelyi Béla.)

## A pleuritis interlobáris ritka röntgenképe.

Irta: Vásárhelyi Béla dr.

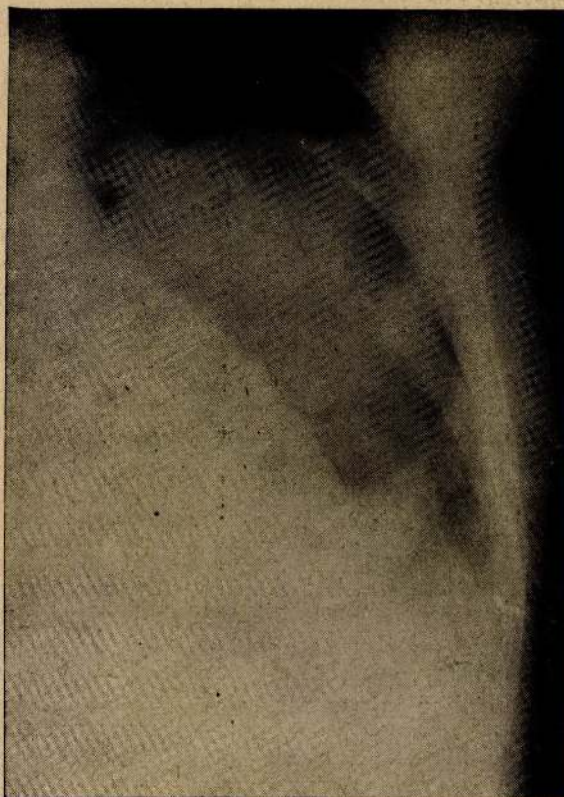
A következőkben a pleuritis interlobáris érdekes esetét akarom ismertetni, amelyik a klinikai tünetek és főleg a ritka Röntgen-kép alapján könnyen tévedésre adhat alkalmat.

*K. L.* 52 éves férfi betegsége 6 héttel előbb rázóhideggel és magas lázzal kezdődött. Mellében és hátában, a baloldalán szúrást érzett, sokat köhögött, de

köpete nem volt. Orvosa porokat és Priessnitz-borogatást rendelt, láza ennek ellenére 37.5° és 39.5° között mozgott, hidegrázása azonban többet nem ismétlődött. Orvosa betegségének 14. napján Röntgen-átvilágítás végett osztályunkra küldte, amidőn a baloldalon a rekesz felett 4 ujjnyi typosos folyadékárnyék volt látható. A tüdők tiszták voltak. Láza továbbra is megmaradt s kórházi felvétele előtti napon, hirtelen nagymennyiségű köpetet ürített. A köpet híg volt és nem volt különösebben bűzös. A köpet megindulásával a láz is csökkent, 38° fölé nem emelkedett.

Bőre halvány, kötő és látható nyálkahártyái közepérteltek. A száj- és torokképletek tiszták. Megnagyobbított mirigyek nem tapinthatók. A mellkas részarányos. A rekesz jól kitér. A bal rekesz felett oldalt és elől, tenyérnyi területen tompult kopogtatási hang és gyengült alaplégzés hallható. Másutt puha, sejtés a légzés. A szívtempulat jobbra a mellesont balszélén, balra összefolyik a mellkas tempulatával. A szívhangok kissé tompák. A pulzus rythmusos, száma percenkint 100. A hasban semmi kóros. Máj, lép nem tapintható. A Traube-tér szabad. Idegrendszeri kóros eltérés nincs. Hőmérséklet felvételkor: 37.6°. Vörösvérsejt: 3,820,000; fehérvérsejt: 6700; hgb: 65%; segm: 68%; un-segm: 3%; lympho: 25%; eos: 3%; fiatalalak: 2%. Vérésejtsüllyedés egy óra alatt: 68 mm; Wa. R.: negatív. A köpet híg, savós-gennyes, alig bűzös. Mennyisége az első 10 napon 300–500 ccm, a 14-k naptól kezdve 100 ccm alá csökkent. A köpetben rugalmas rostok nem találhatóak. Ugyancsak nem találhatóak echinococcus horgok, membránok és scolexek sem. Koch-bacillus szintén nincsen, ellenben különféle baktériumok mellett pneumococcusok mutathatók ki. A complementkötési reactio echinococcus antigennel negatív eredményű. A hőmérséklet néhány napig még kissé emelkedett, később a beteg teljesen láztalan.

A felvétel napján készült Röntgen-felvételen (1. ábra) a szívárnyéktól oldalt hatalmas, szabályos gömbalakú, teljesen élesszélű és egynemű árnyék látható, amely minden irányban, lefelé a rekesz felé is, világos tüdőmezőtől van körülveve. A Röntgenkép alapján elsősorban echinococcusra gondoltunk, mert rendszerint ez mutat hasonló kerek árnyékot a tüdőmezők felé éles széllel. Nagysága is ennek



1. ábra.

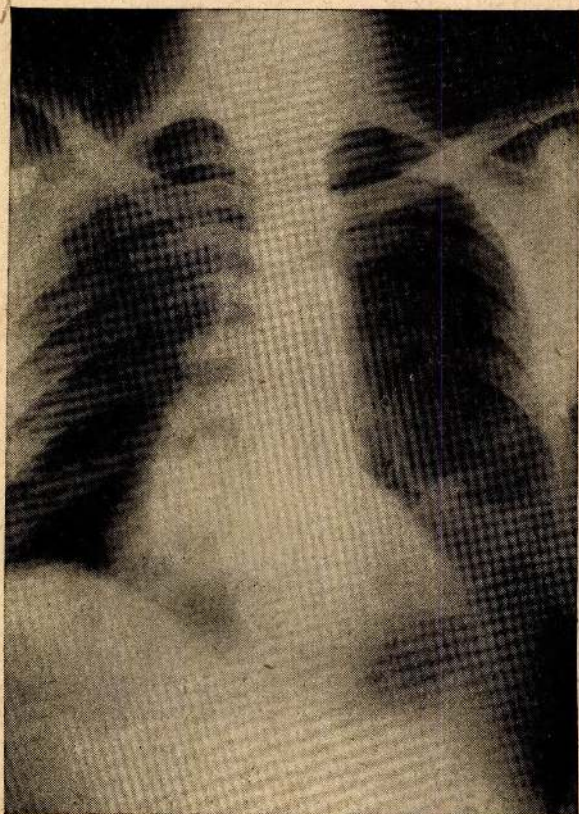


megfelelő, mert néha csaknem az egész tüdőmezőt elfoglalja.

A második lehetőség a tüdőtályog, amely gyakran szintén kerek árnyékot ad. Rendszerint fel nem szívódott pneumoniás göcban keletkezik és ebben felismerése nehéz. Elmosódott határ a folyamat terjedése mellett szól. A gangraena hasonló képet mutat, de határai nem olyan élesek. Igen ritkán izolált gummák láthatók a tüdőmezőben, élesen határolt kerek, de természetesen nem ilyen nagy árnyék alakjában.

A daganatok közül a másodlagos tüdőrák ad rendszeren kerek, élesszélű árnyékot. Az elsődleges tüdősarcoma ritka, de élesszélű, kerek árnyékú. Az áttételes sarcoma gyakoribb, többnyire azonban nagyszámú csomó alakjában jelentkezik. Tekintetbe jönnek még ritka daganatok, mint a fissurae brachiales lefűzéséből keletkező dermoid cysták, továbbá teratomák. Ezek szintén kerek, éles széllel határolódnak el a tüdőmezők felé. Hasonló képet adott *Edling* esetében, egy szétszóródott tüdőcsirokból kiinduló jóindulatú daganat; *Ephraim* esetében a tüdő amyloid tumora, *Weil* esetében az uterus chorionephiteliomájából kiinduló metastatikus daganat, amint azt *Assmann* klinikai Röntgen-diagnosztikájában olvashatjuk.

A néhány nappal később készült Röntgen-felvétel (2. ábra) változott a helyzet. Az árnyékot adó képlet, egyik bronchusba áttörése kapcsán részben kiürült s helyébe levegő nyomult. Ennek megfelelően a képen vízszintes folyadékszint látható, mely rázásra hullámszik s helyzeváltoztatáskor mindig vízszintes. A felette lévő levegőárnyék felfelé domború. Ilyen viselkedésű az echinococcus hólyag, ha megreped s tartalma részben kiürül. Különösen elgennyesedés esetén látjuk ezt a képet. Ha a hólyag tartalma teljesen kiürül valamelyik bronchuson keresztül, akkor gyűrűs árnyék jön létre, világos



2. ábra.

központtal. A tályogot főleg akkor ismerhetjük fel könnyen, ha áttört s levegő jutott a tályogüregbe. Az áttörés után a tályog gyógyulása többnyire gyorsan halad s Röntgennel jól követhető. A gangraenában néha centralis felvilágosodás és vízszintes folyadékárnyék figyelhető meg. A széteső tüdőrák közepén keletkező tályogüreg fala szabálytalan rajzolatú.

A klinikai és laboratóriumi vizsgálatok szerint a köpet nem volt határozottan gennyes, inkább híg, savós-gennyes. Szaga sem volt tályogra és üszkösödésre emlékeztető, erősen bűzös. A beteg lehellete sem volt bűzös. A köpetben sem rugalmas rostok, sem echinococcus horgok, membránák és scolexek nem voltak láthatók. A complementkötési reactio echinococcus antigénnel negatív eredménnyel járt. A vérképben eosinophilsejtek 3%-ban voltak. A köpetben nagy számmal pneumococcusokat sikerült kimutatni. A vizsgálati leletek és a kórelőzmény alapján figyelmünk érdekes Röntgen-árnyékot adó, lebenyközötti izzadmányra terelődött.

A pleuritis interlobalis többnyire lapos vagy lencsealakú árnyékot ad. Ha a lámpa fókuszja az interlobalis rés síkjában áll, akkor az izzadmány árnyéka keskeny, vonalalakú. Ennél mélyebbre sülylyesztett vagy magasabbra emelt lámpa sugarai, a derékszög felé közeledő hajlással érik a rés síkját s akkor az árnyék tetemesen szélesedik, megnövekedik. Az interlobalis elhelyeződés erről ismerhető fel. Az egyes lebenyhatárok elhelyezkedésének megfelelően különböző sugárirány vezet célhoz. A lámpa fősugarának olyan helyzetbe hozását, hogy az a lebenyhatár lefutásával párhuzamos legyen, a lámpa függélyes irányban való mozgatásán kívül, a test helyzetének változtatásával is elérhetjük. Homlokirányú átvilágítás esetén erre különösen alkalmas a lordozisos testtartás, mert ebben az esetben a nagy, ferde hasadék hátulról-előre lejtő lefutásának megfelelően, a lebenyszél a vízszintes irányú fősugárral párhuzamos. A pleuritis interlobalis vizsgálata lordozisos testtartásban elengedhetetlenül fontos, mert egyrészt a vékony lebenyközti izzadmány csak úgy válik árnyékadóvá, ha egész mélységi kiterjedésében összeesik a sugáriránnyal, másrészt a lebenyközötti izzadmány jellegzetes alakja csak így lesz láthatóvá. Hogy tehát az izzadmány térbeli elhelyeződéséről és kiterjedéséről ítéletet mondhassunk, az átvilágítást különböző irányokból, dorsoventralis és ventrodorsalis sugáriránnyal, homlokirányú és ferde átmérőben, lordozisos, esetleg kyhozisos testtartásban kell végrehajtanunk. A stereoskopos eljárás itt különösen jó szolgálatot tehet. Mennél nagyobb az izzadmány, annál egyenletesebben terjeszkedik ki minden irányban s ennek megfelelően annál csekélyebb az átvilágítás irányának befolyása az izzadmány alakjára és nagyságára.

A lebenyközötti izzadmány árnyéka rendkívül különböző, részint a lebenyhatárok bonctani helyzete, részint a lebenyközötti résen belüli letokolódások folytán. Egészen más árnyékformák állanak elő aszerint, amint az izzadmány az elülső vagy hátulsó, felső vagy alsó, oldalsó vagy középső részen a lebenyközötti résnek helyezkedik el vagy azt teljesen kitölti. Jelentékeny befolyással van az izzadmányárnyék alakjára az a körülmény, hogy a két határoló lebeny közül, melyik enged jobban az izzadmány nyomásának. Gyakrabban az alsó lebeny a kevésbé ellenálló. Ilyenkor a felső határ egyenes

és élesszélű, az alsó elmosódott, kerek lefutást mutat. Azonban az ellenkező eset is előfordul. Kicsiny izzadmányok, jelentős kompressziós hatás nélkül, gyakran szalagalakúak, egészen nagyok, minden irányban kerekdedek. Utóbbinak felel meg a most bemutatott esetünk.

Aránylag a legállandóbb az izzadmány alakja a felső és középső lebeny között. Erre t. i. a legesekélyebb a befolyása az átvilágítás irányának, miután a felső és középső lebenyhatár vízszintes síkban fekszik s a IV. borda elülső részének magasságában fut le, míg a többiek ferde lefutást mutatnak.

Igen jellemző a lebenyközötti izzadmányra, hogy fent és lent világos tüdőmezőtől van körülvéve. Lefelé, a rekeszizom felé rendszerint legalább keskeny szegély szabad marad s a lebenyközötti izzadmány árnyéka a szív és a nagyerek középárnyékától, a bronchus lumen világos csíkja által elhatárolható. Ha azonban a környező tüdőszövet atektáziája vagy pneumóniás beszűrődése, avagy következményes izzadmány képződése a szabad mellhártyaürben, az egész tüdőmező általános árnyékolódását hozza létre s különösen, ha az elhatárolódás a rekesz és mellkasfal felé, a phrenicocostalis szögletben, közbeeső világos tüdőmező által hiányzik, akkor a Röntgen-vizsgálat éppen olyan kevésbé nyújt felvilágosítást a lebenyközötti izzadmány jelenlétéről és kiterjedéséről, mint a fizikai vizsgálat eljárások.

A lebenyközötti izzadmányok többnyire valamelyik hörgőbe való áttöréssel gyógyulnak. Az áttörés után alsó, vízszintesen mozgó folyadékárnyék és felette felfelé domború levegőárnyék látható. Az izzadmány kiürülésével az árnyék gyorsan kisebbedik s végül az izzadmány helyén vékony, vonalszerű köteges árnyék hátrahagyásával gyógyul. (3. ábra).

Esetünkben még pleuritis saccata parietalisra is kellett gondolnunk, amely sötét, többé-kevésbé kör alakú árnyékot ad. Hogy az árnyék parietálisan

fekszik, arról a beteg forgatásával győződhetünk meg, mivel azt nem lehet a mellkas falától elkülöníteni.

A lebenyközötti izzadmányról még csak annyit, hogy leggyakrabban pneumóniához csatlakozik, amely néha csak csökevényesen fejlődik ki. Ritkábban áttételes úton, a vér- vagy a nyirokutak közvetítésével, a testben valahol távollevő gennygócból vagy a tüdő körülírt sérüléséből vagy gümős fertőzéshez csatlakozóan keletkezik.

Összefoglalva az elmondottakat, azt látjuk, hogy a lebenyközötti izzadmány bizonyos körülmények között olyan szabályos, kör alakú, a környezet felé éles széllel elhatárolt, teljesen egynemű Röntgenárnyékot adhat, amely echinococcus hólyaggal, tüdő-tályoggal, főleg pedig daganattal, esetleg pleuritis saccata parietálissal téveszthető össze. Csak a pontos előzmény, a klinikai tünetek és vizsgálatok s különösen a lefolyásnak Röntgen-ernyő alatt történt megfigyelése tisztázhatja a kérdést.

A budapesti Tudományegyetem urológiai klinikájának közleménye. (Igazgató: Illyés Géza ny. r. tanár.)

## A prostata hypertrophia hormonkezelése

Irta: Marczell István dr.

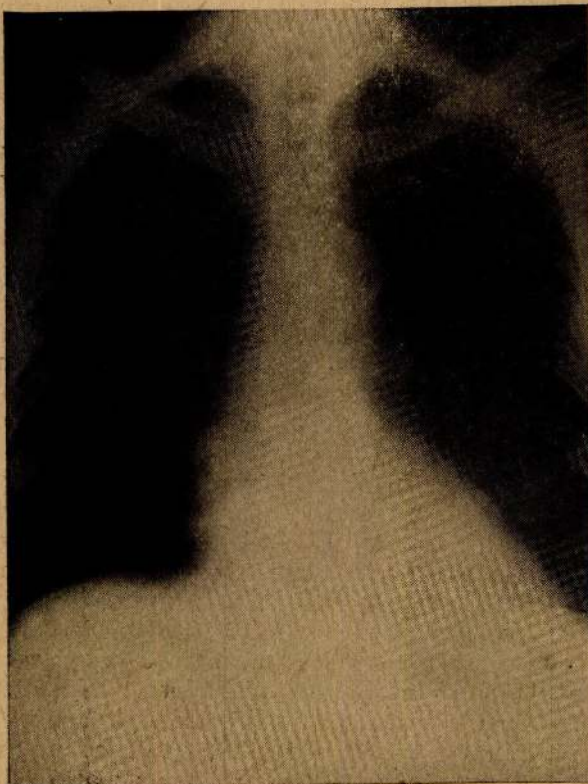
Mai általános felfogás szerint a prostata hypertrophia (továbbiakban ph.) helytelen elnevezés. Az újabb vizsgálatok szerint a prostata ezen látszólagos megnagyobbodása nem a prostata mirigyállományának túltengése, hanem a húgycső mirigyéből kiinduló terimenagyobbodás. Ezek a mirigyek részben a prostata előtt, részben a hólyag sphincter mögött fekszenek. Így tehát aszerint, hogy a mirigyek melyik csoportja nagyobbodik meg, beszélünk subvesicalis és intravesicalis ph.-ről.

A ph. okát keresve, teljes bizonyossággal nem tudunk megnyugtató választ adni. Egyes szerzők medencebeli congestióban, mások constitutionalis adottságokban, arteriosclerotikus elváltozásokban keresnek támpontot a ph. kifejlődéséhez. Hosszantartó gyulladásokat is felvettek a ph. okaként, de határozott választ adni ezen magyarázatokkal nem lehet. A jelenlegi általánosan elfogadott álláspont szerint a ph.-t jóindulatú daganatnak foghatjuk fel. (Albaran, Virchow, Adrion.)

Ez a neoplasma, azaz a submucosus mirigyeknek ezen megnagyobbodása a prostatát összenyomja s az mint néhány milliméter vastag tok veszi körül a mirigymegnagyobbodást.

Az intra- és subvesicalis ph. megkülönböztetése nagy jelentőséggel bír a korai kórisme felállításánál. Mert míg a subvesicalis hypertrophiát rectalis tapintás útján könnyen felismerhetjük, addig az intravesicalis forma tapintás útján nem mindig ismerhető fel. Ezen formánál tehát negatív tapintási lelet mellett nem szabad a ph. jelenlétét kikapcsolni. Természetesen ezek az általános megállapítások csak irányjelzők, mert a diagnosis felállításának helyességét még más körülmények is módosítják. Nem szabad figyelmen kívül hagyni a beteg általános állapotát, a panaszok jelentkezésének idejét, a hólyagizomzat működőképességét stb.

A ph. keletkezésének eddig ismert okai nem adnak megnyugtató választ a ph. kifejlődésére. A kutatók figyelme endokrin behatásokat is keresett.



3. ábra.

Már 1897-ben Mac Evan az ivarmirigyek csökkent működésével hozza összefüggésbe a ph.-t Feltevésének bizonyítására tárgyi érvet nem tudott, sőt bizonyos tapasztalati ellenmondás is nehézséget okozott, ugyanis pl. a ph.-ban szenvedők potenciájában számottevő csökkenés vagy kiesés nem mutatkozott.

A belső elválasztási rendszer vizsgálatának fel lendülése újabb lökést adott a ph. okának kutatására.

A férfi szervezetében állandóan női hormonok is jelen vannak. Ez azonban normalis, fejlett egyénnél semmi zavart nem okoz, mivel egyensúlyban vannak a hímhormonokkal. Megváltozik a helyzet azonban, ha a here az öregkor beköszönésével csökkent működését és hormonképzőképességét. Ennek következménye az, hogy a hímhormonok mennyisége fogy, ellentétben a női hormonokkal, melyeknek csökkenése nem következik be. Így eltolódik a helyzet a női hormonok javára s viszonylagos túlsúly áll be. A hormonoknak ezt a viselkedését ismerve, továbbá a prostata fejlődését vizsgálva, összefüggésbe hozhatjuk a ph. kifejlődését a hormonalis behatásokkal.

Fejlődéstanilag a prostata két részből alakul ki a harmadik hónap elején. A proximalis rész, mely a prostata kisebbik részét alkotja, a Müller-féle csöből, a distalis, nagyobbik rész pedig a sinus urogenitalis entodermájából egy gyengébb ventralis és két erősebb dorsalis telepből fejlődik. A prostata tehát két különböző nemű fejlődési göcből alakul ki. A Müller-csőből a prostata felső része, mely biszexuális jellegét rejtve őrzi, míg a másik rész tisztán himeredetű Határnak a colliculus seminalist vehetjük: Így érthető, hogy a fentebb említett női hormonok túlsúlyba jutása elsősorban a női jelleget is magában rejtő proximalis prostata részre lesz hatással elsősorban. Innen ered ez a tapasztalat, hogy ph.-nál mindig ez a prostatarész mirigyecsoportja mutatja a hypertrophiát.

Újabb vizsgálatok a ph. kifejlődésének ezen módját megerősítik. Megállapítást nyert szövettani vizsgálatok alapján, hogy idősebb korban elhúnytakon a ph. kifejlődése igen nagy százalékban megtalálható, tehát mintegy physiologiás állapotnak tartathatjuk. (Jacobi, Grassmann, Pollak.)

Fenti fejtegetések alapján a ph. kifejlődésének egyik okaként a hormonalis hatást ismerhetjük el. A hormonalis hatások ilyen ismeretében felmerült az a gondolat, hogy az öregedő férfi hormonegyensúlyának eltolódását az eredeti egyensúlyba hozzuk. A mód önként adódik, a hiányzó, illetőleg csökkent mennyiségű hormonokat pótolni.

Kezdetben a sexualis hormonok gyógyító alkalmazása általánosságban a nemi működés csökkent, vagy zavart állapotainak rendezésére irányult. A mind szélesebb körben történt vizsgálatok a sexualhormonok alkalmazásának területét kiszélesítették. A psychés, roboráló, tonizáló, stb. hatások ismeretében a hormonok adagolása napról napra megalapozottabb. Ehhez járul még a hatóanyagoknak standardizálása is, mely az orvos kezébe most már mérhető, tehát ellenőrizhető szert adott.

Felvetődik itt a kérdés, hogy természetes anyagokból előállított, vagy pedig szintetikus úton nyert hormonfajtát adagoljunk. Vizsgálva az egyes hormonfajtákat arra az eredményre jutottak, hogy a szervekből előállított praeparatumokban a hatóanyag mellett még más, eddig ismeretlen anyagok is vannak különböző, de nem ismert mennyiségben, melyek a hormon hatását támogatják. Hátránya

ezen készítményeknek a bizonytalan mennyiségű és nehezen mérhető hormontartalom. A szintetikus nyert hormonok hatását Abderhalden, Butenandt sok tekintetben hatékonyabbnak tartja. Hiányzik belőlük ugyan a természetes módon izolált hormonokban feltételezett mellékanyag, de viszont a hormon mennyisége meghatározott. A választást az elérni kívánt hatástól tesszük függővé. Az általános sexualis vonalon mozgó kiesések javulását tapasztalat szerint a természetes úton nyert hormonok jobban befolyásolják, míg a specialis célzattal például ph.-nál, idegzavaroknál adagolandó gyógyszerül a szintetikus formát választhatjuk.

Igy jutottunk el a ph.-nál alkalmazható szintetikus hormonokhoz. Adagolásánál kétségtelenül megállapítható még bizonyos roboráló hatás és a sexualis psyche felrissülése is. Betegeinknek Androfort Richter-t adagoltunk injectio formájában, hetenként 3 injectiót, azaz 3-szor 10 mgr-ot.

Tapasztalatainkat a következőkben foglaljuk össze.

A fájdalmas vizelési ingerek majdnem minden esetben megszűntek. A residualis vizelet mennyisége az esetek körülbelül felénél tetemes csökkenést mutatott. Eredményeink körülbelül megegyeztek Lini hasonló vizsgálataival, bár mi maradék nélküli vizelést nem észleltünk. Ennek oka talán az lehet, hogy a mi beteganyagunkon a hypertrophia I. stadiumában lévő betegek nem voltak, mivel a klinikánkon fekvő betegek a valószínű műtét reményével jelentkeztek. Érdekes változást észleltünk a betegek psychején. Majdnem minden esetben a hangulat fokozottabb jobbratulódását figyelhettük meg. Ezt részben hormonalis behatás eredményének tartjuk, részben pedig psychikus hatásnak. Ugyanis minden beteg kellő felvilágosítás után kapta az injectiókat s így fokozott érdeklődéssel kísért minden, talán más körülmények közt észre sem vett jelenséget. Lassanként mindent, ami csak nem volt kimondottan kellemetlen, tartalommal töltött meg és az energiák megújulását vélte magában felfedezni.

Az adagolás, mint már említettem, heti három 10 mgr-os injectióból állott. Egy-egy beteg 100—120 mgr-ot kapott. Ezzel a sorozattal elértük azt, hogy a beteg panaszmentesen vizelt s residuuma csökkent. Mivel azonban a javulás nem ígérkezett végleges megoldásnak, a betegek kevés kivétellel — akiknél műtéti contraindicatio állt fenn — műtetre kerültek. A sebészi megoldás a prostatától függően resectio vagy ectomia volt.

A műtét utáni panaszok jelentkezésénél ismét a hormonok adásához fordultunk. A dysuria hevesége itt is csökkent, a residualis vizelet mennyisége a minimumra vagy a nullára redukálódott. Ez azonban a műtét eredménye inkább. Feltűnően jó volt azonban az eredmény resectio után. Itt minden esetben a panaszos vizelés, a visszamaradó vizelet mennyisége esést mutatott, a psychés hangulat pedig emelkedett. A műtétre nem kerülhető betegknél, így előrehaladott koruaknál, súlyos más betegségekben szenvedőknél, rákosoknál, a hormonadagolás kicsi vagy majdnem semmi eredménnyel sem kecsegtet. Ezen betegek legtöbbször állandó katheteren él, vagy csapolja önmagát, tehát panaszaik a katheterrel függenek össze, így a hormonok adása illuzorikus. Ezen esetekben dysuria, residualis vizelet, tehát a hormonadagolásnak leghálásabb indicaitói

nem lévén, a hormonokat nem adnánk. De ismerve a kétségtelen roboráló hatást és mérlegelve azt a körülményt, hogy ha valamely gyógyszer a segítség legkisebb tulajdonságaival is bír, adni kell, mégis megkísérhetjük a hormonok adagolását. Mivel az injectio adása sem fájdalommal, más másféle zavaró körülménnyel nem jár, felhasználhatjuk mindazon esetekben is, ahol a sebészi beavatkozás nem vihető keresztül.

Tapasztalatainkat összefoglalva, arra a megállapításra jutottunk, hogy a ph.-val kapcsolatban a herehormon adagolása indokolt kezdeti stadiumában a ph.-nak, mikor is a panaszok tartós megszűnését várhatjuk. Továbbá műtétek, de különösen resectio után, ahol a műtéti eredmény tartósságát és állandóságát támogatja és végül a nem operálható prostatások panaszainak valamelyes enyhítőjeként, valamint psychés és roboráló szerként

Az Országos Közegészségügyi Intézet parazitológiai osztályának közleménye. (Főigazgató: Tomcsik József ny. r. tanár.)

## Érdekes human-parazitológiai esetek.

- a) *Leishmania donovani* fertőzés hazánkban.
- b) *Fasciola hepatica* az orrüregben.

Írta: Makara György dr.

A rendszeres laboratóriumi vizsgálatok során mindig előfordulnak olyan szokatlan leletek, melyek az eset ritkaságánál vagy különleges körülményeinél fogva általános érdeklődésre is számot tarthatnak. Az utóbbi évek alatt előfordult ilyen esetekről sorozatban számolunk be.

a) *Leishmania donovani* (*L. infantum*) első hazai fertőzés esete. Geldrich János dr. által észlelt eset laboratóriumi vizsgálati anyagát 1939 októberében kaptuk az Egyetemi Gyermekklinikáról. A beteg K. M. négyéves leánygyermek, a vizsgálatot leishmaniasis gyanúja miatt kérték. Az első vizsgálatok negatívak voltak; a vérben parazita nem volt, a vérsérum aldehid reakciója negatív volt (ugyancsak negatív leletet adott a széketvizsgálat). Két nap múlva a lázas, sápadt, sovány, anaemiás gyermek tanácsunkra léppunctiót végeztek. A léppunctatumból anyagot vettünk kitenyésztésre N. N. N. táptalajon és kikent készítményeket is festettünk. A

tenyészetben három nap múlva találtuk meg a mozgó és jellegzetes herpetomonad alakokat. Nagyságuk, alakjuk és mozgásuk a *Leishmania*-ra jellemző. A festett készítményekben kimutathatók voltak a *Leishman-Donovan* (*L. D.*) testek. (I. kép.) A *L. D.* testek inkább extracellularisan helyezkedtek el, csak néhol voltak a nagy endothel sejtekben, s általában csak szórványosan voltak megtalálhatóak. Újabb két nap múlva megismételt léppunctio tenyésze és kikent készítménye ismét pozitív eredményt adott, sőt ez alkalommal több vérkészítmény közül kettőben, a keringő vérben is volt egy-két *L. D.* test található. A tenyészetben a *Leishmaniák* 2–3 hétig éltek, de nem voltak nagy számban. A tenyészeteket kétszer tovább oltottuk.

Az eset kórképét, klinikai lefolyását, gyors gyógyulását specifikus kezelésre Geldrich dr. már közölte (Gyógyászat, 1939). Ez az első hazai kala-azar eset, a gyermek sohasem járt az ország területén kívül, sőt budapesti lakhelyéről is csak néhány napra távozott. Az eset autochton voltahoz kétség nem fér.

Az emberi leishmaniasisok közül a *L. brasiliense* csak Közép-Amerikában fordul elő, mint a nasopharyngealis leishmaniasis okozója. Cutan leishmaniasis Dél-Európában elég gyakori, Olaszországban és a Balkánon endemiás góccokat is találtak. Így behurcolásra számítani lehet. Az *L. donovani* által okozott visceralis leishmaniasis, vagy kala-azar, trópusi betegség ugyan, de a Földközi-tenger környékén Európában is előfordul. Utóbbi időben úgy látszik terjed. Európa déli részén, különösen Olaszországban, Görögországban és Dél-Franciaországban sajátságosan főleg kisgyermekek betegsége. Így merült fel az a feltevés, hogy más parazita faj (*L. infantum*) okozza ezeket az eseteket. Ma ezt a feltevést csak kevesen vallják és az *L. infantumot* az *L. donovanival* azonosnak tartják. A mediterrán visceralis leishmaniasis emberen kívül kutyák betegsége s a rezervoár-gazdának a kutya tekinthető.

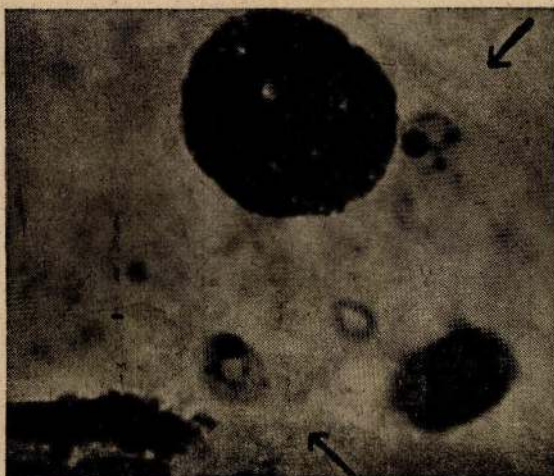
A leishmaniasisok terjesztői a kis szőrös, rossz repülő, szűrő, úgynevezett papatazi legyek; *Phlebotomusok*. Hazai előfordulásuk megállapítása (Lőrincz F. és Szentkirályi Zs. 1932) már előbb felhívta a figyelmet a leishmaniasisok terjedési lehetőségére (Lőrincz 1933). Ez az eset a feltevést igazolta. Ha még számíthatunk is ilyen esetekre és esetleg cutan leishmaniasis előfordulására, a betegség endémiássá válásától tartani nem kell.

### b) *Fasciola hepatica* az orrüregben.

A Rehák Pál dr. által beküldött esetben az orrüregből eltávolított férget 1939 novemberében kaptuk vizsgálatra. 31 mm hosszú és 16 mm széles trematoda volt, kissé megrongált állapotban. A két szívótálsa elhelyezkedése, az ovariumok, uterus és mirigyek elhelyezkedése és az elágazó herecsatornák rajzolata a többi jellegzetességgel együtt könnyen meghatározhatóvá tette, hogy *Fasciola hepatica* fejlett példánya van előttünk. Az uterusban jellegzetes fejlett peték voltak.\*

Surányi Ede dr. körorvos úr (Kál, Heves m.) szíves közreműködése révén sikerült az intelligens betegre (állatorvos) vonatkozó adatokat megtudni.

A beteg 8 év előtt tüdőgyulladásra esett át, azóta máj- és epebántalomban szenvedett. Sárgasága



*Leishman-Donovan* testek K. M. léppunctatumban.

\*Dr. Polyánszky Tibor közölt róla cikket a Gyógyászat 1940. évi 39. számában.

ismételten visszatért. Kórképe nem volt jellegzetes, a laboratóriumi vizsgálatok (Bang, stb.) negatív eredménnyel jártak. 1939 augusztusában broncho-pneumoniás tünetei voltak és influenzaszerű náthája. Szeptemberben 2–3 napon át orra vérzett, majd orrából hártyszerű képletet kapart ki. Ez volt a vizsgálatra beérkezett anyag. A jobb orrfélben a septum nasin tapadt. Ez idő óta nincs panasz. *Surányi dr.* a képletet már felismerte.

A széketvizsgálat negatív volt, s az eset aethiológiájának tisztázására egyéb adat nem áll rendelkezésre. A klinikai előzmények alapján felmerül az a lehetőség, hogy a féreg a szájon át az étellel jutott be és a garatban megkapaszkodott; a kórelőzmény pedig véletlenek összetalálkozása és tévesen kelti fascioliasis gyanúját. Ezirányú kérdéseinkre azonban nem kaptunk olyan adatot, mely az étellel való bejutás lehetőségét támogatná, vagy kizárná.

Az irodalomban *Faust* (1929) szerint mintegy 60 emberi *Fasciola hepatica*-fertőzés vált ismertté. Ezek között hazánkban fordult elő az *Entz Béla* által 1917-ben talált eset. A kevés emberi eset között aránylag gyakori, hogy a férget szokatlan helyen találták. A májban van ugyan megtelepedési helye, emberben mégis találtak a tüdőben, agyban, szemben és bőralatti tályogban. Előfordult nem egyszer a felső légutakban is. *Khouri* (1904) szerint Syriában egy sajátzerű *Fasciola*-fertőzés nem ritka. A »halzoun«-nak hívott jelenséget az áldozati állatok májának nyers elfogyasztása után tapasztalják. A pharynxban megtapadó férgek okozzák, erős vízenyő, sőt esetleg asphyxia támad. A fenti eset körülményei sokban emlékeztetnek a »halzoun«-ra, az ilyen megtapadás mellett szól a negatív széketvizsgálat is.

A májban (borjú és sertés) gyakran található *Fasciolák* megtapadási lehetősége a ma divatos nyersmájfogyasztás korában figyelmet érdemel.

## Belső szervek elektromos chemotherapiája.

Irtá: *Sajgó Győző dr.* m. kir. orvosezredes.

Az 1941–42. években megtartott sorozatos előadásaimban a sejtek életjelenségeit, az egészség és betegség kérdését, a sebgyógyulást, esontosodást, a különféle gyógyszerhatást szervezetünkben állandóan folyamatos elektrolitos dissziációs áramlás-ingadozásaképpen igyekeztem felfogni. Ezen gondolat alapján írtam le állületeknél a »transplantatio intramedullaris« műtétet, a »tuberculosis újabb sebészi gyógykezelése« címen új műtési eljárásomat, a fertőzött és idült sebészek, sipolyok gyógyítására a »Fématomok alkalmazása a sebkezelésben« és az »Idült sipolyok gyógykezelése fém-pálcikákkal« címen eljárásomat és kísértem meg a különféle alkati megbetegedéseknek és a gümőkórnak gyógykezelését is (O. T. K., Zbl. f. Chir., Bruns Beitrage).

A különféle megbetegedéseket a sejtek elektromos ellátottságában beállott egyensúlyi zavarnak tekintem, melynek objectív tüneteit a szervezet humorális elektrolitjének savbasis egyensúly — Ca vérszint változásaiban, a Ca és többi sóinak dissziációs ingadozásában vélem megtalálni.

A dissziációs folyamat természetesen tovább

folyik akkor is, mikor a szervezet oldott állapotú sói a humorális keringésből a sejteken keresztül akár physiologias akár erőszakos úton az izületekbe, a szövetek közé áramlanak vagy az emésztő csatornában megjelennek ill. az urogenitalis apparatuson át kiürülnek. Vándorlásuk folyamán teljesen vagy fokozatosan dissocialnak, reversibilis vagy irreversibilis chemiai reactio változást szenvednek. Az emésztőcsatornába jutva az ott végbemenő hydrolytos dissziációs folyamatba kapcsolódva a H-ion ill. OH-ionok túlsúlya szerint savi ill. lúgos kémhatású, állapot létrehozásában működnek közre. Ezen chemiai folyamattal magyarázható az amonium chloridnak a szervezetre gyakorolt hatás-módja is. (Az  $NH_4 Cl$  vízben oldható neutrális só, amely oldott állapotban  $NH_4^+ + Cl^-$  ionokra dissziál. Ugyancsak a bétartalom vízének egyrésze is dissziált állapotban van jelen:  $H^+ + OH^-$ . Az OH-ionok az  $NH_4$ -ionokkal nehezen dissziáló  $NH_4 OH$ -dá egyesülnek, míg a H-ionok az oldatban szabadon maradnak és lassan az OH-ionokkal szemben túlsúlyba kerülve az oldatnak savanyú kémhatást kölcsönöznek. Ezen szabad H-ionok könnyen felszívódva emelik a humorális keringés H-ion concentratioját, amelynek következtében a szervezet savbasis egyensúlya savi irányba tolódik el). Mert a szervezet savbasis egyensúlyát a gyomor-bélcsatornán át periferiásan beható chemiai folyamattal úgy megváltoztathatjuk, mint ahogyan a gyomor fundus mirigyeit periferiás izgatással fokozott működésre serkentve a humorális keringésben H-ion conc. csökkenést és következményes alkáliás állapotot teremthetünk. Általában hyperchlorhydria emelkedett értékű szabad sósav mellett a vér pH-ja lúgos, anaciditásban szenvedőknek vér pH-ja savi.

A szervezet regeneratiojában védekezésében, a sejtek normalis vagy határnélküli dissziatiojában (tumor) ezen állandóan folyamatos elektrolysis döntő szerepet játszik, melynek rendes lefolyását vagy abberatioját az átörökléssel magunkkal hozzuk.

A H-ion concentratio változás azonban nemcsak a szervezet savbasis-egyensúlyának eltolódását hozza létre és az ezzel összefüggő alkati megbetegedéseket hívja életre, hanem a szervezetnek mint táptalajnak ingadozása fertőzés esetén egyuttal a bakteriumok életfeltételét és virulentiaját is megszünteti.

Mindezek figyelembevételével a test hozzáférhető üregeiben (az arc melléküregei, gyomor-bélcsatorna, vesemence-hólyag, uterus-vagina) fellépő különféle kóros tüneteket, bakteriális fertőzéseket, olyanféleképpen vélem gyógykezelhetni, hogy egyrészt az oda bevitt galvan árammal H-ion vagy OH-ion vándorlást, concentratio emelkedést idézve elő baktericid hatást értek el (»elektromos chemotherapia«), másrészt a faradikus árammal okozott ideg-izom ingerléssel az illető szerv contractioját, mirigyeinek hypersecretioját provocalom. Eképpen:

1. Az arc melléküregeit fertőzés esetén gumi sondán át odajuttatott galvan árammal desinficiálhatjuk.

2. A gyomor-bélcsatornában gyomor vagy duodenalis sondán át vezetett galvan árammal aszerint, hogy az elektrodokat miképpen kapcsolom: H-ion vagy OH-ion kiválást idézhetek elő (katodon a kationok: H, anodon az anionok: OH válnak szabaddá, ill. veszítik el töltésüket). Így a gyomor-bétartalom

H-ion conc.-ját megváltoztathatom és a túlsúlyra kerülő emelkedett értékű sav, illetve basis äquivalensek felszívódásával a szervezet savbasis egyensúlyát is befolyásolhatom. Faradikus árammal egyrészt gyomor-bél peristaltikát idézhetünk elő és a gyomorbélesatorna mirigyeit közvetlen izgathatjuk, működésre serkenthetjük (pl. achylia gastrica, bél paralysis esetében), másrészt a ganglion coeliacumra, az epehólyag-máj-pancreasra gyakorolt közvetett izgatással azoknak hyperfunctióját válthatjuk ki.

3. *Az urogenitalis szervek* az urethratól a vesemedencéig elektromos áram számára könnyen hozzáférhetők. Bakteriális fertőzöttségük esetében galvanizációval tartósan desiniciálhatók, faradikus árammal pedig izomzatuk tonusba hozható.

4. Ugyanez áll *a gynecológiai megbetegedésekre* (uterusvaginális fertőzések, fluor, vérzések, atonia uteri stb.), továbbá az évekig tartó sipolyos Douglas, parametritisés tályogok kezelésére is, amelyeknek gyógyulását egyébként a fertőzött üregbe sipolyjáratba behintett fémpor is kedvezően befolyásolja és a gennyedés időtartamát 4—6 hétre lecsökkenti.

Elméletemnek — a test üreges szerveinek gyógykezelésére szerkesztett műszereimmel — azt hiszem sikerül gyakorlati értéket adni és az elért eredményt annak helyességét igazolni.

*Műszerek:* a különleges olivákban végződő és vezető fémhuzallal ellátott gumi sondák, félkemény katheterek és buzgiék.

*Kezelési eljárás:* ha a kezelendő testüregben savanyú állapotot akarunk teremteni, az oda bevezetett sondát a galvanizációval pozitív elektrodjával kapcsoljuk össze (OH gyök válik szabaddá); viszont a galvanizációval negatív elektrodjának bekapcsolásával lúgos állapotot idézünk elő (H-ion válik szabaddá és a befecskendezett neutralis só oldatban a basis äquivalensek kerülnek túlsúlyba).

A kezelendő üreg feltöltésére gyengén savanyított bór oldatot vagy nagyhígítású ecetsavat használunk.

*Áramerősség:* 2—6 milliampère.

# METALIX RÖNTGEN

## RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KÖRÚT 37

TEL. 182-680, 383-135.

## IRODALMI SZEMLE

### SZEMÉSZET

Rovatvezető: Grósz István.

**Tapasztalatok az albucid hatásosságáról trachomában.** *Rohrschneider.* (Klin. Mbl. Aug. 1942. 108, 430.) 53 különböző stádiumban lévő trachomást kezelt lőkés-szerű adagolással. 21 betege egy albucid kúrát, 15 eset kettő és 17 trachomás három kúrát kapott, egyhetes időközökben. A szarufolyamatok gyorsan javultak, egyébként az albucid kedvező hatása csak a 2. lőkés után mutatkozott. A javulás minden esetben jelentkezett, függetlenül attól, hogy milyen régi trachomája volt a betegnek. A javulást az albucidnak a specifikus trachomás folyamatra gyakorolt kedvező hatásával magyarázza a szerző. Az esetek egy része klinikailag gyógyultnak látszott, míg a többinél még mechanikus-gyógyulási kezelés is szükséges volt. Minthogy recidiva az objective gyógyultnak mutató esetekben még hosszabb idő múlva is felléphet, az albucid valódi gyógyértékéről csak évek múlva lehet ítélni. (37.)

*Lugossy Gyula dr.*

**A trachoma albucid kezeléséhez.** *Irmgard Fischer.* (Klin. Mbl. Aug. 1942. 108, 445.) 17 trachomást albucid-dal, 23 trachomást anélkül, csak helyileg kezelt. Utóbbiak esetében a kezelés időtartama (12—174 nap) összesen 1478 nap volt és 70-szer nyomkodta ki a csomókat, azaz egy betegre 64 nap és 3 csomókiürítés esett. Viszont az albucid-dal kezelt esetek gyógytartama (17—75 nap) összesen 527 nap volt, 27 csomókiürítés, vagyis egy betegre 31 nap és 1.58 mechanikus kezelés jutott. A szerző szerint az albucid még erős adagokban és helyi alkalmazásban sem képes a trachomát meggyógyítani. A kezelés idejét a felére csökkenti, ha egyidejűleg helyi kezelés is folyik: csomók kikaparása, rez- és timsós dörzsölés. A mechanikus kezelés is a felére csökkent, annyira, hogy az esetek egy részében a csomók egy-szeri kiürítése is elegendő volt. (38.)

*Lugossy Gyula dr.*

**A trachoma kezelése sulfamidokkal.** *Meisner.* (Klin. Mbl. Aug. 1942. 108, 458.) Eubasin és cibazol hatását vizsgálta elnyújtott és lőkés-szerű adagolás kísérletében. A kísérő kötőhártyagyulladás és pannus javult, a csomóképződésre átmenetileg jól hatott, míg a papillaris-túlnövekedés és a szemhéjvastagodás semmi észrevehető gyógyulást nem mutatott. Az eubasin egyetlen friss trachomát sem gyógyított meg. Nemesak a kezelés megrövidítése miatt, hanem a gyógyulás megindítása végett is gyakran kellett gyógyszeres és mechanikus, ill. operatív beavatkozáshoz nyúlni. Ezzel azután jelentősen rövidebb idő alatt következett be a gyógyulás. (39.)

*Lugossy Gyula dr.*

**A trachoma kezelése sulfamidokkal.** *Gogler és Mielke.* (Klin. Mbl. Aug. 1942. 108, 401.) 568 trachomást gyógykezelték a különféle (albucid, eleudron, eubasin, cibazol) sulfamid származékokkal. Az egyes készítmények hatásossága között nem észleltek különbséget. A sulfamidok a subjectív panaszokra (fénykerülés, váládékozás, kötőhártyai duzzanat) és főként a szaruhártyai szövődményekre voltak jó hatással. Ellenben a csomók változatlanok maradtak. Így tehát a sulfamid célszerű a váládékozó, erős gyulladási állapotok vagy szaruhártya-erős gyulladási állapotok esetében. Ha pedig ezek nem kifejezettek és csomók találhatók, tanácsos azonnal a mechanikus kezelést is elkezdeni. (41.)

*Lugossy Gyula dr.*

*Inf uenza és egyéb meghűléses betegségekben*

Gyártja:

Magyar Pharma Gyógyáru Rt.

Budapest—Közszóvár

# OMNADIN



„Behringwerke“

Leverkusen eljárása szerint

a védekező erők gyors és tartós fokozására

**Dr. DEÉR ENDRE** SEROBAKTERIOLOGIAI LABORATORIUMA  
BUDAPEST, IX., RÁDAY-UTCA 18. TELEFON 186-006

**Meinicke**

**Wassermann I**

**Wassermann II**

**Kahn**

**Kiss**

**Antigének** SEC. Dr. DEÉR

»Sanguityp«

**Vércsoportthatározó**

VÉRSZEGÉNYSÉG  
ELLEN

**HAEMOPLEX** Dr. Deér  
ACTIVÁLT  
FERRUM  
HYDROGENIO  
REDUCTUM



**HISTACON**

*rheumatisus bántalmak percutan és elektroforetikus kezeléséhez*

Tartalmaz: Histamindisalicilat-ot és ACONIT-DISPERT-et elektromos áramot vezető kenőcsalapanyagban. A kenőcs Aconitin-tartalma nemcsak gyors fájdalomcsillapító, hanem potenciálító! Ezért hatása mélyreható és előidézett vérbősége és melegérzete órákig tartó!

**INDIKATIÓK:**

Myalgia, Neuralgia, Izomrheuma, sekundär chronikus  
subacut ízületi gyulladás. Infektarthrit.   
Sportsérüléseknél massage - kezeléshez.

Csomagolás: Tubus 10 g tartalommal (cca 25 kezeléshez)



**KALI-CHEMIE A. G. BERLIN**

Magyarországi képviselő: Wack Keresztély Budapest IX/8.

A SALICYLSAV  
BIZTOS FEL-  
SZIVÓDÁSA  
A BŐRÖN ÁT:

# RHEUMASAN

A SOUVERAIN

*analgeticum  
antirheumaticum  
és antineuralgicum*

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

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

## Neohexal

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

Üvegcsőben 20 drb 0,5 g-os tablettá



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



# ANARA-CHINOIN

gőzeinek beszipantása, azonnal enyhíti a nátha tüneteit!

HASZNÁLATRAKÉSZ SPECIÁLIS TUBUS!

## UROLÓGIA

Rovatvezető: *Babits Antal.*

**A húgyutak spasmusának kimutatása és értékelése.**  
*W. Borgard.* (Z. f. U. 1942. 8.) A kehelynyak és vesemedence spastikus elzáródása létrejöhet panasz nélkül is, de gyakran okoz kólikás fájdalmakat és vérvizelést. A vérzés, illetve a parenchymaszakadás nem minden esetben következik be, aminek oka egyéni sajátosságokban keresendő (pyelumfal ellenállóbb, fornix-resorptio). A fájdalmat nem annyira a parenchymaszakadás okozza, mint inkább az általa kiváltott spasmus. Elsődleges organikus ok nélküli spasmusok sokkal gyakrabban fordulnak elő, mint ahogy a valóságban megállapíthatók. Kimutatásuk célzott, sorozatos felvételeken történik, Gyulladásos pyelum mellett a spastikus jelenségek igen jól tanulmányozhatók, mert kevés contrastanyag befecskendezése után is heves összehúzódások lépnek fel. Lezajlott pyelitisek után gyakran láthatók heges, állandó jellegű kehelynyak-szűkületek; ilyenkor görcs alkalmával és fájdalommentes időszakban, egyforma röntgen-képet kapunk. (B. 17.)

*Szendrői Zoltán dr.*

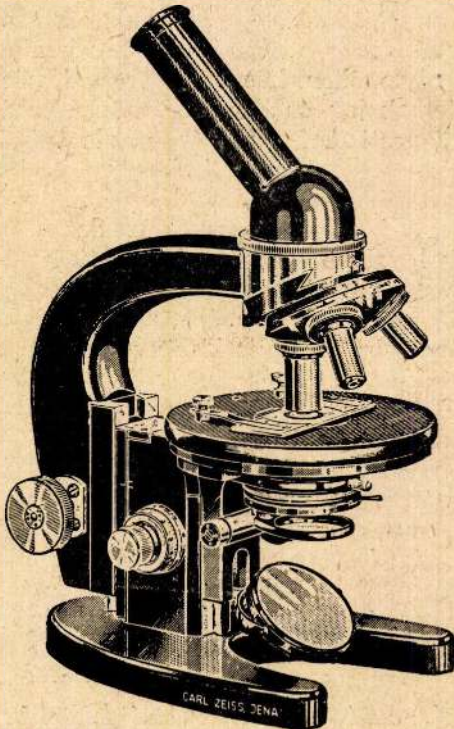
**Incrustálódó cystitis.** *P. Deuticke* (Z. f. U. 1942. 7.) Hét esetének sikeres gyógyításáról számol a szerző, aki Grossnak (1917) nyomán indulva, betegeinek Neo-

salvarsant ad kétszer 0,10 és kétszer 0,30 gr-os adagokban. Már az első injectióra enyhülnek a panaszok, megnövekszik a hólyagcapacitás és a kúra befejezése után teljes gyógyulás következik be. Szerző a betegség eredetét valamilyen fertőzésben látja. Hager és Marath proteus-törzset izoláltak az ilyen betegek vizeletéből, amit kórokozóznak gondol. Ez azonban nincs teljes biztonsággal bizonyítva. Neki is sikerült egy incrustált hólyagráknál kimutatni bac. proteus ammoniacust és négy cystisises esete közül is háromnál proteustörzset. (B. 18.)

*Szendrői Zoltán dr.*

**A vesedaganatok diagnostikája.** *H. Löchner.* (Z. f. U. 1942. 7.) A daganat korai kórismezéséhez segítenek a funkciós próbák és röntgen-vizsgálatok. Szerző kiemeli Rehn S. U. A-próbáját, mely sok esetben akkor is ki-esést mutat, amikor még az indigokiválasztás ideje normális. Némely esetben azonban — a daganat elhelyezkedésétől függően — ez a próba sem mutat funkciókiesést, holott ilyenkor a retrograd pyelographiával nagyfokú elváltozások mutathatók ki, ezért ez utóbbi a teljes urológiai vizsgálathoz feltétlenül szükséges. Még akkor sem hagyható el, ha a veseműködés teljesen kifogástalan, amint az a felső polusban ülő daganatok eseteiben szokott lenni. (B. 19.)

*Szendrői Zoltán dr.*



# ZEISS

## MIKROSKÓPOK

Az  
összes tudományos  
munkaterületre

Nyomtatványok és további felvilágosításokat  
díjtalanul ad a

Vezérképviselő: **Rád Miklós**, Budapest, VI., Andrássy-út 52. Tel.: 116-640.

CARL ZEISS  
JENA

# 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. Szklöv. kórháza  
Szklöv. Alk. Segítő Alapja. Kerek. Segélyegyl.

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

## KÖNYVISMERTETÉS

*Burger Károly prof.* »Szüléset« című tankönyve megjelent. Nagyjelentőségű eseménye ez szakmánk tudományos életének, mert hosszú idő óta ismét eredeti magyar szüléseti tankönyv birtokába jutottunk.

Véletlen körülmények összejátszása okozta, hogy a két legutóbb megjelent szüléset, német tankönyvek magyar fordítása volt. *Bumm* szülésetét *Kubinyi prof.*, majd 1930-ban *Stoeckel* tankönyvét *Tóth prof.* tanítványai fordították magyarra. Magyarazza és menti e tényt, hogy mint ma, úgy akkor is sürgős szükség volt szüléseti tankönyvre és világhíres, jól bevált könyvek álltak a fordítás rendelkezésére.

Tizenkét év mult el *Stoeckel* magyar fordításának megjelenése óta. Azóta Hazánk is visszanyerte elvesztett területei egy részét. A kolozsvári *Ferenc József Tudományegyetem* is megnyitotta újra kapuit. Így örvedetesen megnövekedett az orvosok, illetve orvos-tanhallgatók száma is. Természetes tehát, hogy fokozott mértékben éreztük hiányát a szüléset oktatásában egy magyar szakkönyvnek.

*Burger professor*, a budapesti II. sz. női klinika igazgatója magy szolgálatot tett a tanítás ügyének és a szüléset tudományának azzal, hogy könyvének megírására vállalkozott. Feladata nem volt könnyű, mert mindkét magyarra fordított német szüléset elsőrendű szakemberek munkája volt.

Feladatát azonban a legjobb időben és kiválóan oldotta meg. Könyve úgy tartalom, mint kiállítás szempontjából bármelyik külföldi könyvvel felveszi a versenyt és nagy előnye, hogy egységes, mert egy ember írta és hogy a híres magyar szüléseti iskola álláspontja érvényesül benne a mai irodalom és tudományos felfogás ismertetése mellett. Fontos ez, mert bár együtt haladtunk és haladunk szakmánknak külföldi képviselőivel és iskoláival, több fontos kérdésben más az állásfoglalásunk. *Semmelweis* hazájában a szülésetnek olyan tanárai után, mint *Kézmársky*, *Tauffer*, *Bárony*, *Tóth*, egy ma megjelenő szüléseti tankönyvtől méltán vártunk sokat s *Burger professor* könyve várakozásunknak meg is felelt. A szülésetének minden fejezetében megtaláljuk a fontosabb kérdésekben memcsak a német, hanem az angol és amerikai szerzők felfogását is. A legtöbb fejezet elején érdekes historikus adatok olvashatók.

A munka egyik főelőnye annak kitűnő illusztrálása. Igen sok, helyenként talán fölös számú ábra képegyíti meg az elképzelést és a tanulást. Ezek között az ábrák között sok eredeti és sok már ismert, de jól bevált, máshonnan vett ábra is szerepel. Igen sok a színes kép, melyek kiállításra olyan, hogy a magyar nyomdaipar díszére válik.

Az ábrák kiállításán és számán kívül másik főelőnye a könyvnek rendkívül könnyű, szinte elbeszélő nyelvezete. Szerző a legnehezebb fejezeteket is olyan könnyedén, de amellet megfelelő tudományos alapos-sággal tárgyalja, hogy ezzel nagyon megkönnyíti a gyakorlóorvosnak és az orvostanhallgatónak is a könyv használatát.

Az ilyen könyv ismertetése alkalmával sem helye, sem célja az egyes részletek megbeszélésének. Azt hiszem elegendő, ha megemlítem — és ezt megelégedéssel állapítom meg —, hogy *Burger Károly* szülésetének már megjelenésekor úgyszólván minden száma előre le volt jegyezve.

*Frigyesi prof.*

## Két rendelet.

A magyar orvos figyelmét sohasem kerülte el semmi olyan intézkedés, mely népünk egészségügyi és szociális javát szolgálta, közéletünk bármely vonatkozásában látott is az napvilágot, — sőt örömmel fogadta és erejéhez mérten támogatta is. A közelmultban két rendeletet bocsájtott ki kormányzatunk, melyek méltán felkelthetik orvosaink érdeklődését.

Első a *községi közigazgatási (jegyző-) tanfolyamok* tárgyában kiadott 37.000/1942. sz. belügyminiszteri rendelet, mely a 88.600/1931. B. M. sz. rendelet 4. §-át módosítja olyképpen, hogy az eddig rendkívüli tárgyként tanított »Egészségtan-mentés« című tárgyat törli a tantervből s helyébe rendes tárgyként, az »Egészségügyi közigazgatás és egészségvédelem« című iktatja be a IV. félév anyagába heti 2 órával s azt a szóbeli vizsga tárgyává is teszi.

Ennek a módosításnak nagy fontosságát részletesen is kifejtteni — úgy hiszem — felesleges, éppen úgy, mint arra vesztegetni a szót, hogy mennyire szükség volt és van arra, hogy a községek leendő vezetői szociális-higiénés ismeretekkel is bírjanak. Aki csak valamelyest is ismerős a falusi viszonyokkal, belátja, mennyi és minő haszon származhatik abból, hogy az, akihez a falu lakossága ügyes-bajos dolgaiban elsősorban fordul s aki annak életét — köztük élven le a magáét — a legjobban ismeri, tisztában van az egyéni, környezeti, foglalkozási higiéné elemeivel, tud a népbetegségekről, hallott azok terjedésének mikéntjéről. A falusi egészségvédelem nagy jelentőségét ismerte el a rendelet kiadója azzal, hogy azt a szóbeli képesítő vizsgálat tárgyai közé emelte.

A másik: a M. kir. Minisztérium 4150/1942. M. E. számú rendelete és annak végrehajtási utasítása, a 800/1942. B. M. sz. rendelet az *egyetemi szociális tanfolyamok felállításáról*, illetőleg azok szervezetéről, tanulmányi és vizsgarendjük szabályozásáról intézkedik oly módon, hogy a debreceni, pécsi tudományegyetemek jog- és államtudományi karán, valamint a budapesti műszaki és gazdaságtudományi egyetemen és a kolozsvári tudományegyetem közgazdaságtudományi karán szociális tanfolyamok felállítását rendeli el az egyetemek rendes hallgatói és a főiskolák legalább középiskolai érettségi bizonyítvánnyal vagy ezzel egyenlő értékű végzettséggel rendelkező hallgatói számára, s meghagyja azt is, hogy az Országos Szociális Felügyelőségnél szociális felügyelővé kinevezni és szakelőadó minőségben alkalmazni, továbbá közigazgatási szolgálatban közjóléti előadói, illetőleg szociális előadói munkakörrel, törvényhatósági jogú városokban pedig közjóléti előadói feladatkörrel megbízni 1946 január elsejétől kezdve csak azokat az alkalmazottakat szabad, akik e tanfolyam elvégzése után az előírt vizsgát sikerrel letették. A belügyminiszter a tanfolyam elvégzésére a már hasonló szolgálatot teljesítő alkalmazottakat is kötelezheti.

A három félévig tartó tanfolyamokat az egyetemek jogi, illetőleg közgazdaságtudományi kara rendezi s anyagukat nagyobb részét az elméleti és gyakorlati társadalomtudomány tárgyai képezik, de elismerésre méltó módon és terjedelemben helyet kaptak a tantervben a szociális higiénét ismertető előadások és gyakorlatok is. Így a II. félévben »Részletes társadalompolitika« összefoglaló cím alatt találjuk az »Anyá-, csecsemő-, kisgyermek- és ifjúság-

védelmet» heti 2 órában, az »Egészségvédelmet« heti 1 órában. Ezeken kívül az egészségügyi intézmények látogatása is tervbe van véve, mind a három félévben a szemináriumok és gyakorlatok keretében. Az említett tárgyakat nemcsak »hallgatni« köteles a tanfolyamon résztvevő, de minden félévben minden tárgyból — tehát az egészségügyi vonatkozásúakból is — kolloquálnia kell. A tanfolyam végén pedig szerzett tudásáról szakvizsgán kell számot adnia.

Ez a két rendelet, bár a közigazgatás más és más területén fejtik majd ki áldásos hatásukat — egymást szervesen egészítik ki, mert a közigazgatás minden fokán működő tisztviselő szociálhygiénés kiképzését célozza.

Sokat hangoztatott tény, hogy a szociális gondozás két ágának munkásai: az adminisztratív és az egészségügyi vonalon dolgozók nincsenek egymással abban a szoros kapcsolatban, mint ezt oly annyira fontos munkájuk megkíváná.

Ís itt eljutottunk régi problémánkhoz: a jogász és orvos sokat vitatott viszonyához: hogy »az adminisztráció a jogász dolga«, s hogy »a jogász mindenhez ért«. Értsen is! És ismerje meg az orvos preventív munkásságát, hogy azt kellően értékelni tudja. Mert erre eddig — valljuk be — nem sok lehetősége nyílt. Ha tartanak is egyetemeinken joghallgatók számára egészségtani tárgyu előadásokat, azokon inkább csak az egyéni hygiénéről esik szó s azok — mint nem kötelező tárgyak — nem is igen látogatottak. A jegyzőtanfolyam anyagának kibővítése és az egyetemi szociális tanfolyamok életre hívása a közigazgatás leendő tisztviselői számára módot nyújt e hiány áthidalására. De van az éremnek egy másik oldala is: az, hogy az orvostanhallgatóknak is meg kellene ismerkedniök annak a népnek szociális viszonyaival, melyet gyógyítani és amelynek egészségét megóvni lesznek hivatva, hogy tanuljon közegészségünk szervezetéről, a megelőzésről, amelyekről ma olyan édeskeveset hall. Németország egyetemén már évek óta végigvonul a szociál-hygiéne tanítása az egész orvosi oktatáson az örökléstől a népesedéspolitikáig minden vonatkozásban.

E kérdés körül kialakult sok vélemény közül hadd hivatkozzam itt csak kettőre, de a két legilletékesebbre: orvos-államtitkárunk a felsőoktatás

megreformálását célzó 1936-ban rendezett értekezleten azt mondta: »hogy az eddiginél több egészségügyi közigazgatási ismeretet kellene szereznie minden orvosnak..., mert az orvosnak szinte napról-napra nagyobb száma kapcsolódik bele az egészségvédelmi munkába.« S arra, hogy nemcsak a kizáróan profilaxissal foglalkozó s erre külön tanfolyamon kiképzett tisztiorvosoknak, de az általános gyakorlatot folytatóknak is szüksége van preventív ismeretekre, Tomcsik prof. mutatott rá Sir Georg Newmann szavait idézve ugyanakkor és ugyanott, mondván, hogy minden beteg két kérdést tesz fel az orvosának: meg tudja-e gyógyítani a betegségét? és hogy hogyan lehet azt elkerülni?

De talán egyetért ezzel mindenki, aki ismeri a magyar orvosok munkáját s meg akarná azt könnyíteni azáltal, hogy hivatásukhoz szükséges szociális és preventív ismereteket ne legyenek kénytelenek nagy fáradsággal, gyakorlatuk közben megszerezni, de vigyék azt magukkal az egyetem padjairól rendszeres és leszűrt tudás formájában. Itt megint államtitkárunk véleményére hivatkozhatom, aki fentebb említett előadásában azt a kívánságát is kifejezte, hogy »az egészségvédelmi és szociális ismeretek elméleti és gyakorlati oktatását bele kellene illeszteni a tananyagba«.

Nem keresem, hogy milyen akadályokon múltott és múlik a tananyag ilyen irányú kibővítése, de örömmel állapítom meg, hogy a két új rendelet révén a jövő adminisztrátora és orvosa egy lépéssel közelebb került egymáshoz. Ezt a lépést nem mi, orvosok, hanem a jogászok tették meg s ez azt a reményt kelti, hogy mi sem maradunk adósok és kultuskormányunk és egyetemeink orvosi karai keresni fogják — s bizonyára meg is találják — a módját annak, hogy milyen formában és kiterjedésben illeszthetők be az orvostanhallgatók igényeinek megfelelő szociális tudnivalókat a tananyagunkba, hogy az a felesleges részletektől mentesen magába foglalja mindazokat az ismereteket, melyek nélkül a magyar orvos, nép- és családvédelmünknek ez az önzetlen és hivatott katonája, nem korszerű fegyverzetten áll a küzdők sorában éppen ma, mikor népünk jövője fennmaradásáért vívja élet-halál harcát.

Zsindely Sándor dr.

# Expectin

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

10 gr. ára P 2.20

SOL.  
CSEPPEK

ELŐÁLLITJA  
ÉS FORGALOMBAHOZZA

## Diachemia

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

# SEDYLETTA

tabletta 30×0-015 gr

Általános hatású psychikus nyugtató, kítűnő spasmolitikum

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

Podmaniczky-gyógyszertár  
Budapest, VI

# MANDURIN Ca: CYSTITISRE, PYELITISRE, HÓLYAGÉRZÉKENYSÉGRE

„CERTA” GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R.T. BUDAPEST

## HETIREND

Hétfőn, 23-án, 7 órakor a Bp. Orvosi Kör ülése. *Gergely J.*: A hörgtágulatokról.

Kedden, 24-én, 1/2 7 órakor a Bp. Orvosi Kaszinó ülése. *Fodor I.*: Organikus szívbajok és vérnyomás.

Szerdán, 25-én, 1/2 7 órakor a Gróf Apponyi Albert Poliklinika orvosainak ülése. *Germán T.*: A nagyothallásról (Apponyi emlékelőadásra).

Szerdán, 25-én, 6 órakor a Magyar Orvosok Röntgen Egyesületének ülése. Bemutatás: *Kehidai G.*: A tápcsatornába áttört lövedék. *Haintz Ö.*: Ágyéki csigolya lövéses sérülése. Előadás: *Szirány J.*: A holoskop; új idegentestmeghatározó készülék. *Szenthe L.*: Mit kíván a sebész a röntgenvizsgálattól idegentestmeghatározásnál. *Várady K.*: A hadi sérülések röntgenképeiről.

Szerdán, 25-én, 6 órakor a Közkórházi Orvostársulat ülése. Bemutatás: *Raisz D.*: Choriomepitheliomák. Előadások: *Tóth B.*: A heveny hasnyálmirigygyulladás kórmeghatározása és sebészi jelentősége. *Fejér A.*: Heveny hasnyálmirigygyulladás esetei.

Pénteken, 27-én, 6 órakor a Bp. Királyi Orvosegyesület ülése. Bemutatás: *Lehoczky T.*: Gerincvelői ependymoma esete. Előadások: *Verebely T.*: Műtéli eljárások értékelése az ectopia vesicae gyógyításánál. *Reök I.*: Orvosethikai alapvetés.

### FELELŐS KIADÓ: VAMOSSY ZOLTAN.

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

## CONTRATUSSIN SYRUP:

Bronchitis — tracheitis — pertussis

FŐRAKTÁR: DR. BAYER ANTAL GYÓGYSZER-TÁRA, BUDAPEST, VI., ANDRÁSSY-ÚT 84

2434/1942. sz. Budapest székesfőváros főpolgármestere.

### PÁLYAZATI HIRDETMÉNY.

Az 1934. évi XII. tc. 13. §-ában biztosított jogomnál fogva újból nyilvános pályázatot hirdetek a székesfőváros közkórházaihoz újonnan szervezett egy központi laboratóriumi végleges alorvosi állásra.

Felhívom mindazokat, akik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felblyegzett kérvényüket 1942. december hó 5. (szombat) napjának déli 12 órájáig hivatalomban (IV. ker. Váci-utca 62-64 szám, I. em. 11) nyújtsák be.

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

Budapest, 1942. november 12.

*dr. Homonnay s. k.*  
főpolgármester.

**A frontátvonulások áttekintése 1942. augusztus első feléről.** Az augusztus 1-15. közötti időszakban a betörési frontok száma a normálnál valamivel nagyobb, átlagos fejlettségük a normálnál jóval nagyobb volt: 8 erősen fejlett, 15 mérsékelt és 14 gyengén fejlett betörési front érkezett. A felsiklási frontok száma és fejlettsége szintén aránylag nagy volt, ugyanis az évnek ebben a részében felsiklási frontok alig szoktak fellépni, ezidén azonban a leírt időszakban mégis 5 mérsékelt és 1 gyenge felsiklási frontunk volt.

A budapesti frontátvonulások részletes történetéből kiemelendők mindenekelőtt augusztus első két napjának teljes frontmentessége, majd az augusztus 4-7-i időszak gyors ütemben egymást követő és részben igen erősen fejlett betörési frontjai (köztük erős frontátvonulások augusztus 6-án éjjel 1 és 4 órakor, valamint reggel 8 órakor!); továbbá augusztus 7-e, mint olyan nap, amelyen mindkét fajta front nagy számban lépett fel; az augusztus 9-12-i aránylag nyugodt időszak (teljes frontmentességgel augusztus 10-én); végül az utolsó három napon a betörési frontok iránt érzékenyek számára fennállott erősebb frontális megterhelés időszaka (augusztus 13-15). *Aujeszký dr.*

### Dermatologiai szakképzettségre törekvő

vagy szakvizsgás, kötelező katonai szolgálatának már eleget tett, öskeresztény,

FIATAL ORVOS  
ELHELYEZKEDHET

Rövid életréssal ellátott ajánlkozást a kiadóhivatal továbbít

Aranyeres bántalmaKnál

*Posterisan*

RÚP ÉS KENŐCS

# Uricedin

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

Magyarországi vezérképviselő:

**Medichemia Gyógyszerkészítmények Gyára R. T.**

Budapest, X., Hölgý-uca 14

**J. E. Stroschein**

Chemische Fabrik K. G.

Berlin

# DORMOVIT\*

*alvási zavaroknál*

20—30 percen belül elaltat,  
6—8 óras alvást biztosít,  
friss ébredés mellett.

\*) Furfurylisopropylbarbitursav

**DIWAG**

CHEMISCHE FABRIKEN A. G., BERLIN-WAIDMANNSLUST

Magyarországi képviselő: Múzeum Gyógyszertár, Budapest, IV. Kossuth Lajos-u. 20

# ACEDICON

*a makacs köhögésnél*

Az Acedicon igazi területe az a makacs köhögés, mikor más köhögéscsillapítószer-  
rek pl. codein, csődöt mondanak, ami oly gyakran fordul elő súlyos chronikus  
bronchitisnél, bronchiektáziánál, tüdővérzésnél, tüdő- és gégetuberculosisnál, pleu-  
ritisnél és bronchusráknál.

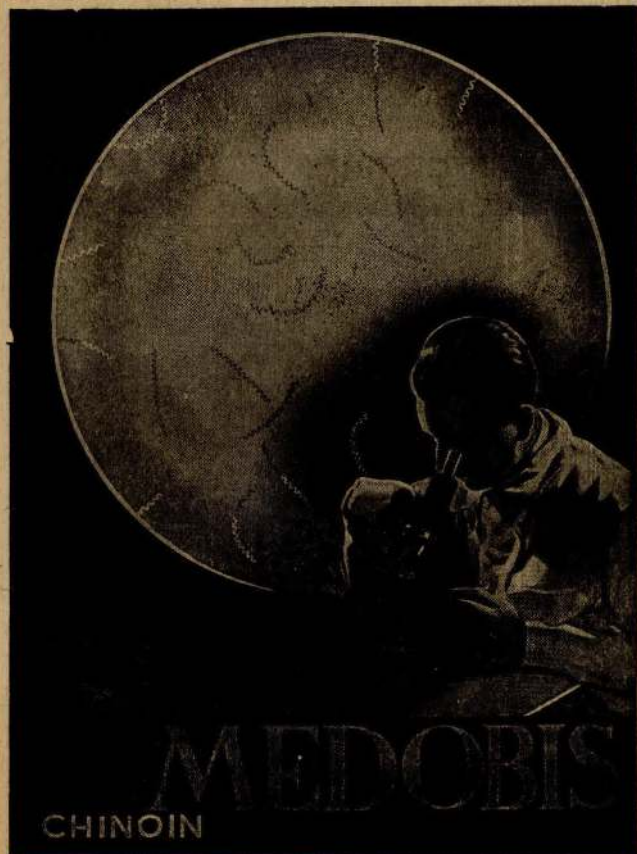
A legcélszerűbb és legjobban bevált adagolás, mit a betegek jól tűnnek: kétszer  
napjában egy fél tableta (0,0025) este pedig egy egész tableta (0,005).

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



**C. H. BOEHRINGER SOHN · INGELHEIM AM RHEIN**

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



## MEDOBIS-Chinoín

*heptadiencarbonsavas bismut  
stabil olajos oldata*

**KIVÁLÓ ANTILUETICUM**

**JÓL TŰRHETŐ**

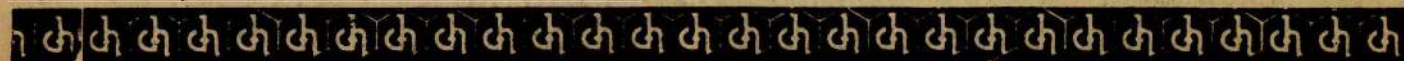


Egyes adagja felnőtteknek  
0,5 kcm (=0,045 g fémbismut)



10 ampulla dobozban

12 és 25 kcm-es üvegek



# ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:  
VIII., Üllői-út 26., IV. em.  
Telefon: 345-113.

Ingyenes lífthasználat.  
(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 csekkszámunk 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 »Orvos-  
tudományi közlemények«-kel együttesen egész évre 26 P,  
220 slk., 1000 lei, egyéb külföldre a belöldi díjak + portó-  
költség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyed-  
évre negyede, egy óra 2:50 P.

A »Magyar Orvosi Archivum« egész évre 10 P., 70 slk., 400 lei.

*C-vitamin-hiánybetegségek megelőzésére és leküzdésére*

# CANTAN

C-vitamin »Bayer«

*Magyar gyártmány!*

JAVALLATAI:

**Avitaminózisok:** scorbut, Möller-Barlow-kór, haemophilia

**Hypovitaminózisok:** vérszegénység, chlorosis, dystrophia, haemorrhagiás diathesis, tüdő-, méh- és bélvérzések. Pneumonia, bronchitisek, diphtheriás szívmegbetegedések, intestinalis intoxicatiók, pyelitis, gyógyszer-túlérzékenység.

**Az ásványforgalom zavarai:** rosszul gyógyuló bőr- és csontsérülések, paradentosis, caries.

**Terhességi toxikosis.**

CANTAN-TABLETTÁK: 20 és 250 drb. à 0,05 g  
CANTAN-OLDAT 5%<sup>100</sup>: 5 és 25 ampulla à 2 ccm  
CANTAN-OLDAT »FORTE« 10%<sup>100</sup>: 3 és 15 ampulla à 5 ccm



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

# SULFAPYRIDIN

*Para-amino-benzol-sulfo-alfa-pyridinamid*

**A coccusok okozta megbetegedések  
biztos hatású chemotherapiás szere**

**Tabletta**

**Injectio**

**Suppositorium**

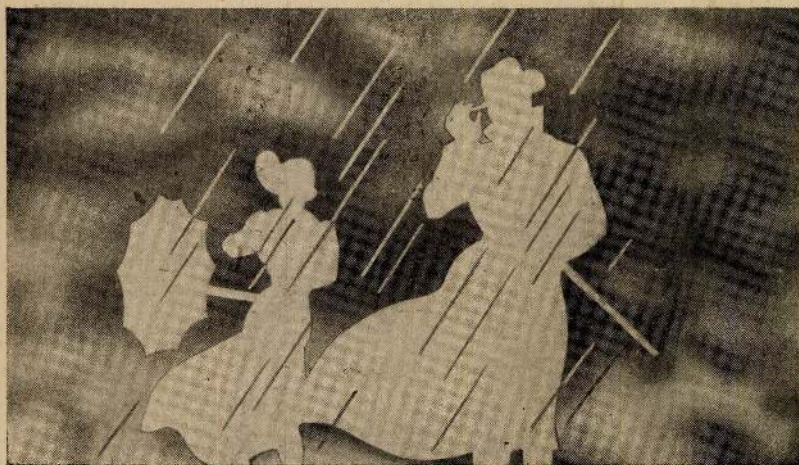
# SULFAPYRIDIN

## HINTÓPOR

**Fertőzött sebek, renyhén gyógyuló fekélyek kezelésére**



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



*Rossz időben,  
meghűléses betegségeknél,  
influenzánál*

### ADAGOLÁS:

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

## Salipyrin Neohexal

az évtizedek óta bevált antipyreticum és

a formaldehyd lehasadása által hatásos belső  
desinficiens

therápiailag és prophylaktikusan egyformán  
kiváló kezelési módszerben kombinálhatók.

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

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

J. D. Riedel - E. de Haën A.-G. Berlin • Képviselet: Dr. Lányi Lajos, Budapest, VIII., Rigó-utca 10



# ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON.

Szerkesztőbizottság:

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

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

SZERK.: FRITZ ERNŐ.

## TARTALOM:

**Binder László:** Adatok a Nonnenbruch-féle hepatorenális tünetegyüttes keletkezéséhez. (571—572. oldal.)  
**Sajgó Győző:** Botmankó. (572—573. oldal.)  
**Daka Mihály és Viczián Antal:** Egy újabb frontbetegség. (573—574. oldal.)  
**Makara György és Scheitzné Sulyomi Klára:** Érdekes human-parazitologiai esetek. (574—575. oldal.)

**Melléklet.** Az Orvosi Gyakorlat kérdései. (93—96. oldal.)  
**Irodalmi szemle.** (576. oldal.)  
**Könyvismertetés.** (579. oldal.)  
**Lapszemle.** (580. oldal.)  
**Vegyes hírek.** (580. oldal.)  
**Hetirend.** (580. oldal.)

A budapesti Tudományegyetem II. sz. belklinikájának közleménye. (Igazgató: Boros József ny. r. tanár.)

### Adatok a Nonnenbruch-féle hepatorenális tünetegyüttes keletkezéséhez.

Írta: Binder László dr.

A hepatorenalis syndroma nem anatómiai, hanem klinikai és működésbeli fogalmat jelent. *Nonnenbruch* fogalmazása szerint akkor beszélhetünk róla, ha kifejezett és anatómiailag jól meghatározott májbetegséghez a veseműködés zavarai társulnak. A vesén található elváltozások ilyenkor megfelelnek az *Aschoff-féle* »nephritis exsudativa serosa« vagy *Fahr* által »entzündliches Ödem der Niere« néven leírt elváltozásoknak. Semmiképpen sem vonatkozik e fogalom a máj- és vesebetegségek ritka véletlen létrehozta találkozására. A hepatorenalis syndrománál a vese anatómiailag vagy változatlan, vagy csupán az interstitialis nephritis vagy csekély tubularis elváltozás nyomai láthatók rajta.

A kórismét jelentő tünetek — melyek részleteire vonatkozólag *Nonnenbruch* alapvető és minden részletre kiterjedő eredeti közleményeire kell utalnom — részben vérkémiai elváltozásokból, még pedig azotaemiából, gyakran hypochloraeamiából állanak, melyekhez különböző veseműködési zavarok csatlakoznak. A veseműködés zavarainak *Nonnenbruch* alábbi formáit különbözteti meg: urea-aemia normalis veseműködés mellett, relativ oliguria következtében, mikor is a kiürített oldószer kis mennyisége a tökéletlen nitrogénkiválasztás oka. Oliguria hyposthenuriával veseinsuff. nélkül; ezen esetben előforduló hyposthenuriát nevezi »Hyposthenurie N« (normal)-nak. Ezen esetben a fajsúly aránylag alacsony, azonban a veseműködés minden egyéb szempontból normalisnak megfelelő. A harmadik csoport a hyposthenuriás polyuria veseinsuff. nélkül. Negyedik forma: a hyposthenuria veseinsuff.-val, mikor is a nitrogénkiválasztás zavart.

A máj bántalmazottságát illetően *Nonnenbruch* szerint három nagy csoportot különböztetünk meg: 1. az infectiós-toxikus, 2. a kémiai-toxikus és 3. egyéb májártalmakat.

A bennünket következőkben leginkább érdeklő harmadik csoportba a különböző hepatitisek, a májcirrhosis, pangásos máj, májlues és a májcarcinoma tartoznak, valamint ugyanilyen kóroki hatással jelentkeznek az epeutakon végzett műtétek és a máj sérülései is. Ezen csoportosítás megfelel *Derot* felfogásának is, ki infectiós, toxikus és kryptogen formát különböztet meg.

Az infectiós és kémiai toxikus ártalmak számos igen különböző fajtája vezethet hr. s. kifejlődéséhez, amelyekre nézve az eredeti közleményben sok utalást találunk. Bizonyítéka ez annak, hogy nem fajlagosan mérgező hatásról van szó és ez a tény mutatja, hogy a toxikus hatások okozta elváltozások kóroki szempontból egyenértékűek azokkal, amelyekben a máj anatómiai értelemben durvább kóros elváltozásairól van szó.

*Putnoky* és *Sümegei* az *Ehrlich-Putnoky-féle* patkányrak oltása során az oltott állatokon oliguriát, hydraemiát, a belső szervek ödémait figyelték meg és a részletes vizsgálatok során *Sümegeinek* oly változásokat sikerült kimutatni, melyek a hr. s. fogalmának felelnek meg. *Sümegeinek* tehát daganatbeoltása útján a máj és vese nem fajlagos bántalmazottsága révén sikerült a hr. s.-t következetesen kísérletileg előidézni. *Háry* és *Sárkány* vizsgálatai szerint a daganatos szövet fehérjéje, még pedig különösen a globulinfractio az, amely a máj bántalmazottságát létrehozhatja. Vizsgálatai szerint a vesék csak akkor vettek részt az elváltozásokban, ha a kivonatok, legalább részben, necrotikus jellegű daganatszövetből készültek.

Állatkísérletesen tehát bizonyított tény, hogy autotoxikus, helyesebben a szervezeten belül keletkező heterotoxikus hatás következtében a hr. s. kifejlődhetik akkor is, ha infectio, kémiai toxikus ártalom nem szerepel és sem az epeutak, sem a máj bántalmazottsága a tumor sejtes elemeinek invasiója révén nem forog fenn. Ha most ezen kísérletek eredményeit át óhajtjuk az emberi pathológiára vinni, akkor hr. s. észlelések az infectiós, kémiai toxikus és a fentebb már felsorolt egyéb máj- vagy epeútmegbetegedések mellett oly kóroki körülménnyel is számolnunk kellene, amely a máj- és epeutakat nem érintő daganat jelenlétét tételez-

heti fel, melynek toxikus hatása okozhatja a hr. s. kifejlődését, mely akár mint elsődlegesen kórismétzett tünet per exclusionem esetleg daganat jelenlétére utalhat.

Ezen állatkísérletek eredményeinek az emberi pathológiára is érvényes voltát bizonyíthatja az alábbi eset:

**R. R.** 55 éves tisztviselő. Családi anamnesisében említésreméltó adat nincsen. Gyermekkorában diphtheriája és vesegyulladás volt. Egy év előtt mellhártyagyulladás. Napi 25 cigaretta, alkalmilag mérsékelten fogyaszt szeszest. Kb. egy hónap előtt gyomorrontás, amely párnapos hőemelkedéses állapot után gyógyult. Öt nap óta veszi észre, hogy hőemelkedései vannak 37,4° C-ig. Orvosa fehérjét talált a vizeletében és ezért a klinikára utasította. Észrevette, hogy vizelete kevesebb, mint régen; étvágytalan, gyakran van hányingere, pár hét óta mindkét oldalt elöl a bordaív táján enyhe fájdalmakat érez. Obstipál. Az utolsó két hónap alatt kb. hat kg-ot fogyott. Felvételkor máj, lép-tombulat normalis, nem tapinthatók. A bal hypochondriumban homályosan, a légzést nem követő resistencia érezhető. Egyéb physikális eltérés nincs. Testmagasság 192 cm, súly 82,2 kg, hőmérséklete 37,3° C, pulsus 84, norm., RR. 130/95 Hgmm. Vérsejtszűly.: 1 ó. a. 97 mm. s. Westergren. Vizelet: fs. 1016, savi, feh. 1,8%; üledékben látóterenként 6–8 fvs., 1–2 vvs., elvéve 1–1 szemcsés és hyalin cylinder és vesehámsajt. Wassermann. cytochol és Kahn r. a vérsavóban negatív. Vvs. 4.700.000, Hgb. 90%, Fvs. 9000, Qual vérkép: pálcika 2%, karéjos 77%, Eo. 2%, Mo. 2%, Ly. 17%. Vérsavóban RN. 66 mg%, NaCl 526 mg%, Cl 318 mg%. Húgsav 8,6 mg%. Xanthoprot. 33 (+). Indican: gyengén positiv, fehérje 9,2%, serumbilirubin 0,96 mg% indirect. Takata-r. ++, Weltmann-r. 0,35, Gross 0,06–0,92, vérenkor 89 mg%. Galaktose-próba negatív. A vizelet felvételkor 1016-os fajtsúlyú, később már csak 1005 és 1012 között váltakozott, fehérjertartalma 2–5%. Az ürített napi vizelet mennyisége a folyadékfelvétellel arányos. Mellkas-, gyomor-, bélröntgen, EKG lényeges eltérést nem mutat. A beteg állapota rendkívül gyorsan romlott, mindig aluszékonyabbá vált, táplálkozása az étvágytalanság és hányinger következtében csökkent, a gyors és nagyfokú testsúlycsökkenés következtében a bal hypochondriumban eleinte homályosan érezhető resistencia kb. félfőkölnyi a légzést nem követő, tömött terime nagyobbodásként tapintható. Az alkalmazott dextrose, Insulin, Campolon, Strophantin, konyhasó, Sympathol stb. kezelés ellenére a beteg általános állapota, vérnyomása rohamosan romlott és kb. 36 óras comás állapot után a klinikai ápolás második hetében exiált.

Boncolási adatait (dr. Balogh Ernő egyetemi nyilv. rend. tanár) a következőkben közölhetjük: Vésék nagyok, tokjukból előbuggyannak, felszínükön csillagos vénák feltűnően kirajzolnak, halvány-színűek, metszéslapon az állomány előemelkedik, a kéreg kiszélesedett, a kéreg és velő határa elmosódott. A vese szerkezete is elmosódott, aránylag könnyebben törik. Máj nagyobb, széle lekerekített, tokja síma. Metszéslapon állománya könnyebben törik, foltsan, sárgásbarna árnyalatú, szerkezete elmosódott. A mesenteriumban a flexura duodeno-jejunalishoz közel vongálva kb. kétökölnyi mekkoraságú daganatos tömeg észlelhető, amely a metszéslapon részben barnás-szürkés, részben széteső félben lévő vérzéses ellágyulást mutat. A paraaortális nyirokcsomóban, amelyek kb. ökölnyi mekkoraságúak, hasonló elváltozás észlelhető. Ugyancsak duzzadtak az inguinalis nyirokcsomók is. Kórszövettani vizsgálat: máj: capillaris vérteltség, a capillarások sok leukocytát, valamint reticulusejtet tartalmaznak. A májsejtek aránylag számos pericapillaris elzsírosodást mutatnak, amely a lebenykék központja felől a széle felé húzódik, sok helyen irregularis jellegű. Vese: a kanyarulat csatornarendszer hámsza zavarosan duzzadt és elzsírosodott. A Henle-kacsok nekrotikus hámszában mészlerakódás észlelhető. Egyes helyeken a kanyarulat csatornában és a piramisokban vérteltség észlelhető. Tágult erek. Kórszövettanilag az észlelt elváltozás mérszénephrosinak felel meg. A daganat kórszövettanilag lymphosarcoma.

A fenti eset klinikai szempontból a hepatorenalis syndroma klinikai tüneteit mutatta és hogy a talált tünetek valóban hr. s.-nak feleltek meg, azt a boncolás és a kórszövettani vizsgálat adatai bizonyították. Sem a máj, sem a vese nem mutatott daganatos elváltozást és így a hr. s. okául a máj toxikus ártalmát kellett feltételezni, mely a talált mesenterialis lymphosarcoma mérgező anyagai távolhatásaként fogható fel. Akár elsődlegesnek tételezzük fel a máj toxikus alapon létrejövő bántalmazottságát és másodlagosnak a veseműködés zavarait, akár *Zilocchi* és *Marini* felfogását tesszük magunkévá, mely szerint a máj és vese az azonos toxintól egyaránt szenved, mert a máj nem tudván méregteleníteni a vesét, az átengedett toxin támadja meg, mindenképpen adott esetben azt kell elfogadjuk, hogy a toxikus anyag legnagyobb valószínűséggel a talált daganatból származott. Ezáltal egyrészt bizonyítékot kaptunk *Putnoky* és *Sümegei* állatkísérleti tapasztalatainak az emberi pathológiára való érvényességét illetően, miszerint egy daganat toxikus távolhatásaként jelentkezhetik hepatorenalis syndroma, másrészt figyelemreméltó adatot szolgáltatunk arra, hogy a hr. s. kórismezésekor a kóros tényezők sorában többek között a májban és vesében metastasist nem vagy még nem okozó és egybeült elhelyezkedő, esetleg kezdetben nem könnyen kórismezhető daganatra is kell gondolnunk.

A m. kir. honvéd Ortopéd Sebészeti Kórház közleménye. (Parancsnok: Sajgó Győző m. kir. orvosozr.)

## Botmankó.

Írta: Sajgó Győző dr.

A fémanyagokra kiterjesztett korlátozás szükségessé tette, hogy a gyógyászati segédeszközök előállítására is fém helyett a szabadforgalmat képező egyéb, más nyersanyagot vegyünk igénybe. Ezzel az orvosi konstrukciók is változást szenvednek, mert mindenkor alkalmazkodniok kell a rendelkezésre álló nyersanyaghoz. Ez érvényesül a cikkem tárgyát képező francia mankó módosításakor, mikor azt fából vagyunk kénytelenek előállítani.

A világháborúban a francia leleményesség oly fémesövekből készült háromrészes egymásbatolható, tehát meghosszabbítható mankóval ajándékozta meg hadisérültjeit, amelyet a mai Németország is átvett és tömegesen használ. A francia mankó ugyanis kiválóan bevált, mert a sérültek testi és lelki talpraállítását a rendszeres sportolás alkalmazásával lehetővé tette. Így a régi mankó használata mind szűkebb térre szorul. A francia mankó használata mellett lehetetlen a mankóba berogyás, mely a hónaljmankózást jellemzi s ami az erre különösen hajlamos lelkileg összeroppant háborús sérültet még passivabbá teszi. Ugyanis a francia mankó az alkar feszítő oldalára támaszkodva csak a könyökizületig ér fel, tehát járásnál a test súlyát a kar izomereje viseli. Ezáltal a háborús sérült állandó »en garde« állásra kényszerül, egyensúlyérzése tökéletesedik s úgy alkarjának és egész felsőtestének, mint ép lábának izomzata megerősödik. Tehát alátámasztó-képessége mellett a sporteszköz hasznosságát és szükségességét is betölti.

Alakja azonban — melyet az elmúlt 25 év változatlanul hagyott meg — nem tartott lépést a francia

elgondolás szellemességével: a háromrészes acélcső szerkezete nehézkessé teszi s emellett költséges s a nyersanyag hiányában előállítására mind nagyobb akadályba ütközik. S mert az alkartámasztó toldalékos hajlása nem esik egybe a kéz csuklóizületének magasságával, sőt hosszabbításakor ezen hajlás a csukló forgótengelyétől felfelé mindjobban távolodik: szerkezet tekintetében sem alkalmazkodik plastikusan a kar statikai helyzetéhez, ill. a tenyér működéséhez, a csukló fiziologiás lendületéhez. Így a marokrúd sem fekszik pontosan a tenyérben, következésképpen használóját huzamosabb járáskor kifárasztja.

Mikor a háborús sérültek ellátását Németországban tanulmányoztam, hogy sebesült harsosainknak testi és lelki talpraállítását tervzetbe foglaljam és gyakorlatilag is megvalósítsam, ugyanakkor szükségessé vált az e célra alkalmas gyógyászati segédeszközök beállítása és revisiója is. A francia mankó tanulmányozásakor úgy szerkezete, mint súlya miatt előállott nehézkességet azt hiszem sikerült kiküszöbölöm és könnyedé tennem anélkül, hogy statikai biztonsága kárt szenvedett volna.

Az elvégzett mérések szerint: a test egyenes tartása mellett kényelmes állásban csüngő karokkal a felkar tengelye a sarokcsont mögé folytatódik, ugyanakkor az alkar meghosszabbított tengelye a lábujjak elé kerül és a csuklóban izülő kézfeje pedig a kettő között a bokaizülethez fut. Ezek figyelembevételével mellett a mellékelt ábrázolt »Botmankó« az eredeti francia mankóból csak azt az elvet képviseli, hogy használatakor a test súlyát az alkar megtámasztásával a kar izomereje viseli.

Az egész botmankó tulajdonképpen egy daraból álló gömbölyűre esztergályozott hajlított bükkfából. Hajlítás feletti része az alkar tengelyével párhuzamosan fut, míg a hajlítás alatti része a kézfej tengelyének folytatása. Közvetlenül a hajlítás alatt a szilárdan beépített marokfa a megejtett mérések alapján akként van beállítva, hogy a mankó használatakor a markoló kéz csuklótengelye pontosan a mankó hajlításának vonalába essék. S mivel az ökölbe szorított ill. a markoló kéz tengelye közeledik az alkar tengelyéhez (mm. flexor et extensor carpi

radiales a kézfejet radiális irányban hajlítják), a marokfa az alkar tengelyét megközelítve felfelé hajolva kissé ferdén van rögzítve. Az alkart megtámasztó és azt félkörben körülölelő hajlított falemez a kívánt magasságban két csavarral a botra felszerelhető. A végzett mérések szerint ugyanis az alkar különböző hosszúsága 165—190 cm magas emberknél 5—6 cm-nél nagyobb eltérést nem tesz ki. A falemeznek a méret szerinti pontos beállítása lehetővé teszi tehát a felső résznek meghosszabbítását s a mankó teljes kihasználását. A mankónak a hajlítás alatti része 190 cm magas férfire van méretezve, amelyből méret után a szükség szerinti darab a helyszínén lefűrészelve készíthető. Ezáltal a meghosszabbítást szolgáló toldalékos alkalmazása itt is feleslegessé válik.

Az ábrázolt botmankó előnye biztonsága mellett könnyedsége, olcsósága és korlátlan mennyiségben gyárthatása. Magánosan használva is az arra rászorultak megtámasztását bármely más sétatobtnál tökéletesebben biztosítja.

**Használata:** a marokrúdat a kézbe szorítva a famendzsetta az alkar hátsó felszínét támasztja meg. Járásnál a marokrúd szabad vége előrenéz.

**Méret:** a gummivég nélküli túlméretezett mankót egyenes állás mellett a cipőt húzott álló beteg mellé állítjuk, kényelmesen csüngő karokkal. Most centiméterrel lemérjük a marokrúd és a csuklóizület között lévő hosszanti távolságot, a nyert különbséget átvisszük a mankó végére és belőle ily hosszúságú darabot lefűrészelve. Ezután felszereljük a gummihüvelyt.

|   |     |     |     |     |     |     |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Testmagasság cm.:                       | 165 | 170 | 175 | 180 | 185 | 190 |
| A marokrúdtól a földig gumi nélkül cm.: | 77  | 79  | 81  | 83  | 85  | 90  |

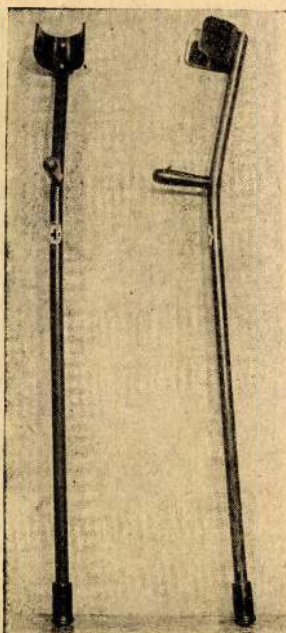
## Egy újabb frontbetegség.

Írták: *Daka Mihály dr. o. szds. és Viczián Antal dr. o. szls. T. p: 219/08.*

Az orosz hadművelési területen nagyjában mindenütt, mégis a Don mellett sokkal gyakrabban mint másutt, a szokásos és eddig ismert »frontbetegségeken« kívül, olyan betegség ütötte fel a fejét, amely tüneteiben, lefolyásában nagymértékben elütött az eddig ismertektől. Augusztus hó végével az éjjelek és a nappalok közötti nagyobb hőmérsékleti különbségek beálltával jelentkező először igen nagy számban, szinte járványszerűen tört legénységünkre. Körülbelül 50%-a esett át ezen a betegségen, azonban azon szakaszokban, amelyek közvetlen a Don partján figyelőorsókban teljesítettek szolgálatot és a nap legnagyobb részét földbeásott nyirkos bunkerekben töltötték, ez az arányszám még nagyobbak mutatkozott.

A megbetegedésre a naponkénti gyengélkedő vizsgálatra jelentkezők igen nagy száma hívta fel figyelmünket. Egy hét leforgása alatt a gyengélkedők száma hirtelen a duplájára emelkedett. Augusztus és szeptember hónapban egy zlj.-ból 92 honvédet küldtünk hátra kórházi ápolásra. Valamivel nagyobb volt azok száma, akik a gyengélkedő szobában, illetve az alosztályoknál álltak kezelésünk alatt.

A betegek legnagyobb része szinte szóról-szóra ugyanazokkal a panaszokkal jelentkezett. Jelentkezésük előtt egy-két nappal bágyadtak, fáradtak,



1. ábra.

étvágytalanok lettek. Ezenkívül fejfájásról, főleg az alsó végtagokra szorító izomfájdalmakról, mellkasi szűrésről, derékfájásról panaszkodtak. Ilyen nagyszámú és sokféle panasz dacára fizikálisan rajtuk semmi eltérést sem találtunk.

*D. L.* egy napja levertnek érzi magát, hátába és mellébe szúrást érez, feje fáj, étvágytalan, éjjel hidegrázása volt. *Lelet:* A bőr színe és tapintata normalis. Idegrendszer rendben. A tüdők felett sem kopogtatással, sem hallgatódzással elváltozás nem található. Szívtompulat normalis. Szív- és nagy erek hangjai tiszták, kellően ékeltek. Érlökés kp. feszes és telt, ritmusos, reguláris, percenkénti száma: 100. A has puha, jól betapintható. Lép nem tapintható. Hőmérséklet: 40.1°. *Kórlefordítás:* Szigorú ágynyugalom rendelünk. Első nap esti hőmérséklete 38.5°-re csökken. Második reggel láztalan, este 37.2°. Harmadik nap reggel 38.3°. Estére 37.2°-re csökkent. Negyedik napon hasonló a lázmenet, mint a harmadik napon, de estére már láztalan. Ötödik napon teljesen láztalan, fejfájása is megszűnik.

*Therapia:* Naponta 60 cttg chinint kapott.

*M. T.*-nek reggel óta fáj a feje, dereka. Mellébe, hátába szúrásról panaszkodik. Egy-két órája úgy érzi, hogy láza van. *Lelet:* Bőr színe és tapintata rendez, nyálkahártyákon semmi kóros, idegrendszer ép, felületes és mély reflexek jól kiválthatók, kóros reflex nincs. Tüdők rendben. Szív, érlökés normalis. Pulsus-száma 92. Lép nem tapintható. Has puha, fájdalommentes. Hőmérséklet 17 órakor 38.3°. *Kórlefordítás:* Láza első nap estére 38.5°-re emelkedik. Második nap reggel láztalan, azonban étvágytalanságról panaszkodik és hőmérséklete estére 39.2°. Harmadik napon 38.2°–38.6° között ingadozik. Negyedik napon láztalan. Szűrőszűrésai szűnnek. Fejfájása és étvágytalansága nem változik. Ötödik napon visszaküldjük alosztályához. Hatodik nap fejfájása megszűnik, csak étvágytalansága marad meg. Két nap múlva az is visszatér.

*Therapia:* ágynyugalom, napi 60 cttg. chinin.

A betegek gyengélkedő vizsgára már rendszerint 39–40° közötti lázzal jelentkeztek. Nem egy esetben 40° feletti, sőt egyik esetben 40.8° lázat észleltünk. Elmondásuk szerint jelentkezésük előtt 1–2 nappal már lázasnak érezték magukat, a szolgálat sajátosságai miatt vagy abban a reményben, hogy rövidesen elmúlik, egy-két esettől eltekintve nem jelentkeztek azonnal. *D. L.* honvéd, akinél a reggeli gyengélkedő vizsgán 40°-ot észleltünk, már előtte való napon is lázasnak érezte magát, de nem jött el azonnal, mint *M. T.* honvéd, aki délután jelentkezett s akinek hőmérséklete akkor még csak 38.8° volt.

A megbetegedés tehát, amint ezekből a példák-ból is láthatjuk, nem hirtelen magas lázzal kezdődik, hanem a láz egy-két nap alatt emelkedik fel. További lázmenet már nem jellemző. Szabálytalan lázgörbével 5–6 nap alatt csökken a normalisra a hőmérséklet. A gyengélkedőszoba elhagyása után még 4–5 napig gyengeségről, rossz közérzetről, bágyadságról számolnak be a betegek, úgyhogy végeredményben a betegség lefolyását 10–12 napra tehetjük.

A hüléses megbetegedésekre jellemző subjectív tünetek, mint általános rossz közérzet, fejfájás, derékfájás, végtagfájdalmak, itt is teljes mértékben megvoltak, azonban hiányoztak az objectív tünetek. Nem észleltünk rhinitist, conjunctivitist, belövellt garatnyálkahártyát. Egyáltalában a látható nyálkahártyákon sehol sem lehetett gyulladási tüneteket találni. A tüdők felett hallgatódzással semmi kórosat sem lehetett kimutatni. Sípólás, bűgás, szőrösülés teljes mértékben hiányzott. Ezekre az esetekre azonban jellemző volt az étvágytalanság,

mely nagyobb mértékben jelentkezett, mint a hüléses megbetegedésekben általában szokott és már az első napokban kezdődött, a betegség egész időtartama alatt megvolt. Ennek dacára a gyomorbél részéről semmi rendellenességet sem tapasztaltunk. Gyógykezelésünkben a betegeket 3 csoportra osztottuk. Az első csoport háromszor 20 cttg chinint, a második csoport háromszor napjában 2 drb sulfamidot, a harmadik csoport a 3 cttg-os atebrintablettákból 9-et kapott. A második és harmadik csoportban sem a lázmenetet, sem az általános panaszokat a gyógyszeres kezelés nem változtatta meg, úgyhogy ezeknél is a chinin adagolására voltunk kénytelenek áttérni.

Chinintől rendszerint már a második, harmadik nap a magas láz csökkent s 1–2 napi subfebrilis hőmérséklet után teljesen megszűnt. Kínzó és makacs fejfájás ellen még néhány comp. dolort is adtunk.

A lázmenetből és az általános, hüléses megbetegedésekre jellemző myalgias fájdalmakból arra következtethetünk, hogy ezekben az esetekben is hüléses megbetegedéssel állunk szemben, azonban jelentős szerepet kell tulajdonítanunk az itteni klimatikus viszonyoknak és főképpen annak a körülménynek is, hogy a megbetegedettek a nap legnagyobb részét nedves, nyirkos árokban töltötték és pihenőjük alatt is földbeépített óvóhelyeken voltak kénytelenek tartózkodni.

A foglyok vallomásából tudjuk, hogy a Don másik oldalán az oroszoknál is igen nagy számban fordulnak elő ilyen megbetegedések. Az ott alkalmazott gyógykezelésre vonatkozólag nem sikerült adatokat szereznünk.

Tekintve, hogy itt az első vonalban laboratoriumi vizsgálóeszközök rendelkezésünkre nem állottak s így megfigyeléseinket tárgyi bizonyítékokkal alátámasztani nem tudtuk, csupán észleléseink rövid közlésére szorítkozhatunk. Hallomásunk szerint azonban a kórházi laboratoriumi vizsgálatok sem vezettek eredményre. Mindenesetre érdemes volna evvel a megbetegedéssel és aetiologiájával behatóbban foglalkozni.

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

## Érdekes human-parazitologiai esetek.

### Két *Iso-spora hominis* fertőzés.

Irta:

Makara György dr. és Scheitzné Sulyomi Klára.

Az *Iso-spora hominis* (Coccidium) ritka emberi bélparazita. Mintegy 200 esetben találták meg cystáját emberi székletben. Az esetek nagy része Közép-Keleten fordult elő. Hazánkban még nem észlelték. Két székletben találtuk meg erdélyi iskolásgyermek vizsgálatok során.

1. 1941 októberében *G. M.* 7 éves *lövetei* (Udvarhely megye) leánygyermek székletében jellegzetes oocystákat találtunk, melyek *Iso-spora hominis* cystának bizonyultak. Ismételt vizsgálati anyagot csak 4 hónap múlva kaptuk, akkor már a székletben cysta nem volt. *Iso-spora* cystákon kívül *Trichuris trichiura* és *Enterobius vermicularis* peték voltak a székletben közepes mennyiségben és bőségesen volt

# AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkesztő: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, kózkórházi főorvos

## Trigeminus neuralgia.

Gyakran megesik kórházi osztályon, hogy rövid zárlatot kap a csengő és megállás nélkül csengeni kezd. Nem találva azonnal a hibát nem marad más hátra az észbontó zaj megszüntetésére, mint a csengő egyik vezetékét kitépjük, vagy átvágjuk valahol ott, hol reméljük, hogy a zárlat mögött vagyunk. Ezzel egy csapásra elállítottuk ugyan a kibírhatatlan csengőberendezést — de nem javítottuk meg a csengőberendezést. Még jobban elpusztítottuk.

Valahogyan így állunk az V. agyidegnek, a n. trigeminusnak kibírhatatlan fájdalommal járó sajátos neuralgiájával. Illethetjük sajátos jelzővel, mert ilyen nem állandó, hanem villámszerűen belevágó rettenetes idegfájdalom csak két agyidegnek: az V. és IX., azaz a trigeminus és glossopharyngeusnak tipikus neuralgiája.

Nem ismerve az okot, orvoslása igen nehéz. Az összes eddigi therápiái megoldások palliatív jellegűek. Objectív értékük nem több, mint a fenti hasonlat, a rövidzárlatot kapott csörömpölő csengő megfékezése. Subjectív oldalát nézve azonban egészen más a bírálat. A beteg egy csapásra megszabadul az öngyilkosság felé kergető borzalmas szenvedéstől — igaz, sokszor nagy árat kell fizetnie érte. Mert a trigeminus törzsek megszakítása nem közömbös a beteg további életfolyamatai szempontjából. Viszont ezidőszent más megoldás nem áll rendelkezésre.

Az első próbálkozások voltak a környéki trigeminus ágak kitépése, a n. supraorbitalis, infraorbitalis, a n. mentalis »neurexairesise«. Ezek persze nem sokat segíthettek, mert kétségtelen, hogy a neuralgiás rohamok nem a környék felől indulnak.

Második, már igen komoly és elismerésre méltó vállalkozás Fedor Krause radikális beavatkozása, amikor halántéktáji trepanatio útján kiirtotta a Gasser-ducot (1893). Igen nagy és kockázatos műtét volt, különösen abban az időben. De még ezt sem tekintve, hamarosan rájöttek, hogy a Gasser-duc kiirtása oly súlyos utókövetkezményekkel jár, hogy egyre kevesebb vállalkozó akadt a trigeminus-neuralgia ilyen gyógyítására. Csak egyetlen, a szem elvesztésével fenyegető »keratitis neuroparalytica«-t említve szövödmény gyanánt, érthető, hogy a Gasser-duc kiirtás ma már legfeljebb történelmi érdekességű.

Ekkor jött Schlosser genialis felfedezésével, a trigeminus törzsek alcohol-injectiójával. A koponyaüregből kilépő vastag idegtörzseket nem nagy feladat eltávolítani a hosszú injectióstükkal. És ha sikerült beletalálni, fél-, egy köbcentiméter alcohol annyira elroncsolja az ideget, hogy a beteg fájdalmaival ezzel a jelentéktelen kis beavatkozással orvosoltuk. Évekig recidiva mentes maradhat és ha újból jelentkeznek a hasító fájdalom, megismételhető az egyszerű befevadás. Az eljárás annyira jó, hogy ma is alkalmazzuk. Legkönnyebb a helyzet a 3. trigeminus ág (n. mandibularis) neuralgiája esetén; már nehezebb az idegtörzs megsúrása a 2. ág (n. maxillaris) neuralgiájakor és úgyszólván tehetetlenül állunk az 1. ág (n. ophthalmicus) izolált zsábája ese-

tén. Oda alcohololt fevadásra, anélkül, hogy a szemidegek mellésérülését biztonsággal elkerüljük, lehetetlenség. Ilyen esetek, továbbá amikor a kilépő idegtörzs sikeres alcoholinectiója sem hozta meg a kívánt eredményt, azaz feltételezhető volt, hogy a folyamat még centralisabban fogható csak meg, ezek szülték a további merészebb vállalkozást: a Gasser-duc injectióját (Harris és Härtel 1912.).

A foramen ovalen behatolva az injectióstüvel a középső koponyagödörbe és beleszúrni a Gasser-ducba — nem könnyű feladat. Németországban F. Härtel, hazánkban Vidákovits professor mesterei ennek a kényes technikás eljárásnak.

A jeles német sebész és műszerkonstruáló Kirschner, hogy ezt a nehéz és meglehetősen bizonytalan Gasser-duc-punctiót megkönnyítse és biztos alapokra fektesse, igen szellemes, de meglehetősen komplikált »célzó készülék« szerkesztett. A készülék beállítása után a fejen rögzített műszer pontosan vezeti a tűt a Gasser-ducig, úgy hogy a Gasser-duc punctio gyerekjáték — mondotta Kirschner az 1936. évi Német Sebészársaság nagygyűlésén, ahol készülékét bemutatta. Ugyanakkor pergetett film-demonstrációja döbbenetes sikert aratott. Csakugyan úgy látszott, a Gasser-duc-punctio kérdése megoldódott. Am hamarosan kitűnt, hogy az apparatus csak kiváltságos kezekben működik kifogástalanul. (Hazánkban Kubányi dolgozik vele szép eredménnyel.) Hozzátartozik még Kirschner eljárásához az az újítás is, hogy nem alcohololt fevadásra, hanem diathermiás, hegyéig szigetelt tűvel szúr be a ducba és ott elektrocoagulatiót végez. Ez határozottan tökéletesítése az eljárásnak, mert mint Kirschner mondja: a befevadás alcohol ellenőrizhetetlenül szétfolthat nem kívánatos helyekre, míg a diathermiás tűhegy coaguláló hatása belülről kifelé történik és actio-radiusa előre beállítható.

Oda jutottunk tehát vissza, ahol Fedor Krause már járt 1893-ban. Csak nem végzünk trepanatióval járó kockázatos műtét beavatkozást — amit a Gasser-duc kiirtás jelent — hanem az arckoponya felől az ovalis ablakon át szúrunk be a Gasser-ducba, hogy azt alcohol injectióval, vagy elektrocoagulatióval elroncsoljuk. Ez sem tekinthető végleges megoldásnak. Hiszen éppen az említett komoly szövödményei miatt maradt el a Gasser-duc kiirtás. És most ugyancsak a Gasser-ducot roncsoljuk. Ha az alcohol inectio, vagy az elektrocoagulatio csakugyan »tökéletes munkát« végez, akkor a félelmetes szövödmények — élükön a keratitis neuroparalytica — nem fognak elmaradni. A végső következtetés talán így összegezhető: Gasser-duc kiirtáskor számolnunk kell operációs halálalossággal, míg Gasser-duc punctiója esetén elesik ugyan a műtét mortalitása — de a postoperatív morbiditás mindkét eljárását terheli.

A Gasser-duc kiesés következményei igen komolyak, nagyon is számításba veendőek. A megvakuláshoz vezető keratitis neuroparalytica kívül elsősorban az arefél érzéskiesése jó számításba. Ez az érzéskiesés igen sok kellemetlenséggel jár. Különösen a szájjüreg és a szemgolyó körüli állandó égő,

tompa nyomó fájdmakról panaszkodnak a betegek, melyek végül az elviselhetetlenségig fokozódhatnak. Ehhez járul a szájúreg és arc izmai célirányos beidegzésének kiesése. Anélkül, hogy faciális bénulás állna fent, az étel kicsordul a szájszélén. Egy külön kórkép, betegségi állapot ez az »anaesthesia dolorosa«, melyet ugyancsak a Gasser-duc elroncsolása von maga után.

Sokat változott és javult a helyzet, mikor a fel-törő neurochirurgusok vették kézbe a trigeminus-neuralgia kezelését. *Frazier* és *Spiller* a ganglion és a pons közti trigeminus-törzs átmetszéssel egy sokkal jobb utat nyitottak meg a genuin trigeminus-neuralgia gyógyítására. A módszert az agydaganat-sebészet doyenje *Cushing* tökéletesítette. Halántéktáji trepanatio segítségével behatolva, a Gasser-ducot szabadá téve a cavum Meckeli megnyitása után met-szük át a Gasser-ductól centralisan az érző gyök kétharmadát — megkímélve a felül és belül futó opthalmicus idegrostjait. A sebésztechni-kailag kényes beavatkozásnak első sebezhető pontja, hogy közvetlen műtéti halálozása van, továbbá, hogy a keratitis neuroparalytica ve-szélye elhárítható ugyan, de mindjárt egy újabb szövödmény bukkan fel: a faciális-bénulás. En-nek oka sem teljesen tisztázott; minden való-színűség szerint a n. petrosus major közvetítésével a faciális ganglion geniculijának vongálásával hoz-ható összefüggésbe. De az is lehetséges — ha a Fallop-csatorna túlságosan fejlett —, hogy a ke-mény agyburok felemelésekor a ganglion geniculi közvetlenül sérül. (*Olivecrona* 212 operált esetben 12%-ban észlelt faciális bénulást.) Jóllehet e bénu-lásoknak prognosisa nem rossz, rendszeren átmeneti, mégis számításba veendő a temporalis módszernek ez a tehertétele.

Ezek a hátrányok indították a ma is activ amerikai neurochirurgust *Dandyt* új út keresésére. *Dandy* nem temporalisan, a középső koponyagödör felől, hanem hátulról, a nyakszirtesont kétpengős-nyi trepanatiójával, a hátulsó koponyagödörben, a kisagy felemelése útján keresi fel a trigeminus érző-gyökét, hogy átvágja a kívánt idegportiót. *Dandy* műtete után lényegesen csökkent az »anaesthesia dolorosa« és a faciális bénulás. Hátránya a műtét-nek, hogy technikája körülményesebb, nehezebb, mint a temporalis módszeré.

És végül egy új eljárás bukkant fel, mely még centralisabban szakítja meg a trigeminus pályát, intramedullarisan, a nyultvelőben. *Sjöquist* ajánlja ezt a módszert, a tractus spinalis trigemini átvágá-sát, a »tractotomiát«. Szellemes elgondolásához bizonyára a régebben ismeretes intramedullaris be-avatkozás, a »chordotomia« adta az impulst, ami-kor a gerinevelőben futó érzőkötegeket metsszük át csillapíthatatlan altesti fájdmak megszüntetésére. A trigeminus nyultvelőben futó rostjai az oliva magasságában oldalt és felületesen futnak, itt át-vághatók. Ezzel a módszerrel eddig a legcentráli-sabban szakíthatjuk meg a fájdmakot kisugárzó trigeminuspályát. Hogy az új műtét hogyan válik be a gyakorlatban, azt majd csak többszáz tracto-tomia eredménye fogja megmutatni. Egyelőre úgy-látszik, hogy az említett súlyos szövödmények biz-tosabban elkerülhetők és ami a legfontosabb, trac-totomia után a könnymirigy beidegzése nem szen-ved zavart, így nem szárad ki a szaruhártya. Mert kétségtelen, hogy a keratitis neuroparalytica kifej-

lődésében nagy szerepet játszik a könnyelválasztás megszűnése.

A leglényegesebbre, a késői eredményekre, a recidivamentességre sincs még támaszpont *Sjöquist* tractotomiáját illetőleg. Mert az előbb-utóbb jelent-kező kiújulás egyaránt súlyos tehertétele vala-mennyi felsorolt eljárásnak. Gasser-duc injejtója után pl. 31.5% recidiváról számol be a késői utó-vizsgálat. Pontosan ez a számadat szerepel elektro-coagulatio után is. A gyökátmetszés már sokkalta jobb végleges eredménnyel dicsekedhet. *Olivecrona* felülvizsgálva operáltjait, azt találta, hogy 95, a hátsó koponyagödörben, *Dandy*-módszerrel operál-tak recidivája nem volt több 11%-nál, míg 218, tem-poralis behatolás útján operált betegek közül alig 3%-ban jelentkezett recidiva. Legfenyegetőbb a recidiva szempontjából az első esztendő, már ke-vésbébb a második. Végleges gyógyulásról tehát leg-feljebb ha három esztendő után beszélhetünk.

Vannak azután leírva esetek, amikor akár a Gasser-duc roncsolás, akár az érzőgyök átmetszése hatástalan. Ilyenkor fel kell tételeznünk, hogy a ki-váltó ok még centrálisabban fészkel. Ez esetben már csak a még centrálisabb megszakítási lehe-tőség, *Sjöquist* tractotomiája jöhet számításba.

\*

Hosszú volt az út, amin eljutott a gyógyítást kereső orvos a peripheriás trigeminuságak kitép-de-sésétől a nyultvelő trigeminusrostjai átvágásáig, a tractotomiáig. Am ezzel sincs lezárva az V. agyideg szabája orvoslásának fejezete. Nem ismerve az okot — nehéz megszüntetni az okozatot. A genuin trige-minus neuralgia orvoslása — tárgyilagosan bírál-gatva a dolgot — ma még csak kétségbeesés szülte vállalkozásokból, palliativ beavatkozásokból áll.

Bugyi István dr.  
egyetemi magántanár.

## Mellkas röntgenfelvétel vagy átvilágítás?

A mindennapos orvosi vizsgálatok közt egyik leggyakoribb a mellkas rgt vizsgálata. Ezzel szer-zünk biztosabb tudomást a mellkasi szervek, tüdő, szív, aorta stb. helyzetéről, állapotáról, alakjáról. De betekintést nyújt ez a vizsgálat sok olyan kórbone-ntanilag körülhatárolt elváltozásba is, mint amilyen pl. a tüdőgümőkór s egyéb más betegségek. Leggyak-rabban az említett betegséggel kapcsolatban kér a röntgenológustól választ a gyakorló vagy klinikus or-vos. Megnyugtató választ kaphatunk azonban a mel-hártya folyamataira (pl. izadmányok, callusok), to-vábbá szívelváltozások, a nagyereken levő elváltozá-sokra vonatkozóan is. A röntgenológushoz naponta érkeznek olyan betegek, akiken általános gyakorla-tot folytató esetleg más szakmabeli kartársak, kife-jezetten »mellkasátvilágítást« vagy »mellkasfelvé-telt« kívánnak. Ilyenkor azután, a röntgenorvos gyakran jut nehéz helyzetbe. Ugyanis, ha a beküldő kolléga kifejezetten »átvilágítást« kért, viszont ő fel-vételt talál szükségesegek, vagy fordítva, akkor hosz-szú negyedórák magyarázata után is gyakran úgy távozik el a beteg, hogy azt hiszi: félrevezették, vagy valamely kisebb értékű vizsgálatot végeztek rajta csupán. Ennek elkerülése céljából jobb volna, ha a rgt szakorvost igénybevevő osztályok vagy orvosok egyszerűen csak »mellkas rgt. vizsgálatot« kérnének,

reábizva a rtg orvosra, hogy annak melyik fajtáját végezze el. A rtg orvos ugyanis azt a legcélravezetőbb eljárást fogja választani, ami a diagnosis felállításához a legközelebb viszi. Addig is, míg ez az ideális állapot bekövetkezik, nem lesz felesleges, ha vázlatosan áttekintjük, mit tud nyújtani a rtg-vizsgálat átvilágítás, ill. felvétel esetén.

Tudjuk, hogy a kép élessége, részletdúsága, függvénye egyfelől a rtg-eső focusa nagyságának, ahonnan a sugárzás kiindul, másfelől több elhanyagolható factor mellett, az ernyő szerkezetének is. A legtöbb átvilágítási célt szolgáló eső focusa nagyobb, mint a legmodernebb (ú. n. forgó anódu) felvételi eső focusa. Így tehát itt a kép élességét tekintve, máris hátrányosabb helyzetben vagyunk átvilágításkor, mint felvétel esetén. Az ernyők, bár a rtg technika az utóbbi években itt is óriási haladást mutatott, mégsem tudták utólni a filmek részletdúságát. Igaz, hogy a legújabb *Hektophan*, *Levy-West*, *Super Astral* ernyők csaknem minden követelményt egyesítenek magukban, a filmmel egyenrangúak mégsem tudnak lenni. Ilyenformán tehát magától adódik a magyarázata annak, hogy az átvilágítás nem lehet minden szempontból megfelelő módszer. E felsorolt hátrányokkal szemben van azonban az átvilágításnak egy igen nagy előnye, nevezetesen az, hogy a mellkasi szerveket működésük közben lesz lehetséges megfigyelnünk. Ez különösen a mozgó szervek (szív, nagyerek, rekeszek, nyelőső) szempontjából fontos, mert ezeket úgy nézhetjük, vizsgálhatjuk szinte mintha a »tenyerünkön lennének«, elforgatva, különféle helyzetben, szinte a térbe helyezve. Magától adódik tehát a magyarázat, hogy mindazon esetben, mikor a szervek mozgását is meg kell figyelnünk, elengedhetetlen az átvilágítás is.

A felvételnél, tekintve, hogy az mindig csak pillanatnyi helyzetet rögzít le, a szerveknek csak az expositio pillanatában volt helyzetét kapjuk meg a képen, miután a felvételi idő 0.05–0.1 mp modernbb készülékeken. Viszont az így nyert kép olyan éles, részletekben gazdag, amit átvilágítással elérni soha sem tudnánk. Másik nagy előnye lesz a felvételnek, hogy míg az átvilágítást sok a berendezésen kívülálló körülmény is megzavarhatja, mint pl. az orvos hangulata, kifogástalan vagy hiányos alkalmazkodása a sötétséghez, az elsötétítés kifogástalansága stb., addig a felvétel ezeket csaknem mind kiküszöböli és objektív választ ad. Későbbi összehasonlításokra pedig kizárólag a felvétel adhat csak komoly alapot. Arra vonatkozó vizsgálatok, hogy az átvilágítási lelet mily fokban subjektív, bebizonyították, hogy ugyanarról a betegről kapott átvilágítási lelet finomabb részleteiben több orvos leletében, csak ritkán egyezik meg, amint így van ez egyéb vizsgálatok esetén (hallgatódzás, kopogtatás) is. Hajszolt munkaütemű üzemekben, rendelőintézetekben fokozottan áll fenn a lehetősége annak, hogy a már csökkent reflexkészségű átvilágító orvos bizonyos kisebb elváltozásokat »elnéz«. Annak magyarázatát, hogy mégis olyan sok, különösen nem szakorvos rtgező köti magát az átvilágításhoz, abban kell keresnünk, hogy nincs felvételre alkalmas berendezésük, vagy hiányzik a képolvasási gyakorlatuk. Ilyenkor a beteget gyakran azzal nyugtatják meg, hogy az átvilágítással is »mindent látni«. Ennek az ellenkezőjét bizonyíthatja az a sok későn felfedezett előrehaladt tbc., amikor esetleg csak pár nappal előbb végzett, átvilágítási lelet is, »negatív«. Ugyanakkor

esetleg cavernosus vagy miliaris folyamatot látunk a felvételen.

Ezekután világos tehát, hogy a felvétel minden olyan esetben, mikor a finomabb részletek kiderítésére is súlyt helyezünk, mint amilyenek a miliaris folyamatok, csecsemők bronchopneumóniája stb., elengedhetetlen még akkor is, ha ilyen elváltozásoknak csak a gyanúja áll fenn. Sohasem szabad elengednünk ily esetekben a felvételt már saját érdekükben sem, mert esetleg más, körültekintőbb kolléga helyes kórisméjén keresztül kapjuk meg a leújtó véleményt. Eppen ezért nem szabad a rtg-orvosnak semmi körülmények közt sem befolyásoltatni magát, sem a vizsgálat költséges voltát nehézményező adminisztrációs közegektől, sem mástól. Mert a felelősség az orvosra hárul s a kiderítetlenül, vagy későn felfedezett már kiterjedt elváltozások gyógykezelése vagy elvesztése sokkal többbe kerül, mint egy felvétel költsége. Mily furcsa lenne, ha a különböző osztályok vagy orvosok betegeiket más osztályokra is, pl. olyanféle körülírt kívánsággal küldenék, pl. hogy »kérünk gyomoresonkolást Reichel-Pólya szerint«. Ezt mindenki nevetségesnek találná. Csaknem ez a helyzet az átvilágítás vagy felvételkérdésben is, mert a kérdést eldönteni egyedül rtg-szakorvos hivatott.

El kell ismernünk, hogy a felvételek nem tartoznak a legelőbb módszerek közé. Amde a hormonkészítmények, aranygyártmányok stb. szintén, nem éppen olcsó orvosszerek s ha szükség úgy kívánja, mindenkor alkalmazzuk őket. A filmek drágaságán segített a tömeges vizsgálatoknál használatos ernyőfényképezési eljárás, mely akár a szokványos 24×36 milliméteres, vagy Zdansky által javasolt 6×6 cm-es formájában alkalmas arra, hogy objektív raktározható leletet kapjunk, csak éppen a finomabb részletek kiderítésére nem alkalmas. Ilyenformán korai lenne azt gondolni, mintha az ernyőfényképezés kiszorította volna teljesen a normal felvételeket. Ami pedig a mozgószervek vizsgálatát illeti, bizonyos lehetőséget itt is nyújt a felvétel az u. n. kymographiás eljárással. Ez különösen a mediastinum és szív vizsgálatában jelentett hatalmas előrehaladást s az EKG. mellett egyik legjobb vizsgálati módszer a szív kórismézésben. Ha tehát felmerül a mellkas rtg-vizsgálatának szükségessége, akkor kérjünk a rtg-orvostól egyszerűen »mellkas rtg vizsgálatot«. A választást bizzuk rá, mert álláspontja úgy sem lehet más, mint ahogy azt *Kelen* prof. megfogalmazta: »Hogy mikor készíti a rtg-ező felvételt s mikor elégszik meg átvilágítással, azt nem a beteget a rtg-ezőhöz küldő kezelőorvos, hanem a rtg-ező maga határozza meg«. Világos, hogy a két vizsgálat egymást nem zárja ki, sőt kiegészíti. Sok esetben lesz szükséges a mellkas átvilágítása mellett felvételre is, ha biztos választ akarunk kapni. Használóképp az előbb elvégzett felvétel után átvilágításra a vitás kérdések eldöntésére. Módszertanilag pedig akkor járunk el helyesen, ha előbb tájékoztató átvilágítást végzünk s ha szükségesnek mutatkozik, felvételt is készítünk. A mai időkben, mikor sokszor a legnagyobb nehézségeket leküzdöttük az egyes nyersanyagokban mutatkozó hiányok miatt, nemzetgazdasági szempontból sem hanyagolható el, ha sok ezer vizsgálatkor esetleg szükségtelenül pazarolunk nehezen pótolható anyagokat.

Zsebők Zoltán dr.

kórházi osztályvezető, röntgenszakorvos.

## A fájásgyengeség okai és kezelése.

A fájásgyengeség lehet *elsőleges*, ha a fájástevékenység már a szülés kezdetétől elégtelen és *másodlagos*, ha a kezdeti jó szüléstevékenységet a fájások renyhülése, ritkulása vagy teljes kimaradása követi.

Az elsőleges fájásgyengeség oka ritkában alkati vagy hormonalis (túlhordás), gyakrabban a méhizomzat gyengesége, amit előidézhethet a méh viszonylagos fejletlensége, fejlődési rendellenességei, a méhfal túlságos kitágíttatása (túlsok magzatvíz, ikerterhesség által), daganatgócok vagy műtéti hegek a méhizomzatban, végül minden ok, ami a méh falában a kötőszöveti elem megszaporodására vezet a símaizomelem rovására (előrement szülések, gyulladások, stb.). Fájásgyengeség forrása lehet továbbá az elhízás, bakteriumos és méreghatás (coli fertőzés), a hólyag és a belek túlságos teltsége s minden olyan körülmény, amely gátolja vagy késlelteti az előlfekvő rész benyomulását a medencebemenetbe (téraránytalanság, előlfekvő lepény, hátrántfekvés). Végül aránylag gyakori oka az elsőleges fájásgyengeségnek a méh passiv szakaszának görcsös állapota.

Mielőtt az elsőleges fájásgyengeség kezelését megkezdzenők, meg kell győződnünk arról, hogy a szülés valóban megindult-e? Kétes esetekben adjunk 1—2 cm<sup>3</sup> göresoldószert (spasmalgin) izomba. Ha erre a fájások megszűnnek, akkor a szülés még nem indult meg.

Az *elsőleges fájásgyengeség* álló burok mellett általában nem szorul kezelésre, a szülést ilyenkor fájáskeltőszerekkel erőszakolni felesleges, legfeljebb meleg thermophort tehetünk a hasra. Ha a hosszantartó, renyhe fájások miatt a vajudó kimerült vagy nyugtalan, akkor megnyugtató vagy altatószerekkel biztosítsunk részére néhány órai pihenést, amely után a fájások rendszerint újult erővel indulnak meg.

A burok megrepezítése után a fájástevékenység erősebb és rendszeresebb lesz s a szülés gyorsabban folyik le. Intézetben az asepsis szabályainak szigorú betartásával végzett művi burokrepezítés alig tekinthető veszélyes beavatkozásnak, de szigorúan ellenjavallt akkor, ha a szülés császármetszéses befejezésének szükségessége szóba jöhet.

Ha a burok már nem áll, akkor a fájásgyengeséget kezelni kell, különösen akkor, ha burokrepedés után 6 óra elteltével sem indulnak meg rendszeres fájások. A fájásgyengeség kezelésére szolgálnak a fájáskeltőszerek, amelyeknek hatását a hasra helyezett meleg thermophorral, a fájáskeltés előtt néhány órával adott 30 g ricinusolajjal és esetleg nagy adag tüszőhormon izombefecskendezésével fokozhatjuk. Fájáskeltésre ma rendszerint az agyfüggelékmirigy hátulsó lebenyének kivonatát használjuk, tört adagokban. (5 × 2 Voegtlin-egység óránként izomba fecskendezve.) Hasonlóan adagoljuk az agyfüggelék-kivonat és a thymus jól bevált kombinációját is (thymophysin). Magasabb vérnyomás (terhességi vesebaj) esetén csak olyan agyfüggelék-készítményt használunk, amely vérnyomástfokozó alkatrészt nem tartalmaz (orasthin, uteritrin). Gyakran meglepő jó eredményt ad göresoldószert (spasmalgin, troparin) és agyfüggelék-készítmény együttes alkalmazása. Téraránytalanság esetén a méhrepedés veszélye miatt az agyfüggelék-kivonatok

adása ellenjavallt, egyébként is óvakodnunk kell a készítmények túladagolásától; a szülés folyamán a legnagyobb egyszeri adag 3 V. E. lehet. Érbefecskendezve az agyfüggelék-készítményeket, csak a magzat megszületése után adhatjuk. Tartós méhösszehúzódást kiváltó gyógyszerek (anyarozskészítmények) használata csak a lepény megszületése után jöhet szóba.

A fájáskeltésre nemrég még általánosan használt chinin ma már az agyfüggelék-készítmények mellett háttérbe szorul, mert bizonytalan hatása mellett a magzatra sem teljesen ártalmatlan. A méh sensibilizálása céljából más fájáskeltő szerrel váltva adhatunk óránként 10 cg-nál nem nagyobb adagban chinint, de inkább csak fertőzött vetélések, valamint elhalt magzat esetén.

A Willett-fogó alkalmazása, valamint a méhszájtágítása ujjal vagy tömlővel a fájásgyengeség kezelésére csak kivételes esetekben jöhet szóba; ezeknek az eljárásoknak nagy hátránya, hogy lényegesen növelik a fertőzésnek fájásgyengeséggel kapcsolatban amúgy is fokozott veszélyét. Gyógyszeresen nem befolyásolható, makacs fájásgyengeség esetén kivételesen sor kerülhet a szülés befejezésére császármetszéssel, ha annak feltételei még megvannak és ha a szülés gyors befejezését az anya vagy a magzat érdeke megköveteli.

A *másodlagos fájásgyengeség* lényegében a szülőerők kimerülése; bekövetkezik akkor, ha a szervezet erőtartáléka a rendesnél kevesebb, de főleg akkor, ha a szülőerőknek a rendesnél nagyobb akadályt kell leküzdeniök (téraránytalanság, merev lágy szülőutak). A másodlagos fájásgyengeség mind az anyára, mind a magzatra igen veszélyes szövődmény, ezért mindent el kell követnünk, hogy bekövetkezését *megelőzhessük*, mert a már beállott másodlagos fájásgyengeséget gyógyszerekkel befolyásolni alig lehet. A másodlagos fájásgyengeség megelőzése szempontjából fontos a vajudó általános erőbeli állapotának fenntartása a szülés folyamán (táplálék- és folyadékbevitel, szőlőcukoroldat érbefecskendezése), továbbá a lágy szülőutak ellenállásának csökkentése göresoldószerekkel s ezáltal a tágu-lási szak megrövidítése.

Ha a másodlagos fájásgyengeség mégis bekövetkeznék, akkor — amennyiben annak feltételei megvannak — a szülést fogóműtétellel fejezzük be, ellenkező esetben leghelyesebb 1—2 cg morphint adni s ha a vajudó kipihente magát, folytatni a fájáskeltést az elsőleges fájásgyengeségnél leírt módon mindaddig, amíg a szülés fogóval befejezhető lesz.

A kitolási szakban jelentkező másodlagos fájásgyengeség oka a hasprés elégtelen működése is lehet. (hájas, túlságosan kitágult, laza hasfal), ilyenkor jó hatású a has szoros átkötése.

Amennyire jelentéktelennek tűnik fel gyakran a kezdődő, kislökű fájásgyengeség, annyira súlyos s mind a magzatot, mind az anyát nem egyszer életveszélybe sodró szövődmények forrása lehet akkor, ha elmulasztjuk idejekorán megtenni azokat az egyszerű intézkedéseket, amelyekkel rendszerint könnyen elejét lehet venni a súlyos fájásgyengeség kifejlődésének.

Mauks Károly dr.

a budapesti m. kir. Bábaképző Intézet tanársegéde.

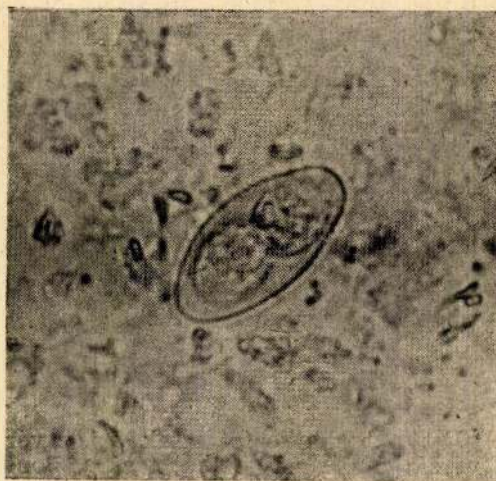


*Giardia lamblia* cysta. Az *Isospora* cysták száma egy konyhasóval, illetve glycerinnel dúsított cseppben átlag 4–6 volt. Mivel elég bőségesen volt cysta, beállítottunk székletkultúrát szénporral. A cysták fejlődése megindult, de sajnálatos véletlen folytán a tenyészet edénye a vele együtt elhelyezett, macskából származó *Isospora*-tenyészettel együtt eltört. A két anyag összekeveredett és a kevés, összeszedhető maradékban a fejlődést végigkövetni nem sikerült.

Az oocysták hosszúkás, egyik végükön elkeskenyedő tojásalakúak voltak. A cysta fala éles-határú, síma, gyöngyházfényű, kettőskonturú. Belsőjében vagy szemcsés, kerek, ovális anyag látszott, vagy már megindult a két sporocysta segmentálódása. A sporocysták kialakulását szépen láthattuk, de a spóráképződést nem figyelhettük már meg. A sporocysták átmérője  $10 \times 12$  mikron. A cysták mind egyformák voltak,  $31\frac{1}{2} \times 14$  mikron átmérővel, nagyságingadozásuk csekély volt.

A betegre vonatkozó pontos adatokat nem ismerjük és másodszor csak 4 hónap múlva kaptunk anyagot, hosszas levelezés után, mikor már a fertőzés megszűnt.

2. Második esetünk M. J. 7 éves *almásszentmáriai* (Kolozs megye) fiúgyermek, kinek székletében 1941 decemberében találtunk a fentihez egészen hasonló *Isospora* cystákat. Tíz nap múlva sikerült ismételt székletet kapnunk, s az oocystákat ismét megtaláltuk. Ugyancsak kaptunk székletet a gyermek szüleitől és testvérétől, valamint a háztartásukban élő állatokból (tehén, juh, macska és baromfi). Csak a juhszékletben volt *coccidium*,  $38\frac{1}{2} \times 24$  mikron nagyságú *Eimeria* cysta (*E. faurei*?). A gyermek székletében *Isospora* hominisen kívül *Ascaris lumbricoides* petéket és elég nagy számban *Giardia lamblia* és *Entamoeba histolytica* cystákat találtunk.



*Isospora hominis* cysta a 2. esetből.

Dúsított székletben a  $18 \times 18$  mm-es lemezzel fedett cseppben átlag egy oocysta volt található. A nativ vizsgálatnál sokkal jobb eredményt adott a dúsítás. Konyhasós dúsításnál jobb volt a glycerines eljárás. Több cystát mértünk meg, nagyjában egyformák voltak, átmérőjük  $31\frac{1}{2} \times 14$  mikron. A cysta jellegzetes tojásalakja, 2 sporocystává átalakuló tartalma és jellegzetes szerkezete az *Isospora*-ra bizonyító volt. Mivel kevés székletet kaptunk, az egész anyagot feldolgoztuk, széklettenyészetet nem állíthattunk be. A 10 nap múlva érkezett székletből 20

dúsítást végeztünk, átlag 1 gramm anyaggal. Összesen két cystát találtunk. Újabb 2 hónap múlva kapott vizsgálati anyagban már cysta nem volt.

Az esetről dr. Engel Dezső körorvos (*Magyarország*) közölt adatokat. A gyermek állapotát Engel dr. így foglalta össze: »Korához képest kicsiny, sápadt, vérszegény, étvágytalan. Nyár óta időnként ismétlődő hasmenése van. Hasa puffadt, mája kb. két ujjal a bordaív alatt tapintható és érzékeny«. Ezeket az adatokat nem értékesíthetjük az *Isospora* fertőzésre, mivel az egyéb paraziták, melyekkel a gyermek fertőződött, is ilyen tüneteket okozhatnak.

A *Coccidiumok* a *Sporozoak*-hoz tartozó, egysejtű paraziták. Hámsejtekben élnek, schizogoniával szaporodnak, megtermékenyülés után kiürülő cysták útján terjednek. Az oocysta a széklettel, vagy vizelettel ürül ki. Köztigazdájuk nincs. A cystáik alapján csoportosíthatók. *Isospora* az a faj, melynek oocystájában 2 sporocysta s ezek mindegyikében 4 sporozoita fejlődik.

Az emberi coccidiosis-esetek elemzése több esetben téves leletre mutatott rá. Így *Wenyon* szerint a májban észlelt *Eimeria*-leletek is tévesek voltak, szardínia-parazitákat néztek tévesen emberi parazitáknak. Emberben ezideig biztosan csak *Isosporát* találtak. Elnevezése még vitatott, néhány szerző két fajt ismer el. A kisebbiket, melyet csupán *Virchow* és *Reichenow* látott volna, nevezik *Isospora hominis*-nek, a nagyobb fajt, melyet ezen kívül minden esetben észleltek, nevezik *Isospora bellinek*. *Magath* (1915) és mások véleményével egyezően azonban nem láttunk elég alapot arra, hogy 2 fajt különítsünk el és ezért *Isospora hominis*-nek nevezzük az emberben talált *Isosporákat*.

*Wenyon* (1915) előtt legfeljebb 3 elfogadható észlelet volt az irodalomban. Az első világháború után Közép-Keletről hazatérő katonákban találták az eddig észlelt esetek többségét, mintegy százat. Azóta is Görögországban, Balkánon és Közép-Keleten észlelték leggyakrabban. A Balkántól eltekintve Európában csak egy esetet írt le *Rhode* egy német katonából, aki a világháború alatt Törökországban járt. Tünettanáról és gyógykezeléséről csak keveset tudunk.

A tünetek változatosak. A *Connel* (1922) által leírt laboratóriumi fertőzés hasmenéssel járt. A cysták ürítése a fertőzéstől számított 28–40-ik napig tartott. Gyógykezelésére megbízható szert nem ismerünk.

Pseudoparasitismus lehetőségére figyelemmel kell lenni. A széklettel távozhat az élelmiszerral bejutott cysta is és így írták le a szardínia *Eimeria* cystákat emberi parazitaként. A tévedéstől megóv a vizsgálat megismétlése, főleg pedig a cysták fejlődésének megfigyelése.

Ma még nyílt kérdés, hogy az *Isospora hominis* azonos-e valamelyik állati *Isosporával*. *Isospora* kutyában, macskában és más háziállatban is elég gyakori. Az emberi *Isospora* ezektől alakra különbözik és az azonosságnak ellene szól, hogy emberi anyaggal még nem sikerült állatokat fertőzni.

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

## IRODALMI SZEMLE

## BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Gömöri Pál és Binder László.*

**Heveny gyomortágulás.** *Geser.* (Münch. Med. Wschr. 1942. 20. sz.) Mindig erős gyomorsecrítővel, bőséges hányással jár együtt. A hányadék sötétbarna, savtartalma csekély, vagy semmi, nem bűzös. Kínzó szomjúság, keringésgyengeség kíséri. Az esetek 50–70%-ában halállal végződik. Oka lehet pylorus stenosis, arterio-mesenterialis duodenum elzáródás, ileus a jejunum felső részén. Ritkábban peritonitis, hasi zuzódás, műtét (nemcsak hasműtét, hanem végtagmütét, sőt hólyagkatheterismus kapasan is észlelték), súlyos fertőző betegség, gyomortúlterhelés, stb. Azokban az elég gyakori esetekben, ahol semmiféle kiváltó ok nem mutatható ki, — három ilyen esetet közöl — valószínűleg a gyomor vegetatív beidegzésének zavaráról van szó. Gyógyítása főleg conservatív: a keringés egyidejű kezelése mellett tartós gyomorszondázás, a kiszáradás miatt infusio, klysma. Duodenum leszorítása esetén j. o. has- és térd-könyökhétkedés. Gyógyszerek közül physostigmin, pituitrin, strichnin jöhet számításba. Morphinum a gyomor motorikus működésének bénító és secretiót fokozó hatásánál fogva ellenjavallt. Műtéti megoldások (G. E. A) eredményei rosszak. (B. 42.)

Vidra József dr.

**Gyomor- és nyombélfekély kezelése tüszőhormonnal.** *O. v. Loewenstein.* (Münch. Med. Wschr. 1942. 28. sz.) Nyolevan osztályos, ill. ambulans ulcus duodeni és ventriculi eset petefészekormon (Prognon. V. Cyren B) injectió kezeléséről ad számot. Az eredmény úgy az ambulans, de különösen az osztályos betegeknek meglepően jó. A subjectív panaszok már a 6–9. injectio után megszűnnek, majd a betegek súlyban gyarapodnak. Vérző fekély esetén csak a vérzés megszüntével kezdjük az injectiózást. A kb. 6–10 hetes kúrát nem túlszigorú diéta alkohol-, nikotintilalom és szükség esetén fekvőkúra egészíti ki. Mint esetleges kellemetlen mellékhatás megemlítendő nőknél a cyclus-zavar, férfiaknál a fájdalom elölbimbóduzzanat. Az előbbi a várandó mensis előtti nyolcnapos injectio-szűnet, az utóbbit Testoviron-injectio adagolásával elkerülhetjük. A tüszőhormon jótékony hatása a szervezet általános tonizálásával és a gyomor-bélfal tökéletesebb vérellátásával magyarázható. (B. 41.)

Pálos László dr.

**Küzdelem a keringési szervek megbetegedései ellen.** *Attinger.* (Schweiz. Med. Wschr. 1942. 14. sz.) A keringési szervek betegségei elleni küzdelmet, mint ahogyan az a tbc. és a tumorok eseteiben már megtörtént, szélesebb alapokra kellene fektetni. A szív és vérerek betegségei vagy infectiosus, vagy arteriosklerotikus alapon fejlődnek ki. Az előbbi csoport megelőzése a fertőző betegségek, elsősorban a rheuma elleni küzdelemben nyilvánul. A tonsillák állandó vizsgálata és gócfertőzések utáni kutatás nagy jelentőségű. Az öregkori genuin arteriosclerosis nem játszik fontos szerepet, ezzel szemben a fiatalabb korban kifejlődő, ún. n. secundær arteriosclerosis főképpen a szív, agy és veseerek elmeszesedésében nyilvánul. Kifejlődésében több tényező szerepel: a legkülönbözőbb fertőzések, az öröklött hajlam, adipositas, lipoid anyagcserezavar, mozgáshiány (az izmok működésekor értágító, antispastikus anyagok keletkeznek), állandó psychikus feszültség. Az arteriosklerotikus keringési betegségek elleni küzdelemben e factorokra kell tekintettel lenni. Az ún. n. cor pulmonale prophylaxisa azonos a tüdő- és mellhártyabetegségek prophylaxisával. (B. 40.)

Gráf Ferenc dr.

## FAGIFOR „CITO“

Calcium-sókat tartalmazó józfü mentholos lacto-kreosot-syrup

Ideális enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszer

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

Szabadon rendelhető: MAB, MÁV, B. B. I. Szklév. kózkórháza  
Szklov. Alk. Segítő Alapja. Koresk. Segélyegyl.CITO gyógyszervegyészeti gyár  
Budapest, XIV., Lengyel-utca 33.

## SEBÉSZET.

Rovatvezető: *Guszich Aurél és Rhorer László.*

**Az ileus rtg. diagnostikája.** *Herbert Braun dr.* (Arch. f. klin. Chir. 202. 4.) A vékonybél strangulatiós ileusa rtg.-el nem mindig diagnosztizálható. Ileusnál a gázképződés csak a vastagbélben van, vékonybélben csak kivételesen. Ennek az az oka, hogy a vékonybélben nincs gázképző baktérium, másrészt a megszapordott folyékony bél tartalom a gázt a leszorított bélből kipréseli s így a gázképződés a leszorított bélrészletben a rtg.-ernyőn nem látható. (G. 49.)

Ránky László dr.

**Vércukor és vérkeringés.** *Bierhaus.* (Arch. f. klin. Chir. 203. 2.) Kutyákon a dura és koponya közé vezetett ballonnal koponyaüri nyomásfokozást idézett elő. Úgy találta, hogy a nyomás emelésével nő a vér cukortartalma. Összehasonlító vizsgálatok szerint pedig vércukor szaporodáskor mindig ellenállás mutatható ki a peripheriás keringés részéről, így a várnymás is nő. Idegátvágások kísérleteivel bebizonyítja, hogy az agyi nyomásfokozás okozta vérnyomásemelkedés és vércukorszaporodás független a vagus, ill. cymphathicus hatásától. Nem neurogen hatásról van szó, hanem sokkal inkább haematogénről; ezt a keringésbe jutó valamely agyhormon, valószínűleg a vasopressin okozza. Míg ugyanis a normalis vérfiltrátum befecskendezésének nincs hatása a cukortartalomra, az intracranialis nyomásfokozás alatt a vena femoralisból vett vér vasopressinre praeparált szűrlete más állatnál bőr alá fecskendezve 100%-osnál is nagyobb vércukor-emelkedést idéz elő, ezzel párhuzamosan emelkedik a vérnyomás is. Ellenőrző vizsgálatokkal kizárja a szerző, hogy a vérszűrlet hatása allergiás reakción alakul. (G. 47.)

Ifj. Bakay Lajos dr.

**Traumás intrakraniális vérzések.** *F. Jaeger.* (Arch. f. klin. Chir. 203. 2.) A müncheni klinika sebészeti anyagának 1.55%-a kraniocerebrális vérzés volt. A modern neurologiai vizsgálati módszerek, a ventriculographia és arteriographia nagyban hozzájárultak az epi- és subduralis vérzések körjelzéséhez. A sebész szoros közreműködése ideggyógyással és szemésszel azonban nélkülözhetetlen. Szükség esetén kétoldali próbafúrás kell végezni. Chronicus haematoma esetén óva int a széles feltárástól, mivel nagy az utóvérzés veszélye. Ezt a beavatkozást csak friss vérzéseknel végzi a vérzés forrásának felkutatására. Pontos diagnosis esetén a betegek nagyrésze megmenthető. (G. 46.)

Ifj. Bakay Lajos dr.

## NEOMAGNOL-CHINOIN

Erélyes hatású, teljesen ártalmatlan

FERTŐTLENÍTŐSZER

10 és 50 tabletta

# Digitális

## 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

TELJES DIGITÁLIS HATÁS  
 TÖKÉLETES MEGBIZHATÓSÁG

Törzskönyvi szám : 1739—1742.

*Magyar gyártmány!*

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

# Tinctura Ferrī Athenstaedt

CUM ET SINE ARSENO

0.2% Fe.

TONICUM :: STOMACHICUM :: APERITIVUM :: ROBORANS

250 gr. ára P. 3.—

Orvosi mintával és irodalommal készséggel szolgál:

VAJNA JÓZSEF GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUMA  
 BUDAPEST, IV., VÁCI-UTCA 34.

# St. Blasien Szanatórium



Dijmentes képes ismertető

800 m tengerszint felett, legkedvezőbb éghajlati adottságok,  
klímódottan gyógyklíma

Németország legmagasabban fekvő magángyógyintézete

## tüdőbetegek

számára, a Feketeerdő déli részének legkedvezőbb fekvésében

*Időszzerű átalányárak:*

|                             |            |
|-----------------------------|------------|
| kétágyas szobában . . . . . | RM 9.-től  |
| egyágyas szobában . . . . . | RM 11.-től |

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

**ST. BLASIEN SZANATÓRIUM**

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

CSECSEMŐKNÉL ÉS GYERMEKEKNÉL

**Rachitis és táplálkozási anaemiák**

ELLEN ÉS AZOK MEGELŐZÉSÉRE

# DECUFER

az idealis combinatio

D-vitamin

Cuprum

Ferrum

**DE  
CU  
FER**

500 int. E.

0.4 mg

20 mg

tablettánként

60 drb<sup>7</sup> tabl. ára P 3.20

**N.V. ORGANON**  
OSS (HOLLANDIA)

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

# MANDURIN Ca: CYSTITISRE, PYELITISRE. HÓLYAGÉRZÉKENYSÉGRE

„CERTA” GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R.T. BUDAPEST

## KÖNYVISMERTETÉS

**Az ember fejlődése.** A teljesen átdolgozott és bővített kiadás, a kóros fejlődés tekintetbe vételével. *Törő Imre* (Debrecen, 1942. 811 oldal, 319 ábra. Szerző kiadása. Ára 30 pengő).

Örvendetes jelenség a fejlődéstan iránti érdeklődés emelkedése, ennek kell tulajdonítani, hogy pl. a *Weissenberg Michaelis* német fejlődéstan 13 kiadást ért el, magyar nyelven *Mihálkovics* régi kitűnő fejlődéstan mellett több új fejlődéstan jelent meg, melyek közül egyesek, így újabban *Törő*, debreceni egyetemi m. tanár és adjunctusnak 1936-ban a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat kiadásában megjelent könyve, melyet *Lenhossék* az O. H. 1936. évi 25. sz.-ban méltatott érdeme szerint, tartalomban és ábrákban hatalmasan gyarapodva, második kiadásban került ki a sajtó alól. Amíg az első kiadás, különösen a kísérletes fejlődéstan vizsgálatok (inductiók, organisator centrumok, stb.) találó ismertetésével tünt ki (a szerző jóakaró mentorának, *Huzella Tivadarnak* a mű előszavában olvasható véleménye szerint e tárgykörnek világviszonylatban is egyik legkiválóbb, nagytekintélyű képviselője), a második kiadás megírásakor a szerzőt gyakorlati szempontok irányították, mint a bevezetésben mondja, főleg klinikusoknak és gyakorló orvosoknak írta, ezért a torzfejlődést, a teratológiát bővebben tárgyalja, mint az a fejlődéstanban általában szokás. Az új kiadás tankönyvül már nagy terje-

delme miatt (811 oldal) kevésbé alkalmasnak látszik, de talán nem is annak szánta a szerzője, mert különben bevezető részében, melyet sajtóságos módon a tartalomjegyzék elé tett, meghatározta volna a fejlődés fogalmát, a fejlődéstan felosztását, szövege volna a történetéről, az epigenesis és az evolutio tanáról és sok egyébéről, ami idevaló. Ehelyett mindjárt in medias res, a progenesissel kezdi, anélkül, hogy a nemzetről szólna. A blastogeniában találoan ismerteti a determinációt. Részletesen ír a placentatióról és a szerveződés rendellenességeiről. A kétfős torzképződmények keletkezésénél a hasadásnak, a schizogen eredetnek nagyobb jelentőséget lehetne tulajdonítani, mint az összenövésnek. Értékes kiegészítő része a könyvnek gazdag, de távolról sem kimerítő irodalmi jegyzéke. A mű első kiadásának bírálója kifogást emelt az ábrák dűrva, szinte impresszionisztikus volta ellen, az új kiadásban már jobb képeket találunk. De baj van az új kiadásban is, mint az az első kiadásban is bírálat tárgya volt, a latin és görög eredetű műszavak helyesírásával, következtelensége szembeötlő (pl. equatiós oszlás, lecythal, prespermium, stb. stb., még a sajtóhibák javítása oldalán is fordulnak elő újabb hibák, pl. versicherung, a. carotia). E kisebb jelentőségű szépséghibáktól eltekintve, az új kiadás kétségtelenül értékes gyarapodása a magyar szakirodalomnak és bizonyára nagy segítségére lesz azoknak, akiknek számára készült. Nyomdai kiállítása is nagyon jó, a vidéki nyomda teljesítő-képességét és a szerzőkiadó áldozatkésztségét dicséri.  
*Zimmermann prof.*

# ACEDICON

a makacs köhögéskor

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

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

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



C. H. BOEHRINGER SOHN · INGELHEIM AM RHEIN

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

## LAPSZEMLE

**Münchener Medizinische Wochenschrift**, 45. sz. *Mancke R.* és *Siede W.*: Az icterus catarrhalis és hepatitis epidemica elkülönítő kórisméje. *Richter W.*: Izületi betegségek gonorrhoeás alapon. *Strotzka H.*: Hegék és peripheriás contracturák kezelése jód-iodophoresissal. *Brednow W.*: Pneumonia crouposa párhuzamos kezelése chininnel és eubasinnel. 46. sz. *Schredl L.*: Speciális sebészet a keleti háborúban. *Curschmann H.*: A nyelvfájdalmak néhány nem Hunter F. glossopathia által okozott alakjáról. *Greiff C.*: A diabeteses hajlam felismerése dextrose-insulin kettős terheléssel. — *Mayrhofer I.*: A postdiphtheriás polyneuritis kezelése.

**Wiener Klinische Wochenschrift**, 45. sz. *Tomic-Koravic K.*: Allergiás asthma bronchiale. *Bertha H.*: Meynert felfogása a kóros mozgások centralis izgalomról choreában. *Marschner H.*: A vérkeringés és terhelése a társadalmi biztosításban. *Slany A.* és *Pachopos M.*: A typhusos leukopenia befolyásolása terhesvérinjecióval. 46. sz. *Hamburger F.*: Az anyaság. *Ekhart W.*: A tüdőgümőkór korai diagnózis. *Svec F.*: A kísérleti digitális kutatás újabb eredményei. *Ulrik R.*: Törések kezelése, különös tekintettel az állkapocstörésekre. *Schönbauer L.*: *Neusser H.* †.

## VEGYES HIREK

**Kitüntetett honvédorvosok.** A Kormányzó Úr Ö Főméltósága a Szovjet elleni hadműveletek alkalmából »az ellenség előtt tanúsított vitéz és önfeláldozó magatartásáért, illetve »az ellenség előtt teljesített kitünő szolgálataért« az alább felsorolt orvosoknak adományozott újabban hadikitüntetést.

**Magyar Erdemrend Lovagkeresztjét a hadiszalagon a kardokkal:** dr. Szabó Sándor o. őrgy. és dr. Gosztola Béla t. o. fhdgy.-nak.

**Dicséző Elismerését a hadiszalagon a kardokkal:** dr. Horváth János o. fhdgy. és dr. Solymossy András t. o. zls.-nak.

**Dicséző Elismerését a hadiszalagon:** dr. Bottyán Imre o. őrgy., dr. Lányi Tibor o. szds., dr. vitéz nemes nagyjókai Farkas Jenő o. szds., dr. Kovács János III. orv. szds., dr. Osváth Akos o. szds., dr. Fekete Gyula o. szds., dr. Papp Pál o. szds., dr. Skaloud Ferenc o. szds., dr. Finta József o. fhdgy., dr. Bogdán József o. fhdgy., dr. Schmidt Lajos o. zls., dr. Álmos József o. zls., dr. Károlyi Tibor t. hdp. őrm. c. o. zls.-oknak. »Zvonimir Király Koronája« horvát ezüst érmet a tölgyfalombról kapta: dr. Böhm Sándor o. szds.

A Kormányzó Úr Ö főméltósága az ellenség előtt tanúsított áldozatkészség és önfeláldozás teljes elismerésül a hősihalált halt dr. *Angeli Henrik* t. o. hdgy.-ot tart. orvos főhadnaggyá kinevezte.

**Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága** meghívására *Paul Diepgen* egyetemi ny. r. tanár december 3-án, csütörtökön délután 6 órakor a budapesti Tudományegyetem Közegészségtani Intézetének (VIII., Eszterházy-u. 9.) tantermében »Der Weg zu Vesal, (Aus der Kulturgeschichte der Anatomie)« címmel vetítésekkel kísért előadást tart.

**Az Országos Közegészségügyi Egyesület** Országos Iparegészségügyi Bizottsága december 4-én délután 6 órakor az Egyet. Közegészségtani Intézet előad-

termében *Anna* kir. hercegnasszony elnökletével »Ifjúság és gyár« címen előadássorozatot rendez a következő tárgysorozattal. *Anna* kir. hercegnasszony őfenésége: *Elnöki megnyitó.* Kováts Irén dr.: A munkásifjúság védelme és az iparfelügyelet. Batiz Dénes dr.: Piatlak munkások egészségvédelme. Jankovich Adél dr.: A pályaválasztás fontossága. Takaróné Gáll Beatrix dr.: A kereskedelmi pályára készülő ifjúság szellemi és erkölcsi igényei. Lerch Jenő dr.: A munkásifjúság szabadideje. Vitéz Simon Elemér, v. b. t. t.: Zárzó.

**Az Orvosi Nagyhét elnöki tanácsa** november 23-án tartott ülésén a nagyhét idejét 1943 május 31—június 5-é közötti hétre tűzte ki, melynek első két napján (hétfőn—kedden) az együttes ülések és referátumok tartatnak meg. Közös vitatárgy a már tavaly elfogadott »Népélemezés és a táplálkozás szerepe a betegségek kór- és gyógytanában« tárgyköre lesz, melynek főreferenseiül Beznák A., Soós A. és Boros J. professzorokat szándékoznak felkérni.

A Nagyhéten részvételüket bejelentették a belorvosok, a bőrgyógyászok, a szemészek, a rheumatológusok, higienikusok és a fogorvosok társasága; nem vesznek részt a sebészek és a fül- és gégeorvosok, a többi társaságok még nem nyilatkoztak.

Az igen érdekes és nagyon actualis főtéma bizonyára nagy vonzóerőt fog gyakorolni orvosainkra.

**Orvosenként avattattak a Budapesti Tudományegyetemen november 14-én** Gedeon Klára Margit Mária, Mihályfi Irén Anna, Szóts István. **November 21-én:** Gabrieli Elemér Rezső, Héthelyi Ferenc Román, Klein Leida Helvi. Üdvözljük az új kartársakat.

## HETIREND

**Kedden, 1-én 1/2 ó.** a Bp. Orvosi Kaszinó ülése. *Schischa L.*: A tüdő tbc. sebészetének fejlődése.

**Pénteken, 4-én 6 ó.** a Bp. Kir. Orvosegyesület ülése. Előadások: *Szentágothai J.*: A vestibularis nystagmus anatómiai alapja. *Goreczky L.*: A lép élet-tani szerepére vonatkozó újabb vizsgálatok.

## LIQUOR HYPNOBROMID

Kellemes ízű hypnoticum és sedativum

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

## PRIMOVEROL

FORTE — MITE az ideális expektorans

na tása négy-ötösör erősebb a senegánál, illetve az ipecacuanhanál  
MABI, Szföv. S. A. terhére szabadon rendelhető

SZENT PÉTER GYÓGYSZERVEGYÉSZETI LABORATÓRIUM

Budapest, V., Pozsonyi-út 1

Telefon: 121—547

FELELOS KIADO: VAMOSSY ZOLTAN.

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

# Expectin

SOL.  
CSEPPEK

Diachemia

STRAUB SÁNDOR  
GYÓGYSZERÉSZETI ÉS VE-  
GYÉSZETI LABORATÓRIUM,  
BUDAPEST, VI, TERÉZ-KRT 27.

ELŐÁLLITJA  
ÉS FORGALOMBAHOZZA

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

# Uricedin

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

Magyarországi vezérképviselőt:

**Medichemia Gyógyszerkészítmények Gyára R.T.**

Budapest, X., Hölgý-uca 14

**J. E. Stroschein**

Chemische Fabrik K. G.  
Berlin

# **DORMOVIT\***

*alvási zavaroknál*

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

\*1) Furfurylisopropylbarbitursav

**DTWAG**

CHEMISCHE FABRIKEN A.G., BERLIN-WAIDMANNSLUST

Magyarországi képviselőt: Múzeum Gyógyszertár, Budapest, IV. Kossuth Lajos-u. 20

