86. évfolyam. 40. szám. Budapest, 1942. október 3.

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 »Orvostudományi közleményekkel« együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 1000 lei, egyéb külföldre a belföldi díjak + portóköltség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyedévre negyede, egy hóra 2·50 P.

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

ACEDICON

a makacs köhögésnél

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

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

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

INGELHEIM

C. H. BOEHRINGER SOHN · INGELHEIM AM RHEIN

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

Egyéb kezelésekkel dacoló seroresistens lues gyógyítására, tabetikusok lancinálló fájdalmának hatásos csillapítására sokszorosan bevált a

JOD-„ICHTHYOL" INJECTIO

INTRAMUSCULARIS ALKALMAZÁSBAN
Adagolás: hetenként háromszor egy, vagy ötödnaponként egy amp.

1 dob. (12 amp.)
1 » (50 amp. kórh. csomag.)
1 » (100 amp. kórh. csomag.)

REX GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR ÉS GYÓGYÁRUKERESKEDELMI RT. BUDAPEST—DEBRECEN

Ulcus molle kezelésére

Ulcatren

(Ulcus molle vaccina)

Gyorsabb gyógyulás • Erélyes hatás
Szövődmények elkerülése

FORGALOMBAN:

Kúracsomagolás:
6 ampulla á 2 kcm emelkedő csiratartalommal

Diagnózis megállapítására:
Testcsomagolás 3 ampulla á 0·25 kcm

BAYER

»Behringwerke«
LEVERKUSEN

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

A sexuális sphaera zavarainál:

ANDROFORT

1 amp. 5, 10, ill. 25 mg. testosteron acetatot tartalmaz

BITESTIN

1 amp. 10,0 g. friss testis biológiailag ellenőrzött kivonata

PROTESTIN

1 amp. 1.0 g. prostata és 1.0 g. testis hatóanyagait tartalmazza, valamint 0.005 g. yohimbint

RG

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

86. évfolyam. 40. szám. Budapest, 1942. október 3.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

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

TARTALOM:

Cserey-Pechány Albin: Adatok a heveny csontvelőgyulladás kóroktanához. (475—477. oldal.).
Bíró János: Ismeretlen fertőző betegség. 477—478. oldal.).
Friesz Jenő és Fridrich Géza: A priscol iontophoresis hatása a vérképre. (478—479. oldal.).
Melléklet. Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (77—80. oldal.)
Irodalmi szemle. (480. oldal.)
Könyvismertetés. (483. oldal.)
Lapszemle. (483. oldal.)
Hetirend. (483. oldal.)
Vegyeshirek. (484. oldal.)

Kecskemét th. város közkórháza sebészeti osztályának közleménye. (Igazgató-főorvos: Cserey-Pechány Albin.)

Adatok a heveny csontvelőgyulladás kóroktanához.

Irta: *Cserey-Pechány Albin dr.* egyet. magántanár.

Az osteomyelitis kórképének pontos körvonalazása csak a mult század 60-as és 70-es éveinek eredménye. *Plenk József Jakab*, a nagyszombati egyetem cs. és kir. sebészprofesszora Neues Lehrgebäude von Geschwülsten cimű, 1776-ban kiadott művében még az osteomyelitist, — akárcsak kortársai, — a daganatokhoz sorolja s kóroktanáról szószerint ezt írja: »a betegség legközelebbi oka egy méregnek (Schärfe) a belső csonthártya vagy velőhártya véredényeiben és sejtjeiben való lerakódása« — ez elég közel áll mai álláspontunkhoz, kevésbbé a következő sor: »ez pedig scrophulás, rachitises, venericus, himlőszerű, rákszerű vagy rühméreg (Krätzschärfe) által történik.« Amit *Plenk* és kortársai csak sejtettek és különböző mérgeknek, Schärfeknek neveztek, azt a bakteriologia azóta pontosan megállapította. Tudjuk, hogy a heveny csontvelőgyulladást a csontokba jutott pyogen csirák okozzák, éspedig az esetek zömét staphylococcus, csecsemőknél pedig főleg pneumococcus, ritkábban streptococcus okozza.

Lexer alapvető munkáiból ismeretes, hogy a fertőzés helyén csaknem mindég gyüjtőeres thrombust találunk s a fertőzött thrombus, esetleg maguk a bakteriumcsomók is, emboliás úton kerülnek a vérkeringésbe s a vérpályán át a vérképző szervekbe, elsősorban a csontvelőbe. Itt csontgócot hoznak létre, vagy pedig az edényrendszerben elterjedve, sepsishez vezetnek. A csontvelő, — mint a reticuloendotelialis apparatus része, — a keringésbe jutott baktériumokat elfogja, mint szürő szerepel. A csontvelőben mindenféle fertőzéses megbetegedéseknél találunk baktériumokat, anélkül, hogy a csontban localis megbetegedést okoznának. *(Wassermann.) Eugen Fraenkel* panaritium, pneumonia, phlegmone, erysipelas után sokszor találta meg a csontvelőben a megfelelő kórokozót, a haematogen fertőzés tünetei nélkül. Ugyanezt *Orsós* vizsgálatai is igazolják. A latens bakteriumok ezekben az esetekben csak valamely localis ok, trauma, hideg, meleg, fáradás folytán okoztak később a csontban gyulladást.

A csontrendszernek vannak — mint ismeretes — az osteomyelitis szempontjából praedilectionalis helyei. Hogy a gyulladásos góc bizonyos jellemző helyeken jön létre, annak oka a csontok véredényberendezése, ami az embóliás származást figyelembe véve természetes. A hosszú csöves csontok táplálása periostealis, capsuláris és ostalis ütőeres rendszer felől történik, mindezek a véredények végartériák.

A lapos csontok és rövid csöves csontok arteriái nem végartériák, ezek anastomosisokban gazdagabbak. Ezzel magyarázható, hogy az embolusok inkább akadnak meg a hosszú csöves csontok végartériáiban, főleg az artéria nutritia két főága valamelyikének végelágazásában. Bakteriumfajták szerint elsősorban a staphylococcus pyogenes aureus — mely nagyobb thrombusokat képez — telepszik le az arteria nutriciában, míg a kisebb pneumococcus, streptococcus-embolus a finomabb elágazású epiphysises arteriákba is bejut és itt okoz megbetegedést. Evvel indokolható *Koósnak* s másoknak az az észlelete, hogy a csecsemőknél oly gyakori pneumococcus és streptococcus — osteomyelitis sokszor tör át az izületbe. A csontban letelepedett septicus embolus hatásmódja kettős: mechanikai és specifikusan patogen. A végartéria emboliája táplálkozási zavart okoz, továbbá thrombosist a környező vénákban. Az így keletkezett locus minoris resistentiaeben aztán a bakteriumok specifikus hatásukat könnyebben kifejthetik.

Az acut haematogen osteomyelitis kóroktanának bekteriologiai és kórszövettani viszonyait alapos vizsgálatok ekként teljesen tisztázták. De vannak bizonyos kérdések, illetve feltevések, amelyek a velük való foglalkozásra inspirálnak. Az acut osteomyelitis főleg a gyermekkor megbetegedése. *Lexer* szerint a fiatal csontvelő véredényhálózattal bővebben ellátott, mint a zsírdús öregkori csontvelő

s ezért alkalmasabb a megbetegedésre. *Orsós* szerint — aki az osteomyelitis létrejöttében a localis traumának nagy szerepet tulajdonít, — »a rohamos fejlődés stádiumában levő csontokban a gyors csontfelszívódással járó finom structurális laesiók hajlamosítanak az infectióra«. *Lexer* és *Rode* állatkísérletekkel igazolták, hogy fiatal állatoknál külső sérülés nélkül, pusztán intravénás staphylococcus injectiókkal sikerült osteomyelitist okozni, és pedig az emberhez hasonló localisatiókban, míg idősebb állatoknál ugyanezen eljárás sepsist okoztot csontfolyamatok nélkül. *Lexer, Jordan, K. Müller* és mások állatkísérleteinél a csontgócok azon porchasadékok közelében voltak, ahol erősebb a növekedési folyamat, tehát az epiphysis és diaphysis határán, az intermediaer zónában.

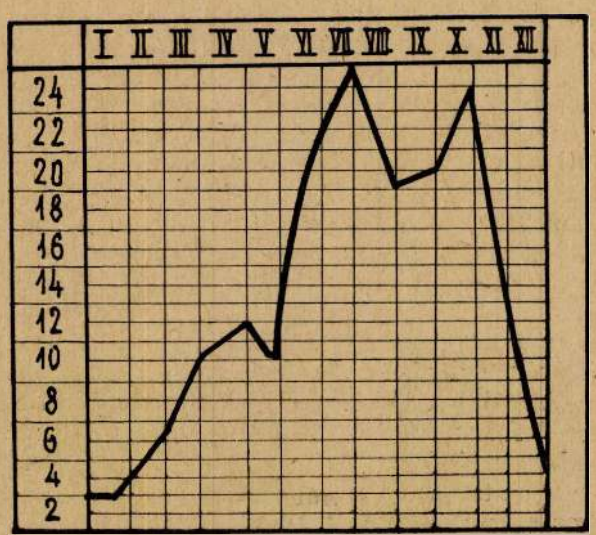
Mindezek a megállapítások arra látszanak mutatni, hogy a gyermekkor dispositiója az osteomyelitisre nemcsak a fiatalkori csontvelő bővebb vérellátásával függ össze, de egyenesen a növekedési processussal, mert hiszen ez főként az intermediaer zónában zajlik le. Ezt megerősíti az az észlelés is, hogy az osteomyelitist éppen a legfejlettebb, legerőteljesebben növő gyermekek kapják meg. Ugyancsak a növekedési folyamattal függhet össze feltételezésem szerint az is, hogy a heveny csontvelőgyulladás-eseteket nem folyamatosan, egész évben látjuk, hanem azok időnként, szinte sorozatosan jelentkeznek, éspedig egyes szerzők szerint a tavaszi és őszi hónapokban, saját statisztikám szerint főleg a nyári és őszi időkben, de mindenesetre legritkábban télen.

Ezeket a kérdéseket tettem vizsgálat tárgyává s ennek eredményéről a következőkben referálok. 1931-ig visszamenőleg összeállítottam az osztályomra felvett heveny csontvelőgyulladásos betegek statisztikáját. E 11 év alatt összesen 163 beteget vettünk fel, amely számban a sérüléses osteomyelitisek, periostitisek nem szerepelnek, csupán az akut haematogen eredetű osteomyelitisek. A betegek közül 111 férfi és 52 nő volt, tehát több, mint kétszer annyi volt a férfi, mint a nő. Egy éven aluli volt 5, 1—4 évig 18, 5—9 évig 45, 10—19 évig 77, tehát a betegek zöme és 20 éven felüli 18.

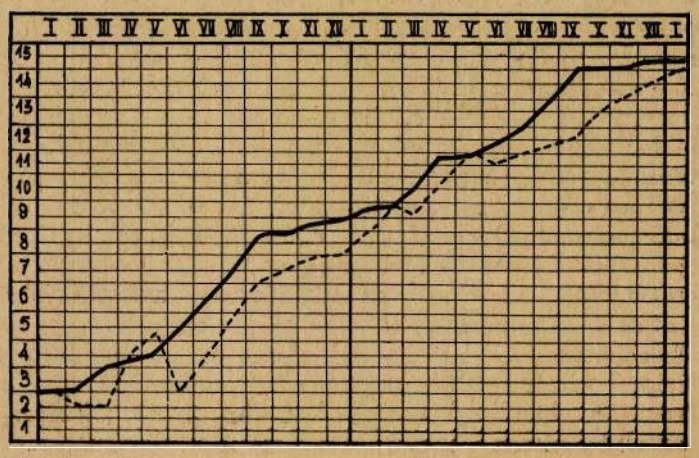
A megbetegedések időpontjai a következőképpen oszlottak meg: a 163 megbetegedés közül január hónapra esett a 11 év alatt 3, februárra 6, márciusra 10, áprilisra 12, májusra 10, júniusra 21, júliusra 24, augusztusra 18, szeptemberre 19, októberre 23, novemberre 14 és decemberre 3. A legtöbb eset tehát a koranyári és koraőszi hónapokban került osztályomra, míg decemberben és januárban csak 3—4 évenként fordult elő egy-egy megbetegedés és februárban is csak kétévenként egy. A megbetegegedéseknek az év folyamán való megoszlását jól érzékelteti az 1. ábra.

Ha tehát, mint feltételeztük, a csontok növekedésében adott az az időleges dispositio, amely a gyermekeknél osteomyelitisre fennáll, akkor a csontok növekedése sem lehet állandó folyamat, hanem hasonló törvényszerűséggel nyáron intensivebb kell, hogy legyen, télen pedig stagnálnia kellene. Erre nézve az irodalomban — nagyobb gyüjteményes mukákat néztem át — nagyon kevés adatot találtam, ami van, az is igen régi. *Malling—Hausen* 1884-ben a kopenhágai gyermekgyógyász-kongresszuson tartott előadásában azt állította, hogy a gyermekek növekedését az évszakok befolyásolják. Egy évet három harmadra osztva, az első harmadban — decembertől március végéig — gyengébb hossz- és súlynövekedést mutatnak a gyermekek. A második harmadban — áprilistól augusztusig — a hossznövekedés különösen nagy, csökkenő súlynövekedés mellett. A harmadik harmadban, augusztustól novemberig, a leggyengébb a hossz-, a legnagyobb a súlynövekedés. *Eckert* ezen adatokat kommentálva úgy véli, hogy ezek a jelenségek a klimatikus tényezőkkel magyarázhatók. A tél rövid napjai, csekély napsugárzással, gátlólag, a napsugarasabb hónapok s a több lehetőség a mozgásra serkentőleg hatnak a hossznövekedésre. *Czerny* azt állítja, hogy a gyermek egészévi növekedése, sokszor néhány hétre szorítkozik, a többi időben csend van. (Herrscht Ruhe). *Heubner* szerint a növekedésben bizonyos periodicitás áll fenn, *Axel Key* szedint a növekedést súlygyarapodás előzi meg, míg a növekedés kísérő jelensége a sovány ság.

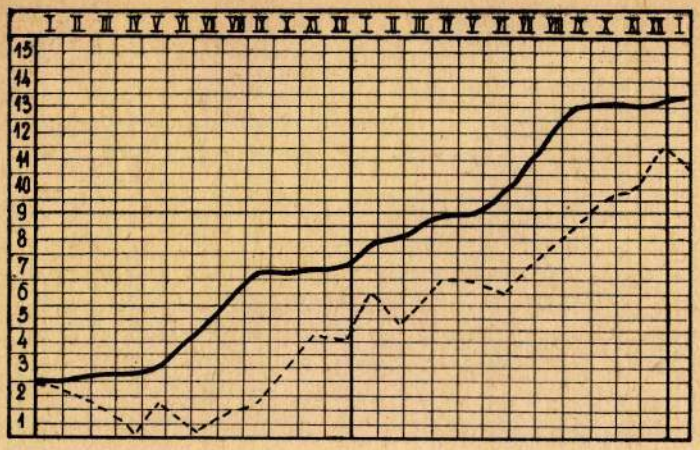
Ezeknek a részben igen régi, részben csak általánosságban mozgó megállapításoknak felülvizsgálata és kiegészítése céljából két év óta, azaz 1940 január óta vizsgálatokat végeztünk a kecskeméti Faragó Béla tanítói árvaház leánynövendékein, számszerint 80-on. A gyermekek 10—20 éves korukig nevelődnek az árvaházban kiváló és teljesen azonos hygienikus viszonyok között, tápdús élelmezés mellett és így a vizsgálatokra igen alkalmasak. A hosszú csöves csontok növekedését az egyszerűség kedvéért a gyermekek magasságának pontos mérésével ellenőriztük, ami aránylagosan megközelíti az alsó vég-



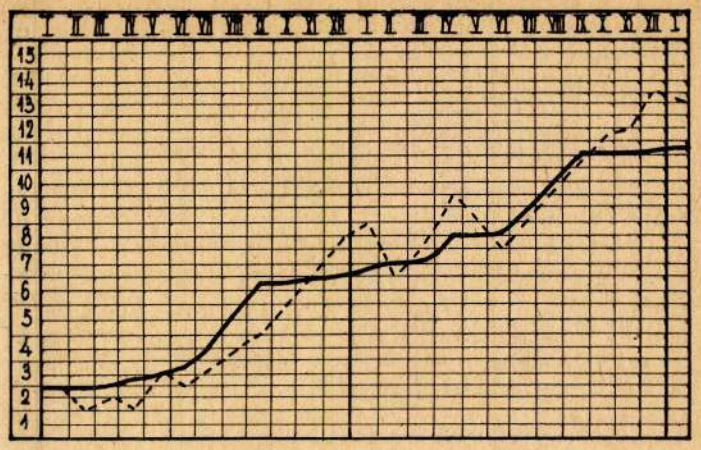
1. ábra.



2. ábra. B. K. 11 éves.



3. ábra. T. G. 9 éves.



4. ábra. F. A. 13 éves.

tag növekedésének adatait. Ezenkívül egyidejűleg a gyermekek súlyát is mértük. A méréseket minden hónap 10—12-ikén végeztük és eredményeit görbékkel érzékeltetem, melyek közül néhányat mellékelten bemutatok. A függőleges beosztás 0.5 cm-ekben fejezi ki a hossznövekedést és 0.5 kilogrammokban a súlygyarapodást. A vastagon kihúzott görbe a hossz, a pontozott a súlyváltozást érzékelteti.

A görbék mind igazolják azt a feltevésemet, hogy a téli hónapokban, tehát novemberben, decemberben, januárban és februárban a hossznövekedés szünetel, tavasszal erősen megindul — eltérés csak annyiban van, hogy az egyiknél már márciusban, a másiknál áprilisban vagy májusban — azután augusztus-szeptemberben a legmeredekebb a növekedési görbe, hogy lassan ellaposodva decemberben újra megálljon. Meg kell jegyeznem, hogy a gyermekek nyáron át is az árvaház kötelékében maradnak. Egyes gyermekeken észlelt eltérések közbejött betegségekkel magyarázhatók. *Eckert* megállapítása szerint feltűnő, hogy kimerítő fertőzőbetegségek, mint scarlát, influenza után, milyen gyors a hossznövekedés. Ezt egy-két esetben mi is észleltük, de erre magyarázatot nem tudunk. A lányok növekedése általában a 16-ik, némelyiknél a 17-ik és 18-ik évben befejeződött, a nemi érettség beállta után megszűnt. Ezt eddig is tudtuk, görbéink is mutatják. Eredményeink egyébként a régebbi adatokat némileg helyesbítik: *Malling—Hausen* adatait csak a növekedés nyári maximumára vonatkozólag erősítik meg, egyébként azonban ő a növekedés minimumát augusztus-november közti időben észlelte, míg görbéink ezt november—február közti időben mutatják. A hossz- és súlyviszonyok változása közti összefüggést, mint azt kívüle még *Axel Key* is állította, nem tudtuk teljes törvényszerűséggel kimutatni.

Ha már most az előbb bemutatott grafikonokat, amelyek az osteomyelitis-eseteknek az év folyamán való előfordulását illetőleg az évi növekedés hónapokra elosztását mutatják, összehasonlítjuk, azt látjuk, hogy mind az osteomyelitis-esetek száma, mind a növekedés a nyári hónapokban a legmagasabb. Ez a maximum az osteomyelitis-görbénél egy-két hónappal továbbra is megmarad, ami a bakteriumok latens elhelyezkedéséről fentebb mondottakkal magyarázható. A téli hónapokban — amikor a növekedés stagnál — heveny haematogen osteomyelitis-esetek is csak igen szórványosan fordulnak elő. Ezek az adatok tehát igazolják azt az állítást, hogy az acut haematogen osteomyelitis létrejötte a csontok időszakos növekedésével határozottan összefügg.

A növekedésnek az itt vázolt törvényszerűsége ismét azt bizonyítja, hogy a természet világának többi részeire vonatkozó törvények alól az ember sem lehet kivétel s miként a növény- és állatvilágban a tavaszi és nyári hónapokban erőteljesebb a növekedés, áll ez az emberre is. Hogy melyek azok a tényezők, amelyek a növekedést fokozzák, vajjon a nap sugárzó energiája — mint ezt *Eckert* mondja — vagy a calciumban, vitaminokban dúsabb táplálék, mint ezt az állattenyésztési eredmények mutatják, további vizsgálatok tárgya lehet. A fejlődő ember időszaki növekedésének vizsgálatainkkal igazolt törvényszerűsége lehet, hogy egyéb megbetegedéseknél is figyelembevehető és felhasználható adatul fog szolgálni.

Ismeretlen fertőző betegség.

Irta: *Bíró János dr.*, orvosszázados.

Ez év májusában, eddig ismeretlen fertőző betegséget észleltem a dési gyalogsági laktanyában, mely járványszerűen zajlott le. Tekintettel arra, hogy hasonló megbetegedésről még nem olvastam és a helybeli orvosok sem láttak és hallottak, ezért érdemesnek tartom a kórképet és a járvány lefolyását röviden ismertetni.

A betegség rendkívül gyorsan terjedt, amiből rövid lappangási időre lehet következtetni. Az első beteg május 15-én jelentkezett. A beteg elmondja, hogy betegségének kezdete előtt 4—5 nappal egy napig Szamosújváron tartózkodott. Május 16-án már újabb 4 beteg jelentkezett vizsgálatra hasonló tünetekkel. Az újonnan jelentkezett betegek az első beteggel egy szobában, annak közvetlen közelében voltak elhelyezve. Más szobákban elhelyezett legénységnél csak a harmadik napon jelentkezett a megbetegedés. Az egész járvány ideje alatt a betegek tíz szobából kerültek ki. A többi helyiségekben elhelyezettek közt megbetegedés nem fordult elő.

A járvány idejében a laktanyában az elhelyezés túlzsúfolt volt, mert az az átképzés idejére esett és a nagy létszám miatt ezen még a kihelyezésekkel sem lehetett segíteni. Egy-egy nagy legénységi szobában 60—80 honvédet kellett elhelyezni emeletes ágyakon. Ez a betegség terjedésének rendkívül kedvezett.

A betegség valószínűleg cseppfertőzés útján terjedt, amit a terjedéséből lehet következtetni. A nagy legénységi szobákban egy beteg körül keletkezett 3—4 újabb megbetegedés. A betegek kizárólag a

tényleges idejüket szolgálók közül kerültek ki. Az átképzősök és karpaszományosok nem betegedtek meg, holott egy épületben, de más szobákban voltak elhelyezve.

A betegség az első hét végére erősen elterjedt, az új betegek csaknem óránként jelentkeztek. A megbetegedések száma a második héten érte el a tetőfokát, majd a harmadik héten hirtelen megszünt a járvány. Összesen 48 megbetegedést észleltem. A gyalogsági laktanyán kívül elhelyezettek közt hasonló megbetegedést nem észleltem. A laktanyában lezajlott járvány után a városban dr. Árokháti Vilmos bőrgyógyász főorvos, egyet. tanársegéd észlelt az O. T. I. rendelésén két hasonló esetet. A vármegyei orvosi összejövetelen, hol röviden ismertettem a járványt, az egyik szamosújvári kartárs tett említést hasonló megbetegedésről, amit május első felében észlelt Szamosújvártól kb. 20 km-re fekvő faluban.

A betegség tünetei rendkívül jellemzők. A láz első nap 37.4°—37.5° C-ig emelkedik, majd másnap eléri a 40—41° C-t. A láz emelkedését hidegrázás nem kíséri. Az arc már az első nap erősen megduzzad, különösen a halántéktáj, a massetertáj és a szemhéjak, melyek emiatt tasakosak. A halántéktáj és szemhéjak kivétel nélkül megduzzadnak, massetertáj duzzanatta olykor elmarad vagy csak féloldali. A massetertáj duzzanatát jól meg lehetett különböztetni a fültőmirigy gyulladástól. Ez a duzzanat a fülcimpát sohasem emeli el.

A láz continua jellegű és 3—6 napig tart, amikor hirtelen megszünik. A magas láz ellenére a betegek közérzete aránylag jó, nem keltik súlyos betegek benyomását. Fejfájáson (tarkó táji) és izomfájdalmakon (végtagfájdalmak) kívül más panasz nincs. Egyesek 38—39° C-os lázzal kivonulnak és csak századparancsnokuktól szerzek tudomást arról, hogy betegek.

A lázas állapot megszüntével egyidőben, tehát kb. a 4., 5. napon törzsön és felső végtagokon kiütések jelentkeznek. A kiütés lencsényi, halvány rózsaszínű, bőrszintjéből kissé kiemelkedő, ujjnyomásra eltűnik, nem összefolyó. Legjobban hasonlít a kanyarós kiütéshez. A kiütés az arcon és az alsó végtagokon sohasem jelentkezett. Koplik folt figyelmes keresés után sem található. A kiütések 4—5 napig, egyes esetekben 6—8 napig is tartanak. Hámlás utána nincs.

Tüdő és szív felett kóros eltérést észlelni nem lehet. A pulzus relative (39—40 C° lázhoz viszonyítva) bradicardiás (70—90 sec.) Nyelv kissé bevont. Hurutos tünetek csak a garatban vannak.

Lép egyetlen egy esetben sem tapintható. Vér: Vidal R. és Weil Felix R. neg. Székletben csak egy esetben mutatunk ki féregpetét. Széklet normal, vizeletben semmi kóros.

Vérkép a betegség első napjaiban erősen leukopeniás, fvs. száma 4—5000. Az eosinophil sejtek száma erősen megszaporodik, átlagban eléri a 25—30%-ot, de extrém esetben 45%-ot is. A vörösvértestecskék sem számbeli, sem alaki eltérést nem mutatnak. A betegség későbbi napjaiban a fehérvérsejtek erősen megszaporodnak, számuk eléri a 11—15.000-t. Az eosinophilia még hetek mulva is uralja a vérképet.

A csontvelő punctatumban is nagy számban vannak eosinophil sejtek.

A vérkép és csontvelő punctatum vizsgálatát Bensáth Aladár belgyógy. főorvos és Czettele Károly alorvos végezte a dési áll. kórházban.

A betegség felismerése a felsorolt tünetek alapján könnyű. Legjellegzetesebb az arc duzzanata és a kiütés.

Kanyarótól elkülönítése könnyű, mert az arcon soha sincs kiütés, Koplik folt hiányzik, hurutos tünetek nincsenek és a kanyarónál nincs a jellegzetes arcduzzanat. Kiütéses typhusban Weil-Felix reactio positiv. Typhusban a lép megnagyobbodott, Vidal pos. és a kiütések is mások. Influenzától, gyógyszeres kiütésektől a megkülönböztetés könnyű.

A kórokozó ismeretlen. Valószínüleg filtrálható virus, mely a garatválladékkal terjed, cseppfertőzés útján. Lappangási ideje 3—4 nap és főleg a lappangási idő alatt fertőz.

Kórjóslat jó. 48 megbetegedés közül egy sem volt halálos, szövődmények nem jelentkeztek. Két esetben kisebb hőemelkedések egy hónapig tartottak. A betegek két hét alatt tökéletesen meggyógyultak, csupán kisebb gyengeséget éreztek.

A lázat chinin erélyes adagolása sem csökkentette és a kórlefolyást deseptyl (napi 3x0.80 gr) sem befolyásolta. Gyógyszeres kezelésre a betegség könnyű voltára tekintettel nincs is szükség. Fontos a betegek gyors elkülönítése. Zsúfolt elhelyezést kerülni kell, gyakran kell szellőztetni a lakószobákat és tömeges elhelyezés esetén ajánlatos a hypermangános vagy hyperolos torok öblögetés. Laktanyákban (iskolákban, tömegszállásokban) egészségügyi zárlatot rendeljünk el.

A budapesti tudományegyetem I. sz. belklinikájának közleménye. (Igazgató: Herzog Ferenc ny. r. tanár.)

A priscol iontophoresis hatása a vérképre.

Irta: *Friesz Jenő dr.* és *Fridrich Géza dr.*

Ujabban gyakran használják a priscolt a környéki vérkeringés zavarainak gyógyítására. A priscol benzylimidazolin származék és rokonságban van kémiai szerkezete révén a histamin és ephedrin csoportba tartozó vegyületekkel. Hatása, a szerzők egyöntetű véleménye szerint a kis arteriáknak és az arterioláknak bőrbeli tágítása. *Brack* szerint az összes értágító szerek között legközelebb áll az acetylcholinhoz és általános hatásában parasympathicotrop.

A histamin iontophoresis hatását a vérképre vizsgáltuk *Gorkával.* Azt találtuk, hogy a fehérvérsejtek a histamin hatására megfogynak a bőr hajszálereiben. Minthogy, a priscol is hyperaemiát okoz a bőrben, bár más módon, mint a histamin, mert ez a capillárisokat és a kis vénákat tágítja, érdemesnek tartottuk hatását a vérképre megvizsgálni. Az irodalomban ilyen vizsgálatról beszámolót nem találtunk. *Weitzmann* alkalmazta ugyan a priscolt iontophoresis formájában, de csak gyógyító célzattal.

Összesen 20 beteget vizsgáltunk, kik közül egyiknek sem volt vérképzőszervi baja. A vizsgálat éhgyomorra történt. Az iontophoresis céljára egy 20x30 cm-es ólomlemezt használtunk, melyet a deréktájra helyeztünk. Az ólomlemezt az anod sa-

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Tévedések a vesekövek kórismézésében.

A vesekövek kórismézése általában három tényezőn alapszik: 1. a kórelőzmény figyelembevételén, 2. az alapos urologiai kivizsgáláson, 3. a Röntgenfelvételen.

A vesekövek kórismézésében tévedések akkor történnek, ha e három eljárás valamelyikét tökéletlenül végezzük el, vagy pedig a vizsgálati eredmények megítélése hibás. Nem célom most a vesekövekkel kapcsolatos összes tévdiagnosisokkal foglalkozni, mert alig van hasüri megbetegedés, mely e szempontból számításba ne jöhetne. Elég talán csak a vesekő és epekő, valamint a vese- ureterkő és appendicitis közötti összefüggésre utalnom. E kérdések már magukban véve is bővebb tárgyalást igényelnek. E sorok célja inkább csak oly tévedések ismertetése, melyek székhelye maga a vese, vagy annak tájéka. E, mondhatjuk *szorosabb értelemben vett tévedések* keletkezése többnyire a Röntgen-felvételek helyes vagy helytelen értelmezésével függ össze s ezért célszerű csoportosításunkban a Röntgen eredményt alapul venni.

Ily szempontból tekintve a kérdést, általában 4 eset lehetséges:

1. A Röntgen-felvételen nem látunk kőgyanus árnyékot, bár a vesében mégis van kő (u. n. *Röntgen negativ kövek).*

2. A Röntgenen kapott kőgyanus árnyék csak *látszólag* felel meg vesekőnek, az árnyékot adó képlet nem magában a vesében, hanem vagy alatta vagy felette fekszik *(hamis kőárnyékok).*

3. A Röntgenen kapott kőárnyék annyira *atypikus* helyen fekszik, hogy azt nem tartjuk veseeredetűnek: *rendellenes fekvésű vesekövek,* (dystopiás, vagy patkóvesében fekvő kövek).

4. A Röntgen-felvétel elvégzése elmaradt, mert a klinikai tünetek nem voltak vesekőgyanusak *(Tünetmentes vagy tünetszegény vesekövek).*

A vesekövek Röntgen árnyékaira vonatkozólag csak néhány rövid megjegyzésre szorítkozom. Tudjuk, hogy testen kívül minden kő ad Röntgen árnyékot, viszont élőben csak a kövek egy része. Ezért beszélünk *Röntgen positiv* (azaz Röntgenen árnyékot adó) és *Röntgen negativ* (azaz árnyékot nem adó) kövekről.

Az árnyékképződésben szerepet játszó tényezők közül a legfontosabb a *kő vegyi összetétele* és a környező *szövetek sugárelnyelő képessége.* A kő vegyi összetétele, de elsősorban annak *mész* tartalma már magában véve is jelentős tényező s így előfordulhat az az eset, — mint magam is észleltem, — hogy a Röntgen árnyékot nem adó kő újabb, mészben gazdagabb réteg felrakodása következtében, egy-két év elmultával a Röntgen-felvételen láthatóvá válik.

A környező szövetek sugárelnyelő képességének azért van jelentősége, mert a *kőárnyék mélysége* (erőssége) elsősorban attól függ, hogy a kő és a környező szövetek sugárelnyelő képessége között mekkora a *különbség.* Minél nagyobb ez a különbség, annál kifejezettebb kőárnyékot kapunk. Ezért látjuk, hogy ugyanaz a vegyi összetételű kő kövér emberen sokkal *halványabb* árnyékot ad, mint *soványon,* vagy más szóval sovány emberben egy kő felfedezése Röntgen útján viszonylag könnyebb feladat, mint kövér emberben.

A *Röntgen negativ kövek* számaránya a közkórházi tapasztalatok szerint 10—20%-ra tehető. Kétségtelen, hogy körültekintő, szakszerű technikával, a felvételek megismétlésével és a tökéletes urologiai kivizsgálással ez a számarány lényegesen csökkenthető, de a mindennapi gyakorlatnak a fenti számarány felel meg. Ennek ismerete azért fontos, mert abból megértjük, hogy az *egyszerű Röntgen-felvétel negativitása még egyáltalán nem bizonyít kő lehetősége ellen.* Ha a klinikai tünetek (görcs, haematuria, derékfájdalmak) kő jelenlétét valószinüsítik, a tévedést, vagyis a kő fel nem ismerését csak úgy kerülhetjük ki teljes bizonyossággal, ha a vizsgálatokat intravenás, esetleg retrograd töltéses pyelographiával egészítjük ki.

A tökéletes urológiai kivizsgálással már sok Röntgen negativ követ sikerült kimutatni. A kontrastos Röngten vizsgálat ugyanis azzal az előnnyel jár, hogy a kő helyének megfelelően árnyékkiesést u. n. *negativ árnyékot kapunk.* Az ilyen árnyékkiesésnek azonban egy hátránya is van, néha véletlenség, a medence tökéletlen telődése okozza s ezért nem szabad minden negativ árnyékot *kritika nélkül* értékesíteni. Kétes esetekben, tévedések kikerülése végett, a felvételt inkább megismételjük, mert ha az első felvételen látott gyanus árnyékkiesés *nem* kőtől származik, úgy az újabb felvételen a negativ árnyék eltűnik.

Gyakorlatilag a legjelentősebbek a második csoportba sorolt u. n. *hamis kőárnyékok* esetei, mert ezek egy része nem egyszer *ok nélkül műtéti beavatkozásra* kerül. A tévedést okozó kőárnyékokat a legkülönbözőbb elváltozások (bélfodor mirigyek, phlebolithok, körülírt borda meszesedések, epekő, pankreaskő, rendellenes béltartalom stb.) okozhatják, sőt észleltem egyszer egy esetet, midőn az ott felejtett inggomb typikus vesekő árnyékot hagyott hátra.

A leggyakoribb tévedések alapjául szolgáló *mesenterialis mirigyekre* jellemző, hogy árnyékuk sohasem olyan homogen és éleshatárú mint a veseköveké, azonkívül gyakran észlelhető a közepükön halványulás; *a phlebolithok* gyakoribbak a kis medencében s ezért inkább az ureterkövek félreismerésében játszanak szerepet. Rendesen többszörös árnyékot okoznak, mert ritkán fordulnak elő egyedül.

A tévedések e csoportját csak a szakszerű urologiai kivizsgálás derítheti ki. Döntő jelentőségű ilyenkor az *oldalsíkban történő Röntgen felvétel,* mert ha a kőgyanus árnyék a vesén kívül fekszik, úgy az oldalsikban történt felvételen a kőgyanus árnyék helyzete a *vesétől függetlenül* változik meg.

A tévedések harmadik csoportjába a rendellenes fekvésű vesékben lévő kövek tartoznak. Főleg *dystopiás* vagy *patkó vesében* elfekvő kövek esetén látjuk, hogy a kő felismerése azért maradt el, mert a Röntgenen látott árnyékot a vesétől függetlennek, többnyire hasüri mirigy árnyékának tartották. A vese normalis helyzetén kívül fekvő kőgyanus árnyékok eseteiben, különösen ha a betegnek bizonytalan hasi fájdalmai vannak, vagy pedig időnként

mikroskopiai haematuriát észlelünk, gondoljunk *fejlődési* rendellenesség lehetőségére. Az intravenás pyelographia ilyen esetekben csak ritkán értékesíthető, a retograd töltéses pyelographiának nagyobb a jelentősége.

A tévedések egy önálló, a röntgentől független csoportjába azok az esetek, tartoznak, midőn a kő felderítése azért késik, mert a kő teljesen *tünetmentes* s ezért vesekőre, illetve *Röntgen elvégzésére* nem is gondolnak. Ezeket az eseteket többnyire a véletlen vagy más betegség miatt végzett kivizsgálás deríti ki. Felfedezésüket úgy segítjük elő legjobban, ha a mikroskópiai haematuriáknak, a hosszabb ideig fennálló szokásos kezeléssel dacoló vesetáji fájdalmaknak (rheuma), is jelentőséget tulajdonítunk. Vannak azonban hosszú ideig teljesen tünetmentesen lezajló vesekövek is s ezért meg kell szabadulnunk attól a tankönyvszerű dogmától, hogy a vesekő mindig fájdalommal jár. *Nagy korall köveket észlelünk a vesében, melyek éveken át nem fájtak*, A fájdalmat ugyanis nem a kő, hanem a következményes jelenségek, a gyulladás, vagy a vizelet-lefolyás akadályozottsága okozza. Erre nézve egyik jellemző esetem a következő:

50 éves külföldi hajóskapitány idegileg kimerültnek érezvén magát, szabadságot kér, de hadviselő fél polgára lévén, azt nem kapta meg. Erre beteget jelent. Az orvosi vizsgálatkor vizeletben gennyet és vért találnak s ezért nagyon helyesen a vesékről Röntgen-felvételt végeznek. (külföldön). A Röntgen mindkét vesében gyermektenyérnél nagyobb többszörös óriás köveket mutatott ki, melyek egy közönséges vese nagyságát teljesen kitöltötték volna. A beteg consilium végett keresett fel, avégből, hogy panaszmentes állapota mellett operáltassa-e magát, vagy sem. A kövek nagyságától magam is elámultam, mert ilyen nagyságú köveket még nem láttam. S a betegnek *derékfájása sem a multban sem a jelenben nem volt!*

Összefoglalva tehát mondhatjuk, hogy a vesekövek esetében előforduló u. n. szorosabb értelemben vett tévedések egy részét az okozza, hogy a Röntgen lelet értelmezése *hibás*, másik része viszont abból származik, hogy a *Röntgen-felvétel* tünetszegénység vagy egyes tünetek (haematuria, derékfájás) elhanyagolása miatt elmaradt. Előbbi esetben helytelen alapon történik a műtéti beavatkozás, utóbbi esetben késik a kő felfedezése, ami nem egyszer a vese feláldozásába kerül.

Minder Gyula dr.
egyet. ny. r. tanár.

Sárgarépaleves a mesterségesen táplált csecsemők hasmenéses betegségeinek kezelésére.

A sárgarépalevest 1907-ben *Moro* ajánlotta először a csecsemők hasmenéses betegségeinek kezelésére. Az ezt követő 2 évben több klinika beszámolója igen eredményesnek ítélte *Moro* étrendjét. *Pfaundler* egyenesen azt írta, hogy ez a kezelésmód a táplálkozási zavarok gyógyításának eddig elért egyik legnagyobb vívmánya. Sajátságos, hogy ilyen egyöntetű jó vélemény ellenére is az étrend rövidesen teljesen feledésbe merült. Az érdemtelenül mellőzött étrendet 30 év után újból felfedezte a csecsemődiaetetika. 1937 óta egyre fokozódó számban jelennek meg a répalevesről szóló közlemények és mindegyike csak jót mond róla.

Egy év előtt vezettem be osztályomon a répaleves használatát, Az eredmények kezdettől fogva annyira jók voltak, hogy azóta a répaleves a hasmenést gyógyító diaetánk alapjává lett.

A répaleves így készül: ½ kg sárgarépát megtisztítva és apróra vagdalva 1 liter vízben körülbelül másfél órán át puhára főzünk. Szitán finoman áttörjük, mennyiségét forralt vízzel 1 literre kiegészítjük és 3 gr sót teszünk hozzá.

Osztályunkon a répaleves-étrendet a következő séma szerint alkalmazzuk:

Könnyebb hasmenés esetében egy, súlyosabb hasmenéskor két napig kizárólag répalevest kap a csecsemő. (Annyit, amennyi a megszokott táplálék mennyisége). A következő naptól kezdve mindennap eggyel több étkezést feles rizsnyákos savanyított és tápcukorral édesített soványtejre cserélünk át. A répatáplálás második napján szabályszerűen megjelenik az összeálló répa-széklet. Ha a teljes adagok szaporitásakor a széklet ujból romlik, az átváltás ütemét lassítjuk és két vagy egy répa-étkezést hosszabb ideig meghagyunk. Heveny enterocolitisben (dysenteria) különösen érzékeny a csecsemő a tej iránt. Ilyenkor a rizsnyákos tej helyett átmenetileg tápcukorral édesített calcium-fehérjés rizsnyákot szoktunk adni és ezt néhány nap mulva a széklet javulása szerint fokozatosan cseréljük át a rizsnyákos tejre. Jó székletek esetén a tápcukrot és saccharint elhagyjuk és a tápszert rendes (5%) cukorral édesítjük. A teljes gyógyulás után végül fokozatosan áttérünk a csecsemő korának megfelelő megszokott étrendre. (Pl. 4 hónapnál idősebb csecsemőnek erre: 1. Feles tej 5% cukorral, 2. feles tejben dara, 3. leves, főzelék, gyümölcs, 4. feles tej 5% cukorral, 5. feles tejben dara. Kezdetben néhány napig a darát és főzeléket nem savanyított feles rizsnyákos tejjel készíttetjük.)

Toxikus tünetek (öntudatzavar, mély légzés, hosszan megmaradó dermographismus, esetleg cukorvizelés) jelenlétekor, hacsak mód van rá, a répaleves után női tejre térünk át. Ilyenkor a kizárólagos répatáplálást mindaddig megtartjuk, amig a toxikus tünetek el nem múlnak. Az áttérés fokozatos: a női tej mennyiségét naponkint 100 gr-mal növeljük az összes étkezésekre elosztva. Női tej hiányában a méregtelenedés után először rizsnyákot adunk a répához. A legegyszerűbben úgy, hogy a répaleves készítésekor az áttört répát nem vízzel, hanem rizsnyákkal egészítjük ki 1 literrel. Két nap után kezdjük el egy-egy répaleves átváltását először harmados, később feles rizsnyákos savanyított tejre.

A répaleves hatása legjobban az almadiaetához hasonlít. A táplálék nagy salaktartalma a bélben összeálló tömeggé sürüsödik, mely áthaladása alatt mintegy puha, laza szivacs, szinte végigtörli a beleket és mechanikusan is megtisztítja a bélfelületet a nyálkától, bomlástermékektől és valószínüleg a baktériumoktól is. Az, hogy a bél ilyen összeálló bélsártömeget mozgat és nem »üresen jár«, az izgalmi peristaltikát szünteti. Ilyen mechanikus hatást az almán és répán kívül más étrenddel nem tudunk elérni. Nagy sótartalmával a kiszáradást hamarosan leküzdi. Répa-étrend mellett infusióra alig van szükség. A súlygörbe már az első naptól kezdve következetesen emelkedik. A répa fokozatos elhagyásakor a súlyemelkedés is megáll egy időre — néha keveset

vissza is esik, jeléül annak, hogy a kezdeti súlyemelkedést vízkötés okozta.

Az étrendnek igen nagy előnye, hogy a répalevest csaknem minden csecsemő szívesen issza. Fiatal csecsemőn az alma-étrend alkalmazását éppen az etetés nehézsége akadályozza — répa-étrendnél ilyen nehézségünk sohasem volt. Sokszor meglepett bennünket az a mohóság, amivel a különben étvágytalan toxikus csecsemők fogyasztották. További előnyének tartjuk, hogy dyspepsiában és enterocolitisben (dysenteria) egyformán jó eredménnyel adható. Hiszen tudjuk, hogy különösen a nyári hasmenések idején még intézetben is sokszor nehéz a hasmenés eredetének elkülönítése. Hatása annyira megbízható, hogy a diaeta kudarca esetén nagy valószínűséggel gondolhatunk arra, hogy a hasmenést parenterális ok tartja fenn.

Tapasztalataink alapján kívánatosnak tartanánk, hogy ez a könnyen elkészíthető, olcsó és csaknem mindig rendelkezésre álló étrend a gyakorlatban is szélesebb körben elterjedjen.

*

Az étrend folyamán használt tápszerek készítésmódját az alábbiakban ismertetjük.

1. *Répaleves.* Készítését a szöveg között leírtuk.

2. *Savanyított rizsnyákos tej.* A rizsnyák így készül: egy tetézett evőkanál rizst mozsárban megtörünk. Kb. háromnegyed liter vízben feltéve egy órán át főzzük, szitán áttörjük, késhegynyi sót teszünk hozzá és forralt vízzel felengedjük fél literre.*

Feles tej készítésekor egy deci rizsnyákhoz egy deci *lefölözött* forralt tejet öntünk, két tetézett kávéskanál tápcukrot (Hordenzym, Soxmaltan, Demaltos) és 1 tabl. saccharint teszünk hozzá. Lehülés után lassan, állandó keverés közben két kávéskanál citromlevet vagy ugyanannyi öt százalékos citromsavoldatot (Rp. Acid. citric. 5,0 Aquae dest. 100,0), vagy ugyanannyi 5%-os tejsavoldatot (Rp. Acid. lactici gr 5,0 Aquae dest. 100,0) keverünk el benne. A szülőket figyelmeztessük, hogy a beálló pelyhesedés nem hiba, hanem éppen kívánatos.

3. *Calciumfehérjés rizsnyák.* Két deci rizsnyákhoz hidegen két csapott kávéskanálnyi calciumfehérjekészítményt (*Caphosein* Krompecher, *Gotamin* Wander), két tetézett kávéskanál tápcukrot (Hordenzym, Soxmaltan vagy Demaltos) keverünk és felforraljuk. Ha besürűsödött, forralt vízzel felengedjük. Egy tabletta saccharinnal édesítjük.

Lukács József dr.
egyetemi magántanár.

* Készíthetjük gyári készítményből is: Félliter vízben két tetézett evőkanálnyi Oriza (Krompecher)-t felfőzünk. — A rizsnyákot pótolhatjuk árpanyákkal: *Flossin* (Wander)-ből az előbbivel azonos módon készül.

Cukorbetegek szívbántalmának gyakorisága.

Számos irodalmi adat bizonyítja, hogy cukorbetegek között sok kóros szívelváltozást találunk. E ténnyel kapcsolatban érdekesnek láttam annak megvizsgálását, hogy cukorbetegek között milyen mértékben található EKG-vel kimutatható szívártalom, továbbá, hogy ennek létrejövetele milyen tényezőkkel hozható kapcsolatba. Hasonló szempontok szerint végzett vizsgálatokról az irodalom már beszámol (*Hepburn* és *Graham, Streit, Misske* és *Schütt, Radnai* és *Weisz*). Az a tény, hogy a cukorbaj klinikai képében az utóbbi időben a keringési szervek szövődményei aránylag nagy számmal szerepelnek, késztetett arra, hogy társadalmi helyzet, életkörülmények szerint egységes anyagom feldolgozásával a felvetett kérdés megítéléséhez értékesíthető további adatokat gyüjtsek.

Vizsgálataimhoz szükséges adataimat a magánalkalmazottak biztosító intézetében nyilvántartott és insulinnal ellátott cukorbetegektől nyert EKG leletekből gyűjtöttem össze. Beteganyagom az intézet által pontosan kivizsgált és jól ismert betegekből minden válogatás nélkül került ki. Feldolgozott eseteim száma 174. Természetes, hogy a kapott eredményeket nagy óvatossággal és kritikával kell taglálnunk, igen sok körülményre tekintettel kell lennünk, s nem téveszthetjük szem elől az egyéni adottságokat sem, emellett azonban kétségtelenül értékes adatokat szolgáltathat nagyobbszámú eset statisztikai feldolgozása is.

Kutatásaim folyamán néhány hozzáférhető adatot csoportosítottam, s a statisztika segítségével igyekszem megállapításaimat levonni. Számszerű eredményeim a következők: Az összes betegből 95 lelete, kereken 55% EKG-val kimutatható szívelváltozást nem jelzett. A kóros esetekben coronaria elégtelenség mutatkozott 3 nőn és 4 férfin a myocardium egyéb bántalmazottsága 34 nőn és 38 férfin. Ebből 49% nagyobb fokú, 51% pedig csak enyhébb elváltozást mutatott.

A kérdés további taglalásakor elsősorban a következőket kell eldönteni. A szívnek az esetek 45%-ban mutatkozó kisebb-nagyobb megbetegedése mennyiben következménye magának a cukoranyagcsere megromlásának és mennyiben játszanak közre egyéb körülmények, amelyek a szívelváltozás létrejöttében mellérendelt, vagy elősegítő okként szerepelnek?

Önmagától felmerülő kérdés, hogy a szívelváltozás létrejöttében szerepet játszik-e az a körülmény, hogy mióta cukorbeteg valaki? E kérdés tisztázásához bizonyos támpontot kapunk, ha megvizsgáljuk, hogy azok között a betegek között, akik már hosszabb idő óta cukorbetegek, nagyobb számban találunk-e szívelváltozást, mint azok között, akik csupán rövid idő óta betegek. Adataimból kiderül, hogy a szívelváltozást mutatók középértékben 8 év óta szenvednek cukorbetegségben, ugyanezt az értéket kapjuk az ép szívűek csoportjában is. Statisztikai x^2 számítással ellenőrizve a két összehasonlított csoport szerkezeti eloszlását kiderül, hogy lényeges eltérés nem mutatkozik. Ezek alapján úgy látszik, hogy maga az a tény, hogy mióta cukorbeteg valaki mai kezelési viszonyok között nincs döntő befolyással a szív állapotára.

Az insulin alkalmazásának kb. két évtizede elég hosszú időnek látszik ahhoz, hogy e gyógyszer adagolásának időtartamát, továbbá az alkalmazott mennyiséget a szóbanforgó kérdéssel kapcsolatban vizsgálat tárgyává tegyük. E célból megállapítottam, hogy az összegyüjtött esetek hány év óta részesülnek insulin gyógyszerelésben, illetőleg 1-től 10 évig terjedő 1 éves csoportonként milyen az esetek számszerű megoszlása? A két csoport között lényeges szerkezeti eltérés x^2 próbával sem volt kimutatható. Az insulin adagolás idejének középértékét kiszámítva kiderül, hogy a szívbetegek 5 év óta, az ép szívűek 6 év óta kapnak középértékben insulint. Ezek szerint maga az a tény, hogy mióta részesül valaki insulin kezelésben, — eseteim insulin beállí-

tottsága mellett — egyáltalában nem látszik közrejátszani a szívelváltozás létrejöttében és kizárja azt a feltevést, hogy maga az insulin therapia befolyásolná károsan a szív állapotát. Az insulinnal kapcsolatban megvizsgáltam azt is, hogy az először alkalmazott és a jelenleg kapott adagok nagysága mekkora. Szívbetegek esetében a kezdő középérték 32 egység, a jelenleg kapott mennyiség középértéke 49 egység volt. A nem szívbetegek csoportja kezdetben 38 egységet, jelenleg 60 egységet kap. Ennek alapján tehát szintén az előbbi álláspontot lehet elfogadnunk.

A cukorbetegek tetemes része kisebb-nagyobb és ritkábban, vagy sürűbben jelentkező hypoglykaemiás panaszokról ad számot. Ezért megállapítottam, hogy a szívbeteg és ép szívű csoporton belül milyen a megoszlása azoknak a betegeknek, akik hypoglykaemiáról számolnak be azokkal szemben, akik ilyentől életük folyamán eddig teljesen mentesek voltak. A szívbetegek között hypoglykaemia volt 58%-ban, az ép szívűek között 56%-ban. E területen tehát lényeges különbség nincs.

Az erek és a szív betegségeiben az életkor kétségtelenül szerepet játszik. Ennélfogva megvizsgáltam azt, hogy az életkornak nem mutatkozik-e valami szerepe a szívelváltozás létrejöttében? A betegek átlagos életkorát kiszámítva kiderül, hogy a szívbetegek átlagos életkora jelenleg 55 év, cukorbajuk pedig középértékben 47 éves korukban kezdődött. Az ép szívűek átlagos kora 48 év és a cukorbaj 40 éves korban kezdődött. A szívelváltozást mutató cukorbetegek 10 éves korcsoportok szerinti megoszlását az ép szívűekkel összevetve kitűnik, hogy a szívbeteg csoportban a nagyobb szám magasabb korosztályokban mutatkozik. A két megoszlás lényeges eltérését a x^2 próba is bizonyítja.

	életkor							
	11—20	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	71—	x^2
szívelváltozást mutató esetek	—	4	7	10	33	20	5	16.55
ép szívűek	2	10	17	27	20	16	2	

Ennek alapján kiderül, hogy a szívbetegséget felmutató adatcsoport a magasabb korosztályok felé eltolódott az ép szívűekkel szemben, tehát cukorbetegek szívelváltozásainak létrejöttében kétségtelen szerepet játszik az életkor, éspedig a magasabb korban kezdődő diabetes, illetőleg idősebb cukorbeteg esetében a szív veszélyeztetettsége nagyobb. Az életkornak *Radnai* és *Weisz* által hangoztatott nagy jelentőségét vizsgálataim tehát megerősítik.

Ismeretes, hogy a cukorbetegség keletkezésében az örökletes terheltségnek igen nagy szerepe van. Ezért különválasztottam azokat az eseteket, amelyekben kétségtelen családi terheltség ki volt mutatható. A szívbetegek között a család más tagjának is volt cukorbaja 41%-ban, az ép szívűek között családi terheltség 47%-ban mutatkozott. Ez a kis eltérés 0.8-as signifikáns differentiával semmi esetre sem elég ahhoz, hogy különbséget tegyünk a két csoport között.

Eredményeimet összevetve a következő megállapítások tehetők. Cukorbetegek között jelentős számban található a szív megbetegedése. E szívelváltozás azonban úgy látszik csupán akkor jön létre, ha egyéb tényezők is szerepelnek, amelyek a szívbetegség létrejöttéhez a talajt előkészítik. A cukorbetegség csupán egyik fontos összetevője annak az okcsoportnak, amely a szívelváltozást létrehozza, s valószínüleg az elősegítő tényezők egész sora szükséges, így pl. a beteg életkora, esetleges a szív, vagy erek betegségei iránt hajlamosító családi terheltség, a beteg életkörülményei stb. A cukorbetegek között található aránylag nagy számú szívbeteg azonban figyelmeztet arra, hogy egyéb hajlamosító tényezők jelenléte esetén a cukorbetegségnek igen nagy szerepe juthat a szívbántalom felszínrehozásában, s a megfelelő talajon a betegséget korábban létrehozza, vagy egyébként esetleg az egyén élete végéig rejtve maradó csökkentértékűséget betegség alakjában megnyilvánítja. E téren éppen az életkornak látszik nagy jelentősége, s ennek alapján ajánlatos minden idősebb cukorbeteg szívének állapotát fokozott gonddal figyelemmel kísérni. Ajánlatosnak látszik minden 40 évnél idősebb cukorbetegen EKG vizsgálatot végezni, akár van szívére valami panasza, akár nincs.

Berencsi György dr.

Orvostörténeti jegyzetek.

Lenhossék József takarékossága. Az »öreg« Lenhossékről azt írja Mihálkovics, hogy általában nagyon takarékos embernek tartották s ennek volt is némi alapja: öltözetével nem törődött, olcsó szivarokat szitt, régi cilindert hordott, színházba nem járt stb. Ha omnibuszon vagy lóvasúton utazott, szomszédjait rendszerint megszólítgatta s a kocsivezetőnek gyakran kijárt egy szivar, hogy figyelmeztesse őt, ha a lakásához vagy intézetéhez ért.* Egy alkalommal meg a lóvasúti kocsin egyik tanítványával, ki egyetemi tanárnak volt a fia, beszédbe elegyedett s mikor a bonctani intézet előtt leszállt, csak akkor jutott eszébe, hogy az illető atyját elfelejtette üdvözöltetni. Visszafordult és a tovainduló lóvasutat nagy kiabálással megállította, gyorsan felrohant s a fiatalembernek a jelenlevők mosolygása közben hangosan kiáltotta, hogy »tiszteltetni az édesapját«. A vagyonos ifjak imponáltak neki. A hallgatóiról külön könyvet vezetett s abban furcsa megjegyzések voltak, pl. meg voltak jelölve a zavargók (clamantes) vagy privát viszonyaik (például az egyiknél: »pater eius gazdag disznókereskedő«). Az omnibuszon utazást különösen kedvelte. Rendesen ezen ment múzeumkörúti háromemeletes házából az üllői-úti központi orvoskari telep anatómiai intézetébe és vissza. Csodálatos omnibuszai voltak egykor Budapestnek, írja Eötvös Károly. Hosszú, nehéz, födetlen hidasok rossz lovakkal, goromba kocsisokkal. Tél ellen, szél ellen, hideg ellen nem volt bennük menedék. Ha az eső szemetelni kezdett: akkor a keresztvasrudakra ponyvát húztak s a jég és eső legalább nem verte ki az ember szemét. Két ülés a kocsis mellett, hat ülés a kocsi derekában, négy ülés hátul. Állóhely nem volt. Minden ülésnek ára egy hatos. Hat pengő krajcár, vagyis a mai számítás szerint 21 fillér. A hátulsó négy ülésen szabad volt dohányozni. Az omnibuszoknak rendes utasa volt Deák Ferenc is s ő mindig oda ült, ahol a szivarját fogyaszthatta.

Bár Lenhossék takarékos ember volt, sok vagyont mégsem hagyott hátra. Ha valaki egy egész emberélet fáradozásaival szerzett ezt a vagyont nagynak s az egyetemi tanári működés értékét meghaladónak tartja, az ugyancsak nem mér igazságos mértékkel a tudománynak!

M. K. Gy.

* Múzeumkörúti lakása előtt ugyan nem volt megálló, de a szivarért megállították neki a kocsit. Egyszer egy új kalauz, nem tudván ezt az egyességet, alásan megköszönte a jegyváltáskor kapott »kurtát«, de nem állította meg a kocsit. Az öreg úr mérgesen rivallt rá a Hatvani-utcánál leszálltában: »Adja vissza azt a szivart!«

rokhoz kapcsoltuk. Az alkalmazott priscol mennyisége 5 ctgr. volt, a kezelés 10 percig tartott 5 MA áramerősséggel. Teljes vérképet készítettünk és megmértük a vérnyomást kezdés előtt és kezelés után 5 és 40 perccel. A vért az ujjhegyből vettük. Az iontophoresist a betegek kivétel nélkül mind jól tűrték, kellemetlen hatásról egyik sem panaszkodott. A bőr az ólomlemez helyén a kezelés kezdetén azonnal kipirosodott és megjelentek a csalánkiütéshez hasonló piros bőrkiemelkedések is. A kezelés után mindezen elváltozások 1—1½ óra mulva eltüntek.

A vérnyomás nem változott számottevően. A vörösvértestek mennyisége is a számolási hibahatárok között ingadozott. A fehérvérsejtek száma azonban a priscolra erősen megfogyott és ennek megfelelően fogytak meg a neutrophyl leukocyták és a lymphocyták is. A többi fehérvérsejtféleség számának változása ilyen kis esetszámban nem értékesíthető.

Táblázatunkban összefoglaltuk a fehérvérsejtek számát, a neutrophyl leukocyták és lymphocyták százalékos arányszámát és absolut számát; végül a középértékeket és a százalékos eltérést a priscol iontophoresis előtt és utána 5 és 40 perccel.

Priscol iontophoresis előtt és után.

Fehérvérsejtek száma			Karélyos magvu %/abs. szám			Lymphocyta %/abs. szám		
előtte	5' mulva	40' mulva	előtte	5' mulva	40' mulva	előtte	5' mulva	40' mulva
			81	73	66	18	24	30
5800	3900	4800	4698	2847	3168	1044	936	1440
			69	73	70	31	27	30
5600	4600	5400	3864	3358	3780	1736	1242	1620
			69	60	66	26	29	29
12.600	8400	9000	8694	5240	5940	3528	2436	2610
			68	64	60	32	36	40
5400	4000	3600	3672	2560	2160	1728	1440	1440
			80	78	96	20	22	4
7200	6200	8800	5760	4836	8448	1440	1364	352
			62	54	70	36	44	30
8800	6600	7800	5456	3564	5460	3168	2904	2340
			74	70	64	26	30	30
6600	4000	3600	4884	2800	2304	1716	1200	1080
			60	69	71	39	30	29
9600	7000	8200	5760	4830	5822	3744	2100	2378
			67	55	59	31	44	41
7800	4400	4800	5226	2420	2832	2418	1936	1968
			52	52	46	46	46	50
5200	3600	4200	2860	1872	1932	2392	1656	2100
			60	67	65	33	30	28
8200	6900	7200	4920	4623	4680	2706	2070	2016
			68	62	62	32	36	38
7200	4400	5000	4896	2728	3100	2304	1584	1900
			63	65	66	36	31	26
8400	5000	5400	5292	3250	3564	3024	1550	1404
			73	72	73	25	25	23
11.800	7600	9600	8614	5472	7008	2950	1900	2208
			54	60	70	40	39	29
6400	4600	6200	3456	2760	4340	2560	1794	1798
			64	63	60	35	34	36
6000	3500	4000	3840	2205	2400	2100	1190	1440
			56	68	56	39	28	40
6400	4800	3200	3584	3264	1792	2496	1344	1280
			60	58	60	33	38	36
5800	5200	4800	3480	3016	2880	1914	1976	1728
			72	70	60	22	27	38
5000	4600	7200	3600	3220	4320	1100	1242	2736
			56	60	56	41	37	38
5200	4200	4800	2912	2520	2688	2132	1554	1824
Középértékek								
			66	65	66	32	32	30
7250	5175	5880	4773	3369	3931	2310	1671	1783
—	—29	—19	—	—29	—18	—	—28	—23
%-os eltérések.								

A fehérvérsejtek száma 5 perccel az iontophoresis után kivétel nélkül minden esetben megfogyott. A fogyás nagysága három esetben nagyobb volt 40%-nál, 6 esetben 30%-nál, 4 esetben 20%-nál és csak 2 esetben volt 8 és 10%-os. A legnagyobb megfogyás 43%-os, a legkisebb 8%-os volt. A középérték 29%. A kezelés után 40 perccel a fehérvérsejtek száma az esetek nagyrészében már szaporodni kezdett. 14 esetben nem érte el a kezelés előtti számot, kettőben túlhaladta azt, 4 esetben pedig a fehérvérsejtszám 40 perc mulva még tovább fogyott. Középértékben a megfogyás nagysága 19%.

A karélyosmagvú neutrophyl leukocyták absolut száma is minden esetben tetemesen megfogyott 5 perc mulva a priscol iontophoresis után. A megfogyás aránya az egyes esetekben megfelelt a fehérvérsejtek megfogyásának, közepes értéke itt is 29%. 40 perc mulva a karélyos magvú neutrophyl leukocyták absolut száma is szaporodni kezdett, de még nem érte el a kiindulási értéket 11 esetben, 5 esetben azonban már meghaladta. 4 esetben számuk még tovább csökent, mint az 5 perces érték. A középérték 18%-os megfogyás.

A lymphocyták absolut száma a kezelés után 5 perccel az esetek túlnyomó többségében szintén erősen megfogyott és csak 2 esetben volt csekély szaporodás. A megfogyás középértéke 28%. 40 perc mulva az absolut szám 9 esetben megnagyobbodott, de nem érte el a kiindulás értékét, 2 ízben azonban meghaladta, 7 esetben pedig a csökkenés 40 perc mulva is még tovább tartott, kettőben pedig nem változott a szám. Végeredményben a csökkenés középértéke 23%.

Az egyes betegségek és a vérkép változása között nem volt összefüggés kimutatható. A karélyos magvú neutrophyl leukocyták és a lymphocyták absolut száma mind 5, mind 40 perccel a priscol iontophoresis után ugyanolyan arányban csökken, mint az összes fehérvérsejteké, tehát a fehérvérsejtek teljes egészükben fogynak meg, úgy, hogy ez a megfogyás egyik fehérvérsejt fajta rovására sem történik. A megfogyás okát a fehérvérsejtek helyi elosztásának gyors megváltozásában kereshetjük. Valószínű, hogy a bőrerekből mulólag eltünő fehérvérsejtek a belső szervek ereiben gyülnek össze, amint az a histamin hatására történő fehérvérsejt megfogyáskor is feltehető volt.

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

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

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

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET.

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

Nyilt pneumothorax ellátása. *Haberer H.* (Arch. f. klin. Chir. 202. 3.) A szerző szerint a nyilt légmell életveszélyes tüneteit rögtön meg kell szüntetni. Jól záró lágyrészvarratokat kell alkalmazni, ami által zárt pneumothoraxot hozunk létre. Legjobb túlnyomásban végezni a műtétet, hogy a tüdő tágulását is kihasználjuk. Ha ezt nincs módunkban alkalmazni, akkor a műtét után Dieulafoy-féle fecskendővel kiszívjuk a mellkasban maradt levegőt. Elhanyagolt esetben, amikor a túlnyomás extrém fokozása az ép oldal károsodása nélkül nem vihető keresztül, ilyenkor az előhúzott tüdőt a sérült mellhártyához kivarrjuk, ami különösen háborús sérüléseknél ajánlatos. Igy az eltolt mediastinumot visszahúzzuk, elsősegítjük a tüdő tágulását. Fertőzésre mindig kell itt számítanunk. Gennyedésnél a varratok kiesnek és ha a letapadás nem tökéletes, újra bekövetkezik a műtét előtti állapot. (G. 29.)

Széll Imre dr.

A subcutan májsérülés felismerése. *Hellmut Krüger Martius.* (Bruns Beitr. 172. l. f.) A subcutan májsérülés felismerésének nehézsége elsősorban a máj topographiás és physiologiás viselkedésében, a szerencsétlenség lefolyásának pontatlan elmondásában és a klinikai tünetek igen változó megjelenésében keresendők, miért is a korai laparotomia bizonytalan esetekben feltétlenül indokolt. A kórkép rendkívül változó lehet. Igen súlyos tünetek mellett hiányozhat a májsérülés s viszont enyhe tüneteknél is találhatunk májrupturát. Centralis májsérülésre még a laparotomia alkalmával sem találunk biztos tünetet. A halál ilyenkor nem a vérveszteség, hanem a májparenchyma pusztulása és toxikus anyagok felszívódása következtében áll be. Vérkép a haemoglobin és erytrocyta görbe acut vérveszteségeknél meglehetős szabályos értékeket mutatnak. Diagnostikus szempontból azonban gyakran túlbecsült. Posthaemorrhagiás leucocytosist minden esetben észlelt. (G. 35.)

Szabolcs Zoltán dr.

Az arteriographia aneurysmák esetén. *H. Killian.* (Bruns Beitr. 172. l.) A szerző 15 aneurysmáról számol be, melyek közül 12 resecált és vagy közvetlen vérvarrattal, vagy venaátültetéssel gyógyított. Csupán egy eset nem sikerült. Az utóvizsgálatban igen nagy szerepe van az arteriographiának, mely egyedüli eljárás az érvarratok sikerének vizsgálatára. Az aneurysmának punctióját teljesen veszélytelennek tartja. Tekintve, hogy hasonló sebészi eljárásokhoz rendkívül nagy gyakorlat szükséges s gyakorlott sebész kezében az eredmények sokkal jobbak, az esetek összegyüjtését és szakorvosok által való kezelését ajánlja. (G. 33.)

Szabolcs Zoltán dr.

TÁBORI EGÉSZSÉGÜGY ÉS HADISEBÉSZET

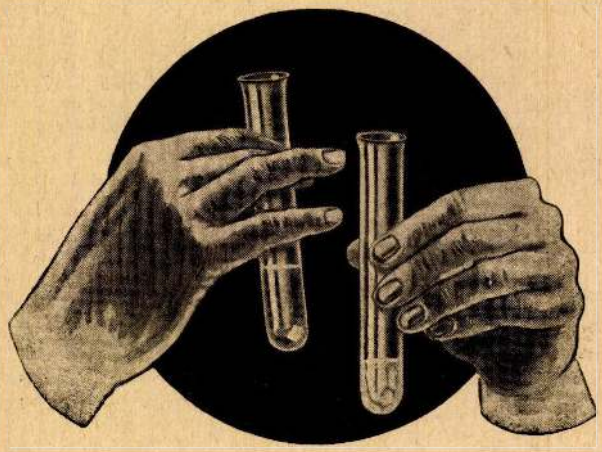
Rovatvezető: *Sereghy Emil.*

Emberi vérsavó mint vérpótlószer. *Lang—Schwiegk:* (D. Militaerarzt 1941/10.). Heveny elvérzéses halál akkor áll be, ha a keringő vér mennyisége felére, vagy harmadára csökken. A vvs.-ek csökkenése nem játszik olyan fontos szerepet, mert 50% Hgb.-al a vér a gázcserét jól elvégzi, sőt 20—25% Hgb. is elegendő lehet. Nagy, heveny vérvesztés kezelése a folyadékmennyiség pótlásából áll. Ha tiszta sóoldatot juttatunk a vérpályába, annak nagy része hamar kiválik. Vérpótló folyadék akkor marad tartósan a vérpályában, ha ugyanolyan colloid-osmoticus nyomással bír, mint a vér. A 6%-os gummiarab.-ot tartalmazó Ringer-oldat sok szövődményt okozott és nem vált be. Az elvesztett vért legjobban vérátömlesztéssel pótolhatjuk. A tárolt vér alkalmazása is megfelelő, de csak 2—3 hétig használható fel akkor, ha 2—4 C fokon tartjuk. (Tárolt vérnél a vvs.-ek ozygénszállító képessége nem játszik szerepet ref.). A vérsavó, vagy plasma a legmegfelelőbb vérpótló folyadék, mely mentes a tárolt vér, vagy a testidegen colloidok hátrányaitól. Mindkettő egyaránt bevált, azonban a savó nyerése és tárolása egyszerűbb. A vérsavóból, plasmából a véralvadásnál fellépő mérgezési termékek 24 óra mulva eltűnnek, a leülepedett vérsavó egyáltalában nem mérgező. Az AB csoport savója agglutinineket nem tartalmaz, hasonlóképpen kiiktathatjuk az agglutininek hatását, ha A és B, illetőleg AB és 0 csoportú vért keverünk, mert a savó agglutininjeit a másik csoportba tartozó vér vvs-jei megkötik. Keverés után a savót Seitz-szűrőn szűrik. A steril savó szobahőmérséken hónapokig eláll, azonban 2 hó mulva pelyhes kicsapódások keletkezhetnek benne, ami a használhatóságát nem befolyásolja. Ha a savót vacuumban kiszárítjuk, ezeket az öregedési jelenségeket is elkerüljük. A szárított savót alkalmazásakor steril vízben feloldjuk. Az első 100—200 kcm-t lassan kell beadni (kb. 10 percig). 200—600 kcm.-t adtak egyszerre, nagy kivérzésnél 1000 kcm.-t is. Javalatai: nagy vérvesztés, égés, traumás shock, collapsus, exsiccosisok (dysenteria, cholera). Allergiás jelenségek előfordulhatnak kiütés, láz, nyálkahártyaduzzanat, hányás), 100 esetben adták, 3 betegnél volt allergiás reactio, 2 esetben 38 C fokú láz lépett fel. (Egy esetünkben súlyos anaphylaxiás shock lépett fel ref.) Könnyen szállítható a harctérre, jól tárolható és beadása könnyű. (S. 15.).

Szász Ödön dr.

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

Árrmérséklés!
RHENANIA
DIGITALIS-DISPERT-**LIQUIDUM**
"Dispert" előállitásánál fogva biztositja az összdigitalis hatás mellett, a jó gyomortűrhetőséget
Uj ára: P. 2,40
kórházi csomagolás 100 g. P. 9,00



Neohexal

sec. sulfosalicylsavas hexamethylentetramin

a húgyutak coli-, strepto-staphylogen fertőzéseinél. E szer vizeletpangásnál (prostatitis), kőképződésnél és idegentest-cystitisnél is indikált.

Csomagolás: Üvegcsőben 20 drb 0.5 g-os tabletta

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

Asthma bronchiale esetében
prophylaktikusan és rohamoldáshoz

Taumasthman

tabletta

Peroralis prophylaxis
Peroralis rohamoldás

Vezérképviselet: Kemény Gyula gyógyszerész Budapest, VIII., József-körút 10. sz. Telefon: 143-322

MENFORMON
DIMENFORMON

KLIMAKTERIALIS PANASZOKNÁL ÉS MENSTRUATIÓS ZAVAROKNÁL

Mintát és irodalmat készséggel küld a magyarországi vezérképviselet

N.V. ORGANON
OSS (HOLLANDIA)

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

HOMOJOD TINCT.

a Gyógyszerkönyv szerinti 6.5%-os jódtincturát tökéletesen pótolja. A bennelevő csekély jódtartalom (0.35%) csupán katalysátorként szerepel

Tartalmaz: 035% jodum pur. és cca: 6% cupribromidol alkoholos oldatban

Magas baktericid hatás a nagy és kis sebészetben, a bőrgyógyászatban és nőgyógyászatban a műtéti terület desinfectiója számára. Reaktiómentes sebfertőtlenitő

Sem börgyulladást, sem káros börizgalmat nem okoz

Nagy előnye, hogy a bőrön okozott szineződés vizzel nyom nélkül lemosható

Magyar gyártmány

Itt az ősz, fokozódik a Sanostol therapiás jelentősége

Javallatok: rachitisprophylaxis és therapia, azonkívül hypo- és avitaminosis, fejlődési zavarok eseteiben és rekonvalescenciánál

Kellemes ízű, standardizált
CSUKAMÁJOLAJ KÉSZÍTMÉNY
A- és D-vitamin tartalommal

Csomagolás: 200 gr üveg P 6·27 + 22 fillér felár — Adagolás: gyermekeknek 1—2 teáskanál, felnőtteknek 3—4 teáskanállal naponta

Előállítja: Chemische Fabrik Promonta G. m. b. H., Hamburg
Forgalomba hozza: Kiss Árpád Budapest, VII., Izabella-tér 5. Telefon: 424-277

BÉHEXOS: CUKORINJECTIO B_1-VITAMINNAL
„CERTA" GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R.T. BUDAPEST

KÖNYVISMERTETÉS

Physiologisches Praktikum. Teil II. Allgemeinphysiologisches praktikum. Irta: Prof. *Dr. Emil Abderhalden.* 160 oldal, 178 ábrával, 5-ik bővített kiadás. (Kiadta Theodor Steinkopff Verlag, Dresden und Leipzig.) Ára 5.25 P.

Prof. Abderhalden nagy tapasztalattal és szaktudással megírt könyvecskéjét az orvostanhallgatók élettani gyakorlataihoz vezérfonalul szánja. A kísérletek leírása a legfontosabb élettani fejezetekre szorítkozik, mint vér, vérkeringés, légzés, ideg-izomélettan, érzékszervek, központi idegrendszer. Ezen fejezeteken belül a szerző leírja mindazokat az alapphysiologiai módszereket, berendezéseket, amelyeket minden jövendő orvosnak célszerű ismerni és elvégezni. Bár a könyv tulajdonképpen előkészítés a klinikai semesterekre, azonban alkalmas arra is, hogy az orvostanhallgatók figyelmét az orvosi kutatás irányába terelje. Nagyon hasznos segítő eszköze a könyvecske a mi orvostanhallgatóink élettani gyakorlati kiképzésének is, annálinkább, mivel hazai irodalmunk ilyen irányú munkában igen szegény. Nagy jelentősége különösen abban van, hogy nagyon világosan, érthetően írja le az egyes kísérleteket és áttekinthető, demonstrabilis ábrái segítségével a kísérleteket minden hallgató könnyen elvégezheti. Ez a munka ajánlható orvosi kutatással foglalkozó gyakorló orvosoknak is, mert itt összefoglalva kapják meg az általánosabban használt physiologiai módszereket, amelyek ismerete nélkül alapos orvosi kutatás el sem képzelhető.

Kokas Eszter dr.

HETIREND

Szombaton 10-én $^{1}/_{2}7$ **ó.** a Magy. Dermatologiai Társulat ülése a Bőr és Nemibetegek Klinikájának előadási termében. Tárgy: betegbemutatások.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift. 37. sz. *Schlack H.* A Dupuytren f. ujjcontracturáról különös tekintettel a háborús szolgálati károsodásra. *Beck H.* Az ulcusbetegség gyógyítása. *Hueber W.* Halálesetek jódtartalmú contrastanyagok injectiója után. *Link Ph. és Schmidt J.* A kankó sulfathiazolkezelése (2. közlemény.) *Dirr K. és Platiel M.* Quantitativ meghatározások az orvosi gyakorlatban a Zeiss-Ikon f. specialkolorimeterrel. *Francke E.* Klinikai tapasztalatok a Zeiss-Ikon f. hämometerrel.

Wiener Klinische Wochenschrift. 37. sz. *Hoff F. és Brunn E.* A kiütéses láz kórképe és elkülönítő kórismeje. *Sattler A.* Közvetlen betegvizsgálat az auscultatió szempontjából. *Stockert.* A központi idegrendszer hevenysérüléseinek kórélettanához. 38. sz. *Pernkopf E.* Az orvosi pályaválasztáshoz. *Eppinger H.* Az ulcusbetegség kezelése. *Patzelt V.* Vérkeringési szervek és arteriovenosus anastomosisok.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift. 37. sz. *Robert P.* Bőrtünetek diagnostikus jelentősége belső betegségekben. *Gloor H. U.* Uj szempontok a haematogen vesegümőkór megítélésében. *Koller Th.* Adat a thrombosis kérdéséhez. *Scherb R.* Izomcontracturák járványos gyermekbénulásban. *Pinösch H.* A Pfeiffer f. mirigyláz traumás eredetének kérdéséhez. *Müller J. H. és Balbi J.* Ujszülött érettség és csontmagfejlődés. *Machaček Em.* Heveny septikus endocarditis és cibazoltherapia. 38. sz. *Fanconi G. és Zellweger H.* Adatok a gyermekbénulás epidemiologiájához. *Gsell O.* Rheumás betegségek diaetetikája és ennek alkalmazása katonai kórházakban. *Marcel M. P.* Sterptococcus haemolytikus okozta heveny veselob, typhus és paratyphus kezelése sulfamidekkel. *Montmollin R.* Combinált koponya, agy és gyomrocs térfogatmérés. *Mayor G.* Hepatogen osteodystrophiák. *Feer W.* Tejsavas tej és pelargon a csecsemőtáplálásban. *Klein Fr.* Öngyilkosság a tarkó levágásával.

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

Új engedélyezés:
A M. kir. POSTA Betegségi Biztosító Intézeténél
(263.974/1942. XI. B. M. szám alatti rendelettel)
ULRASEPTYL-UREA sebhintőpor „CHINOIN"
készítmény **szabadon** rendelhető

VEGYES HIREK

A budapesti Tudományegyetem hagyományos ünnepség keretében nyitotta meg szept. 24-én az idei tanévet. Az Egyetemi templomban celebrált szentmise után a résztvevők a központi épület aulájában gyülekeztek. Az ünnepségen megjelent *Szinyei Merse* Jenő kultuszminiszter is. A magyar Hiszekegy eléneklésével vette kezdetét az ünnepély, majd *Navratil* Ákos prof., lelépő rektor tartotta meg beszámoló beszédét. A jelvények átvétele után *Bakay* Lajos professzor, az új rektor »A háborús sebészet fejlődéséről« címmel mondotta el nagy tetszéssel fogadott rektori székfoglaló előadását. Utána a Rektort adó orvostudományi kar dékánja *Kiss* Ferenc prof. mondott régi szokás szerint tanévmegnyitó beszédet az ifjúsághoz. Az ünnepség a Himnusz eléneklésével ért véget.

Genersich Antal születésének 100-ik évfordulója alkalmából szept. 26-án Kolozsvárott a *Magyar Pathologusok Társasága* emlékünnepet tartott, melyen a volt tanítványok és tisztelőkön kívül megjelentek a Genersich család tagjai, város és egyetem vezetősége s nagyszámú hallgatóság. *Gyergyay Árpád* orvoskari dékán üdvözlőbeszéde után *Entz Béla* professzor tartotta nagyhatású megemlékezését a nagy tanítómesterről, a szervezőről, a tanárról, az orvosról és az emberről. Majd leleplezték a Kórbonctani Intézet tantermében Genersich domborművét, Entz Béla adományát, melyet *Haranghy László* professzor, mint Genersich késői utódja hazafias, lendületes szavakkal vett át. Ezután az egész közönség a Házsongárdi temetőbe vonult ahol *v. Balogh Ernő* professzor mélyen megható beszéd kíséretében tette le Genersich Antal sírjára a Magyar Tud. Akadémia a P. P. Tudományegyetem Rektor Magnificusa, a Bpesti és kolozsvári-Egyetem orvosi karának valamint a Magyar Pathologusok Társaságának koszorúját.

Chileben nagyfokú meningitis-járvány van. Santiagóban 700, Valparaisóban 400 megbetegedés történt. Sok helyen az iskolákat bezárták.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti Tudományegyetemen szeptember 25-én: Batizy Gusztáv András Endre, Fränkl Edgár Andor Alfréd, Fülep Veronika, Gorácz István, Kézdi Pál (cum laude), Koch Sándor Béla, Laky László, Miklós József, Sárkány Vilmos, Somogyi Eszter, Szentgyörgyi László Tibor János, Szilágyi Erzsébet, Öss Ibolya Magdolna, Véssei Zoltán Ferenc, Wein Dénes Zoltán Manó, Vlaj Vilma (honosítás!) *Üdvözöljük az új Kartásakat!*

LIQUOR **HYPNOBROMID**

Kellemes ízű hypnoticum és sedativum

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

PRIMOVEROL

FORTE — MITE az ideális expektoráns

hatása négy-ötször erősebb a senegánál, illetve az ipecacuanhanál. MABI, Szöv. S. A. terhére szabadon rendelhető

SZENT PÉTER GYÓGYSZERVEGYÉSZETI LABORATÓRIUM

Budapest, V., Pozsonyi-út 1 Telefon: 121—547

Iogal

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

Kipróbált szer, ártalmatlan a gyomorra és a szívre

Antineuralgicum
Antipyreticum
Antirheumaticum
Analgeticum

Mintával és magyar szakirodalommal szolgál:

Dr. FILO JÁNOS

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

Sopron szab. kir. thj. város Erzsébet-közkórháza. 518/1942. ikt. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Sopron szab. kir. thj. város Erzsébet-közkórházánál megüresedett sebészeti segédorvosi állásra nyilvános pályázatot hirdetek.

Az állást elnyerni óhajtók szabályszerűen felbélyegzett kérvényüket e pályázati hirdetménynek a Budapesti Közlöny című hivatalos lapban történt harmadszori közzétételétől számított 15 napon belül — közhivatalban levők hivatali főnökük útján — Sopron szab. kir. thj. város főispánjához címezve hozzám nyujtsák be.

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

Sopron, 1942. évi szeptember hó 5-én.

Dr. Király Jenő s. k.
m. kir. egészségügyi főtanácsos, kórházigazgató.

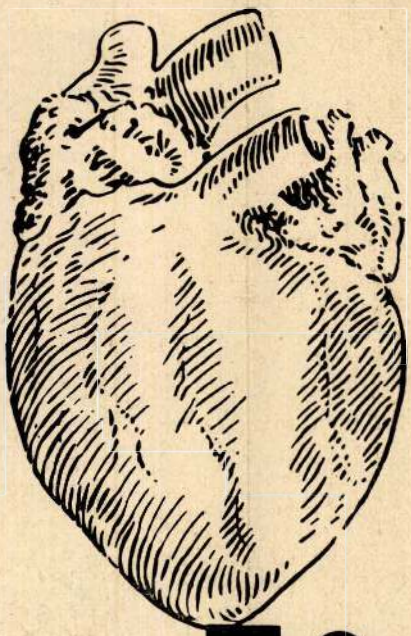
FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTÁN.
A szerkesztő kedden és pénteken 12 és 1 óra között fogad.

ULTRASEPTYL-UREA sebhintőpor

Fertőzött és fertőzésre gyanús sérülések, műtéti utófertőzés, genyes folyamatok kezelésére

12 és 75 g-os üvegek

CHINOIN



Verodigen

**Digitalis-készítmény,
leggyorsabban hat,
a szervezet jól tűri**

Fiola 12 tablettával
Fiola 25 tablettával
Doboz 5 küppal
továbbá Verodigen-tejcukor 1 : 125

1 tabletta = 0,1 g fol. digitalis mint infusum
1 kúp = 0,15 g fol. digitalis mint infusum

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

Magyarországon torgalomba hozza:

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

DORMOVIT*

alvási zavaroknál

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

*) Furfurylisopropylbarbitursav

DIWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A.G., BERLIN-WAIDMANNSLUST

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

ULTRASEPTYL-CHINOIN

2-(p-aminobenzolsulfamido)-4-methylthiazol

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

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

424853 — AZ ATHENAEUM IRODALMI ÉS NYOMDAI RT. NYOMÁSA, BUDAPEST. FELELŐS: KARPATI ANTAL IGAZGATÓ.

86. évfolyam. 41. szám. Budapest, 1942. október 10.

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 Soll.* Handels- u. Kredit-B. Bratislava.

Előfizetési díj: az »Orvosi Hetilap«-ra az »Orvostudományi közlemények«-kel együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 1000 lei, egyéb külföldre a belföldi díjak + portóköltség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyedévre negyede, egy hóra 2·50 P.

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

Eredményes chemotherápiához

Richter-féle

SULFAPYRIDIN

Para-amino-benzol-sulfo-alfa-pyridinamid

INJECTIO
a leggyorsabban hozza létre a hatás eléréséhez szükséges sulfamid töménységet

TABLETTA
kellemetlen melléktüneteket, gyomorpanaszokat nem okoz

SUPPOSITORIUM
ha inj., vagy tabl. bármilyen oknál fogva nem alkalmazható

SULFAPYRIDIN HINTŐPOR
Fertőzött sebek, renyhén gyógyuló fekélyek kezelésére

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

ACEDICON

a makacs köhögésnél

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

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

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

INGELHEIM

C. H. BOEHRINGER SOHN · INGELHEIM AM RHEIN

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

Neohexal

sec. sulfosalicylsavas hexamethylentetramin

a húgyutak coli-, strepto-staphylogen fertőzéseinél. E szer vizeletpangásnál (prostatitis), kőképződésnél és idegentest-cystitisnél is indikált.

Csomagolás: Üvegcsőben 20 drb 0.5 g-os tabletta

J. D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

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

86. évfolyam. 41. szám. Budapest, 1942. október 10.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

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

TARTALOM:

Kramár Jenő: Adatok a vérhas chemotherapiájához. (485—487. oldal.)

Kémeri Dezső: Ulcus phagedenicum genitale gyógyítása. (487—489. oldal.)

Erődi Antal: Új szer az othaematoma therapiában. (489—490. oldal.)

Bottyán Imre: A fogcsúcs körüli granulomákból készült antigén. (491—492. oldal.)

Irodalmi szemle. (492—495. oldal.)

Könyvismertetés. (496. oldal.)

Lapszemle. (498. oldal.)

Vegyes hirek. (498. oldal.)

Hetirend. (498. oldal.)

A szegedi Tudományegyetem Gyermekklinikájának közleménye.

Adatok a vérhas chemotherapiájához.

Írta: *Kramár Jenő dr.* ny. r. tanár.

A hazánkban főleg a csecsemőkre és gyermekekre oly vészes jelentőségű vérhas kezelésében, úgylátszik, új fejezethez érkeztünk. Minden jel amellett szól, hogy az a lázas munka, amely *Domagk* korszakalkotó felfedezését nyomon követte s már eddig is a hatásos készítmények sorával ajándékozott meg bennünket, a vérhas esetében sem lesz meddő. Természetes, hogy az egyes sulfanilamid-vegyületeket nem sokkal megjelenésük után ebben az irányban is sorra próbálták. *Villani, Cooper, Tószöghy* tapasztalatai igen biztatók s a mult évi vérhasjárványban klinikánkon is az a meggyőződés alakult ki, hogy a sulfamethylthiazol (ultraseptyl Chinoin) valóban hatásos gyógyszere a vérhasnak *(Bános)*. Hogy a hatás még nem tökéletes, azt *Marshall* és munkatársai úgy magyarázzák, hogy e készítmények gyors felszívódásuk miatt nem kerülnek elég töménységben az alsó bélrészletekbe. Olyan készítményre törekedtek tehát, amely vízben nehezen oldódik, rosszul szívódik fel s így erőteljes helyi hatást fejt ki a bélben. A sulfanilylguanidin véleményük szerint leginkább megfelel ennek a követelménynek: az amerikai szerzők *(Marshall, Bratton, Edwards* és *Walker*, továbbá *Lyon)* igen kedvezően nyilatkoznak róla. Hazánkban *Érczy* számolt be a Szent László-kórházban tett igen meggyőző tapasztalatairól (Orv. Hetil. 1942. 8. sz.) Úgy találta, hogy a szer hatására 2—3 nap alatt megszűnik a hasmenés, leesik a láz s feltűnően kedvezően alakul a súlygörbe.

Sajnálatos, hogy e hazai közlések sem keltették fel eléggé a figyelmet: a klinikánkra kerülő vérhasbetegek kórelőzményében alig találjuk még nyomát annak, hogy a gyakorló orvos kihasználná a vérhas kezelésének ezen újabb lehetőségeit. Az alábbiakban ezért röviden ismertetjük az idén szerzett tapasztalatainkat, hogy azok még a jelenlegi vérhasjárvány alatt felhasználhatók legyenek.

Járóbetegrendelésünk könnyebb betegeit sulfanilylguanidinnal (sulfaguanidin Richter) kezeltük.* A felerészben lokalis, felerészben lázas vérhasban szenvedő 55 csecsemőn, 54 hat évnél fiatalabb s 3 annál idősebb gyermeken látott gyógyhatás megfelel *Érczy* közlésének. Röviden a következőkben foglalhatjuk össze megfigyelésünket.

A székek száma igen gyorsan csökken, 1—2 nap alatt többnyire már a felére s eltűnik belőlük a vér. A következő napokban már csak néhány genyes-nyálkás ürülék jelentkezik, az első hét végén pedig már csak napi 1—2 összeálló, akár formált szék. A láz 24—36 óra alatt leszáll s az általános állapot szokatlanul gyorsan javul. Hashajtót eseteinknek kb. felében nem adtunk s nem láttuk hátrányát ennek. A táplálékot friss esetekben 24 órára vontuk el, majd a szokásos étrendre tértünk, de úgy a mennyiségben, mint a minőségben sokkal bőkezűbben jártunk el. A bevált adagolási kulcs a következő volt: csecsemőknek 40 cg, kisgyermekeknek 35 cg, gyermekeknek 30 cg testsúly kg-ként, pro die, 6 egyenlő részre elosztva s 5 napon át 4 óránként éjjel-nappal folyamatosan adva. Káros hatást nem láttunk.

Bár a sulfanilylguanidin hatása oly feltűnő, hogy túlzásba esnénk, ha pl. a genius epidemicusszal akarnók azt magyarázni, végleges véleményt mégis csak osztályon fekvő s így állandóan ellenőrzött betegeken tett megfigyelés s más kezelési módokkal történt összehasonlítás alapján lehet formálnunk. Ennek az összehasonlításnak eredményéről s általában a súlyos betegeken szerzett tapasztalatokról ma még nem tudunk beszámolni, mert fertőző osztályunkon mostanáig egy más kezelési eljárást dolgoztunk ki, amelyről röviden szintén meg kell emlékeznünk.

Említettem, hogy a mult esztendőben jó hatásúnak találtuk a vérhas ultraseptyl-kezelését. Az eredmény feltétele a megfelelő adagolás (csecsemőnek 30 cg, gyermeknek 20 cg pro kg, pro die, 6

* Ezúton is köszönjük a gyár vezetőségének a rendelkezésünkre bocsájtott nagymennyiségű kísérleti anyagot.

egyenlő részre osztva) mellett az volt, hogy a beteg jól bírja a gyógyszert s ne hányjon tőle. Minthogy a súlyosabb vagy érzékenyebb betegek kezelésében ez komoly akadályt jelentett, ilyen esetekben próbát tettünk az ultraseptylnek a közelmultban piacra került parenteralisan adható natriumsójával. Az első kísérlet 5 betegünkön intravénásan történt s meglepő eredménnyel járt: a középsúlyos vérhas betegek 3—4 nap alatt meggyógyultak. Azt tapasztaltuk azonban, hogy a szer befecskendezése után nem egyszer kínzó hányás lép fel. Ez a kellemetlenség csökkenthető ugyan avval, hogy a szert élettani só-, vagy szőlőcukoroldattal jól felhígítjuk, körülményessége miattt azonban a kezelés ezen módja célunknak, hogy t. i. a gyakorló orvos igényeit is kielégítse, mégsem felelt meg. Áttértünk az izomba fecskendezésre. Úgy találtuk, hogy a hatás éppen olyan jó, sőt talán még jobb is. Most következett a vér sulfathiazol-szintjének ellenőrzése mellett a megfelelő adagolás kidolgozása. Kiderült, hogy 10 cg/kg az izomba fecskendezés után csakhamar hányást vált ki, 3 cg/kg sohasem, 5 cg/kg csak kivételesen, igen érzékeny egyéneken. Ha naponta kétszer, reggel és este 5 cg-t adunk pro kg, a vér gyógyszertükre 5—7 mg %-on, szóval olyan szinten mozog, amelytől a coccus betegségek körül szerzett tapasztalatok alapján már igen jó bacteriostaticus hatást várhatunk. Napi 2×3 cg/kg mellett a vérszint kissé alacsony (2—4 mg %) s ennek megfelelően a gyógyhatás, bár még így is elvitathatatlan, már nem annyira szembeszökő, mint 2×5 cg/kg esetében.

Az izomba fecskendezés — nemcsak a vérhasban, de egyébként is — a szer legjobb alkalmazási módjának látszik. A vénás kezelés mellett a vérszint nagy ingadozásokat ír le, szájon át háromszor annyit kell adnunk, hogy ugyanazt a vérszintet érjük el, mint izomba fecskendezve. Utóbbi esetben, bár a gyógyszert csak kétszer visszük be naponta, a vértükör igen egyenletes, ami depot-hatás mellett szól. Csak így érthető, hogy a befecskendezések elhagyása után napokon át csak lassan csökken a vérszint.

Egyik 1½ éves, 9.8 kg súlyú, súlyos lázas vérhasban szenvedő betegünk vérszintje 5 injectio (à 50 cg) után pl. 6.2 mg% volt. 24 órával az utolsó befecskendezés után 5.4 mg%, 2 nap mulva 3.1, a harmadik napon 1.8, a negyedik napon még mindig 1.3 mg%.

A kezelés időtartama egészen rövid: 2 napon át 2—2 injectio, a harmadik napon többnyire már csak egy. Többre nincs szükség, de valószínű, hogy adott esetben kevesebbel is beérhetjük. Hashajtás s a táplálék egy napi megvonása friss esetekben, tekintettel a gyomor motilitási és secretios zavarára, kívánatos, bár nem okvetlenül szükséges.

A leírt módon alkalmazott ultraseptyl hatása *friss esetekben* egészen meglepő, sőt, amennyire azt a még kezdeti stadiumban lévő összehasonlító megfigyeléseink alapján meg tudjuk ítélni, talán még gyorsabb és biztosabb a sulfanilylguanidinénél. Vért a beteg székében a felvételét követő napon túl már nem látunk, a 3.—4. napon már alig van egy szék, vagy akár egy sincsen. Az általános állapot oly hamar javul, a dietás lépéseket oly gyors ütemben tehetjük meg, hogy a legtöbb betegünk egy hét alatt már hazaadható volt. A sokkal bátrabb dietás kezelés ellenére eddig még egyetlen recidivát sem láttunk. Bár a kezelést bacteriologiailag csak most kezdjük nyomon követni s így bizonyítékunk még nincs, a benyomás az, hogy a kórokozó a kezelés legelején, talán már első napján kipusztul. Emellett szól a megszokott klinikai lefolyás teljes megváltozása, a recidiva-mentesség s az a körülmény is, hogy *a feltűnő gyors hatást csak a friss esetekben észlelhetjük*, amikor az anatomiai elváltozás még egészen kezdeti s így gyors visszafejlődésre képes. Ha a kezelést 8—10 nap mulva, vagy még később kezdjük meg, a hatás már elhúzódóbb, megfelelően annak, hogy ha a kórokozó el is pusztul, a betegség hosszabb fennállása alatt kifejlődött komolyabb s így csak lassan gyógyuló anatomiai laesio egy ideig az ürülések számára és minőségére is kihat. A kórlefolyás azonban ilyenkor is összehasonlíthatatlanul kedvezőbb a szokottnál. A hasmenés a súlyos esetekben is néhány napon belül megnyugszik, a beteg rövid idő mulva már bőségesen táplálható s így hamarosan erőre kap. A legszembeszökőbb a hatás persze az egészen friss esetekben. Több igen súlyosnak induló, de a betegség második napjáig már kezelésbe vett betegünkön a baj a szó szoros értelmében coupirozható volt. A hatás ilyenkor tényleg a »sterilisatio magna« ideálját juttatja eszünkbe.

Eddig megfigyeléseink alapján már képet formálhatunk magunknak arról is, hogy miként fejtik ki az új chemotherapiás szerek hatásukat a fertőző bélbetegségekben. Mint említettük, *Marshall* és munkatársai a bélfertőzések chemotherapiájának »new principle«-jeként azt a tételt állították fel, hogy csak olyan szer lehet igazán hatásos, amely rosszul oldódik, nehezen szívódik fel s így a bélben magas töménységet ér el. Az ultraseptyl hatása ezen az alapon nem lenne érthető, hiszen egyáltalában nem felel meg e követelményeknek. Még kevésbé érthető az izomzatba fecskendezett szer kitűnő hatása.

Azt hisszük, hogy *Marshall* és munkatársai rossz nyomon haladnak. Elfelejtik, hogy a fertőző bélbetegségekben a bacteriumok káros hatásukat nem a bélbennékben fejtik ki elsősorban, hanem a bélfalban, ott pedig mégis csak a véráram útján közelíthetők meg a legjobban. Több mint valószínű, hogy a sulfanilylguanidin sem hat lényegében másként. Ez jól látszik *Marshall* feljegyzéseiből is: betegeinek vérében a gyógyszer 4 órával a bevétel után 1—3 mg % töménységet ért el. Mi még 4 mg %-nál is magasabb értékeket találtunk. Ez pedig már lehetővé teszi a véráram felőli hatást. De figyelmen kívül hagyják *Marshall* és munkatársai azt a lehetőséget is — ami pedig eddigi vizsgálataink szerint legalább is az ultraseptylre vonatkozóan úgy látszik bizonyítható lesz — hogy a bélből felszívódott, vagy parenteralisan adott gyógyszer is megjelenhet a bélcsatornában.

Végeredményben tehát a fertőző bélbetegségek chemotherapiás gyógyszerétől csak azt kell kívánnunk, hogy erélyes bacteriostaticus, illetve bactericid hatással bírjon s elég töménységet érjen el a vérben. Mindez persze nem kisebbíti *Marshall*-ék érdemét: bár téves elgondolásból kiindulva, de mégis értékes szer birtokába juttattak bennünket.

Az új kezelési eljárással kapcsolatban a nyitott kérdések egész sora adódik.

1. Milyen lesz a *toxicus dysenteria* gyógyulási lehetősége? Eddigi megfigyelésünk szerint a kezelés a toxicus tünetekre nincsen befolyással. Ez megfelel régebbi leletünknek, hogy itt nem bacteriummérgek, hanem a beteg bélnyálkahártyából felszabaduló, il-

letve a hibás anyagcserében képződött mérgező anyagok szerepelnek. Megfelelő idegrendszeri hajlam s a bél bizonyos fokot elért laesioja mellett a toxicus tünetek tehát akkor is felléphetnek, illetve egy ideig még fennmaradhatnak, amikor a kórokozó már elpusztult. Valószínű azonban, hogy ha a betegséget sikerül coupirozni s így a jelentősebb anatomiai elváltozást megelőzni, a toxicus vérhas gyakorisága is csökkenni fog.

2. Ha az idejében kezelésbe vett vérhasbetegek rövid idő alatt a visszaesés veszélye nélkül teljesen gyógyulnak, úgy joggal várhatjuk, hogy csökkenni fog a betegség *idült* formájában szenvedők száma s mind ritkábban fogunk találkozni a »*vérhas utáni állapot*« diagnosisával is.

3. *Meddig fertőznek a kezelt betegek?* Minthogy a betegség az új kezeléssel igen megrövidül s az eddigi tapasztalat szerint valószínüleg a recidivák is elmaradnak, feltehető, hogy a fertőzőképesség időtartama is kisebb lesz. De mint említettük, több jel szól amellett, hogy az egyébként is igen érzékeny dysenteria bacillusok már a kezelés első napjaiban elpusztulnak, tehát az is lehetséges, hogy a beteg már klinikai gyógyulása előtt elveszti fertőzőképességét. Hogy ez mit jelentene járványtani szempontból, nem kell hangsúlyoznunk A kérdés bacteriologiai feldolgozása folyamatban van.

4. Milyen lesz az idejekorán kezelt betegek viselkedése *serologiai* szempontból? Minthogy a kórokozó s a beteg kölcsönhatása az új kezelés mellett sokkal rövidebb időre korlátozódik, nagyon valószínű, hogy e tekintetben is lesz különbség.

5. Végül gondos összehasonlító megfigyelésnek kell eldönteni, hogy a sulfathiazol- és a sulfanilylguanidin-kezelés közül melyik a hatásosabb. Bizonyára mindkettőnek meglesz a maga előnye, az elsőnek mert a gyógyszernek a szervezetbe juttatása és bennmaradása biztos s így súlyos, hányó betegek kezelése sem ütközik nehézségbe, a másiknak — mert egyszerübb. Az is lehetséges, hogy a betegség bizonyos formájában s szakaszában az egyik kezelési mód fog jobban beválni, mint a másik.

A még folyó komoly vérhasjárvány, sajnos, elég alkalmat fog adni a felvetett kérdések tanulmányozására. De éppen a járvány súlyossága miatt gondoltuk indokoltnak már ezt az előzetes közlést, mert az eddigi tapasztalatok is alkalmasak arra, hogy sok gyermeket mentsünk meg a vérhas pusztításától.

M. kir. budapesti 10. honv. helyőrségi kórház közleménye. (Kórházparancsnok: Zimányi Vidor orvosezredes, egyetemi magántanár.)

Ulcus phagedenicum genitale gyógyítása.

Irta: *vitéz Kémeri Dezső dr.*, szkv. orvosszázados.

A nemiszervek gangraenás fekélye szerencsére elég ritka betegség. Normális békeidőkben szórványosan fordul csak elő. Feltűnően megszaporodik azonban nagyobb tömegmegmozdulások idején. Igy gyakori volt az 1914—18. évi háborúban, vagy ugyancsak sok esetet láttunk a háborút követő kommunizmus idején, de rendszeresen jelentkezett a mostani háborús állapotban, az egyes felriasztások idejében is.

A folyamat heveny septikus jelenségek kíséretében, borzongás, hidegrázás, magas láz, néha sensorium zavar mellett jelentkezik, férfiak eseteiben legtöbbször a fityma vagy glans területén, de kivételesen a penis vagy a scrotum bármely részén kezdődhet, szövetelhalás, — rothadás képében. A betegség kórisméje nem okoz nehézséget, mert a folyamatot jellegzetes bűze messziről elárulja, duzzadtsága s szine, mely a vöröses-lilától, a zöldes-szürkén át a feketéig terjed, bizonyossá teszi az elváltozás mineműségét.

A folyamat nem respektálja a nemi szervek egyes rétegeinek anatomiai különállóságát, hanem attól függetlenül terjed, bőr, nyálkahártya, makk, barlangos test, hugycső, herezacskó stb. területeire, elpusztítva bőrt, izmot, eret, ideget, amit éppen útjában talál. Az elhalt területek természetesen teljesen érzéstelenek, úgy hogy ezeket ollóval, vagy késsel egyszerűen lemetszhetjük, a nélkül, hogy a beteg azt érezné.

A folyamat lényege a szövetelhalás, amelyen rothasztó mikrobák telepszenek meg. Hogy az elhalás minek a következménye, azt nem tudjuk, az azonban bizonyos, hogy élő szöveten rothasztó mikrobák nem tenyésztődnek, tehát az elhalás elsődleges.

Azokban az esetekben, amelyek korán kerültek észlelésem alá, régóta az a benyomásom, hogy ezek tulajdonképpen *a gangraenosus herpes esetekkel azonos jelenségek.* Amikor azonban észlelés alá kerülnek, már legtöbbször nem ismerhető meg az eredeti jelenség, mert ilyen esetekben a folyamat bizonyos csoportosan mutatkozó elemi jelenségei összefolynak s az elhalt területen ilyenkor már a villámgyorsan kitenyésző rothasztó mikrobák a folyamat jellegét alaposan megváltoztatják. A genitaliákon a recidiváló herpes igen gyakori jelenség. Az ilyen herpeses egyének a nemi betegséggel való fertőzés várományosai. Az ilyen ember nemi szervének hámjáról sohasem lehet megmondani, hogy nem éppen kitörőben van-e rajta a herpeses jelenség. Egymagában nagyobb izgalmak, testi fáradtság, nemi izgalom, coitus, meglévő hajlam mellett kihozhatja a lappangó herpeses elváltozást. Gangraenosus herpes nagyobb és mélyebb kiterjedésű esetében elképzelhető a folyamat összefolyása. A herpesről tudjuk, hogy ezek eseteiben kétségtelenül az idegrendszerben van az elsődleges folyamat. Ezt már igen régen *Bärensprung,* tisztán klinikai észlelések alapján állította, később azonban ezt az elváltozást a spinalganglionokban számtalan szerző ki is mutatta. Ez a magyarázat megérteti azt, hogy hogyan következik be az elhalás a peripherián, mert a rothasztó mikrobák csak akkor telepedhetnek meg, ha a központi beidegzés alól felszabadult peripheria elhal, mert az élő szövet nem alkalmas talaj számukra.

A syphilises initial affectio, vagy a lágyfekély ilyen esetekben valószínüleg csak a herpes helyén keletkezik. A gangraenás herpes kitörése és a fertőzés különös egyidejű találkozása lehet az, hogy a folyamat ilyen vehemens jelenségekkel tör ki.

A klinikai jelenségek azt mutatják, hogy valóban egy-egy ideg beidegzési területe szab a gangraenának határt, de mint említettem, voltak eseteim, amelyekben a klinikai jelenségekben még eleinte felismerhetők voltak az elszigetelt gangraenosus herpes különálló ulceratiói is, hogy azután másnapra egységes bűzös folyamattá olvadjon össze az egész elváltozás.

Ennek bizonyítása természetesen csak akkor

lesz lehetséges, ha halállal végződő esetek megfelelő idegrendszeri része feldolgoztatik. Az irodalom adatai szerint az eseteknek mintegy 25%-a az általános vérmérgezéses tünetek kifejlődése következtében halállal végződik.

A gangraena okát a bakteriumokban szokás keresni, ez azonban nem egységes, mert a gázképző bakteriumoktól és a streptococcustól kezdve az aerob és anaerob diplococcuson keresztül a coli bacillusig, számtalan mikrobát sikerült az elhalt szövetrészekben kimutatni. Ez valószínű is, mert a gangraenák törvénye szerint, a már elhalt területen a legkülönbözőbb éppen ott levő mikroorganismusok tenyészhetnek. Sokan észleltek ilyen elhalásokat más súlyos, egész szervezetet érintő betegségek, így vörheny, bárányhimlő, kanyaró, kiütéses typhus, infleunsa, diphtheria stb. eseteiben, mint társuló betegséget. Egyik esetemben az elhalás a glans alsó részén történt s ennek a betegnek a tüdejében súlyos tbc.-s folyamat volt kavernákkal.

Maga az a körülmény, hogy nagyobb tömegeknek a megszokott helyükből és mindennapi munkakörükből való gyökeres és hirtelen való kimozdítása e hygienikus, sexuális és táplálkozási viszonyaik változásakor szokott számos esetben jelentkezni, a mellett szól, hogy elsősorban nem localis bakteriumhatásban, hanem a szervezet általános állapotban kell a baj okát keresnünk. A bakteriumok megjelenése csak másodrendű és az előbb lejátszódott esemény következménye. A latens herpeses egyének eseteiben ezek a körülmények mind alkalmasak arra, hogy herpesük kirobbanjon.

Magam a háborúban és az azt követő kommunizmus idejében több gangraenás fekélyt észleltem, melyek közül némelyik hatalmas roncsolást végzett a nemi szerveken. Előfordult olyan kimenetel egy 19 éves fiú esetében, hogy penisében egy milliméter sem maradt meg.

Az 1940—41. felriasztás idejében 5 hónapig a budapesti 10. honvéd helyőrségi kórház bőr- és nemibeteg osztályát vezettem, ez alatt az idő alatt, mintegy 10 gangraenás esetet észleltem. 1941-ben kb. másfél hónapon keresztül újból ezen osztályt vezetve, újabb 4 gangraenás eset került észlelésem alá.

Régebben az ilyen folyamatok kezelése főleg localis eljárásokban merült ki. A szokásos fertőtlenítő oldatokat a chlorvíztől kezdve a hyperogen-hyperoxydig minden formában megkísérelték. Az eredmények siralmasoknak voltak mondhatók. Ha a gangraena bűzét sikerült is ezekkel a szerekkel többé-kevésbbé leplezni, vagy eltüntetni, a gangraena a maga beállítottsága szerint haladt, vagy éppen megállott, ott, ahol akart, a nélkül, hogy ennek megállítását mi a gyógyszerelésünkkel active befolyásolni tudtuk volna. Ugyanezt mondhatjuk az arsenobenzol készítmények alkalmazására is, amelyet a salvarsan felfedezése óta szinte előírásosan alkalmaznak gangraenák kezelésére. A mellett, hogy ezekben az esetekben is, függetlenül az arsenobenzollal kezelt adagolástól állott meg, vagy terjedt tova az elhalás, ez az eljárás még sokszor igen nehéz helyzet elé is állította az orvost a későbbiekben, mert a gangraena legtöbbször olyan korai stadiumban csatlakozhatott az initial affectióhoz, hogy a beteg még orvosnál nem is jelentkezhetett, s így esetében spirochaeta vizsgálat nem is történhetett. A complementkötési reactiók pedig ilyenkor még eredményt nem mutathatnak. Az a néhány gramm neosalvarsan, amit ilyenkor adagolni szokás, a complementkötési reactiók positivvá válását annyira eltolhatja, hogy sokszor csak 4—6 hónap után mutatható ki a syphilissel való fertőzöttség. Igy tehát a beteg elesik nemcsak attól, hogy még a vérsavó negativ stádiumának rendkívül értékes szakában kezdje meg a specifikus kezelést, hanem még a korai positiv korszak kétségtelenül értékes idejét is eltoljuk általa. De, kétségbeesett esetekben bármilyen hatalmas arsenobenzol adagolásra sem láttam a gangraenás folyamatra annak activ hatását. Volt olyan esetünk, — különösen régebben — amelyben naponta 0.45 gr arsenobenzolt adtunk intravenásan léyegesebb eredmény nélkül.

A magas lázzal járó therapiás eljárások szélesebb körű bevezetésekor, első ilyen esetemben 1931-ben alkalmaztam »Dmelcos vaccinát«. Ebben az esetben a folyamat előzetes neosalvarsan (másodnaponkint 0.45) adagolása ellenére is folyton tovaterjedt. A gangraena a praeputium bellemezéről kiindulva, napról-napra haladt előre, beleharapva a makkba, amelynek jórészét el is roncsolta, sőt a folyamat ráterjedt a corpus cavernosumra is. A lázmenet typusos súlyos sepsises állapot képét mutatta, meredek lázgörbével. A beteg állapota feltartóztathatatlanul haladt a katasztrófa felé. A beteg különben is fiatal házas volt, aki penise elvesztése esetében suicidiummal fenyegetőzött. Ilyen állapotban kíséreltem meg a »Dmelcos« vaccina intravenás adását. A hatás rendkívül hatalmas reactió kíséretében folyt le. A láz felemelkedett 41°-ig és 36 óráig 40.5°—41 között maradt s azután kritikusan leesett. A gangraena azonban a vaccina beadása után nem terjedt tova, hanem demarkálódva lelökődött.

Ettől kezdve ilyen eseteimben rendszeresen ezt az eljárást alkalmaztam, lázkeltőként a Dmelcoson kívül, pyrifert és pyrago nevű hazai készítményt egyformán jó eredménnyel alkalmaztam. Ilyen magas lázzal járó s ennyire hosszú ideig tartó hatalmas reactiót 12 esetem közül egyetlen egy esetben sem észleltem. Azonban mind a 12 esetben a vaccina beadása után a folyamat megállott, az elhalt rész, lelökődött. Ezzel az eljárással nem befolyásoltuk különösebben a complementkötési reactiók kialakulását sem, bár a lázkezelés annak kifejlődését valamennyire ugyancsak késleltetheti.

A lágyfekély esetek paraaminobenzolsulfamiddal való kezelésének kísérletezése idejében is került szemem elé gangraenás folyamat a fenti osztályon. Mivel ez az elváltozás igen enyhe formában jelentkezett a penis bőrén, megkíséreltem a beteg gyógyítását benzolsulfamid készítménnyel.

Az adagolás ugyanúgy történt, belsőleg, mint ahogyan azt ulcus molle eseteiben leírtam, vagyis háromszor napjában étkezés után 2 drb ½ gr-os tablettát vétettem be per os, localisan pedig az elhalt részek alapos letakarítása (késsel, ollóval) után bőséges benzolsulfamid hintőport alkalmaztam ugyancsak háromszor napjában. Az elhalt területek alapos letakarítása mindenekelőtt a legfontosabb feladatunk, mert elképzelhető, hogy adott körülmények között kitenyésztődött microorganismusok toxicitása olyan erős, hogy a peripheriáról képesek a központban olyan collateralis bénításokat végezni, amelynek a peripherián további elhalás lesz a következménye. Különösen fontos ez a anaerob mikroorganismusok szempontjából, mert ezek számára ha nem juttatunk

hozzá oxygent, a rothadó részek alatt remek tenyésztőkamra keletkezik. Az elhalt területek lemetszése nem okoz nehézséget, az élő szövetek közelében természetesen fájdalmas.

Az eredményeink a lágyfekély gyógyuláshoz hasonlóan itt is felülmulták minden várakozásunkat. 4 esetemben a gangraenás folyamat ilyen ellátás után mindenütt megállott, a sulfamid adagolás napjától kezdve, annak ellenére, hogy az egyik betegünk esetében súlyos tbc.-s kavernák voltak a tüdőben kimutathatók, úgy hogy valószínüleg abba a csoportba tartozó eset volt, amelyben súlyos általános megbetegedések következményeként fogják fel a folyamatot. Mindegyik esetünk egyformán jól reagált a kezelésre. A gangraenás rész lelökődése után a sarjadzó felület benzolsulfamid por hintéses kezelésre gyorsan behámosodott.

Az eljárás végleges értékét természetesen csak nagyszámú eset észlelése után lehet megállapítani, azonban ritkasága miatt hosszadalmas volna nagyobbszámú esetet kivárni s azért tartottam szükségesnek eredményeimet idejekorán közölni. Lehetséges, hogy a négy olyan természetű eset volt, amely az elhalt részek alapos letisztítása után — amely természetesen mindig az első és legfontosabb teendő — megállott volna. Bár a folyamatok nagyon különféle helyről kiinduló és különböző erősséggel jelentkező tünetekkel mutatkozók voltak, de a nagy számok törvényszerűsége ezekből még nem olvasható ki.

Nagy előnye a sulfamid készítménnyel való gyógyításnak az egyszerűség és tisztaság mellett az is, hogy a kezelés az esetleges syphilis kifejlődését és így korai kórisméjét nem befolyásolja, mint az már a lágyfekély kezelésének eseteiben is világosan kimutatható volt.

Összefoglalás: 1. Lágyfekély eseteink eredményes gyógykezeléséhez hasonlóan 4 phagedemiás ulcusos esetünkben is belső általános és külső helyi paraaminobenzolsulfamidos kezelést alkalmaztunk.

2. Kezelésül belsőleg naponta 3×2 tabletta benzolsulfamid tablettát adagoltunk, helyileg pedig az elhalt részek letakarítása után, ugyanezen készítmény porával hintettük a fekély területét naponta 3 alkalommal. Más helyi kezelést nem alkalmaztunk.

3. Eseteinkben, a fenti kezelés megindítása után a folyamatok igen rövidesen demarkálódtak.

4. A sulfamid adagolása a spirochaeta kimutathatóságát és a complementkötési reactiók alakulását nem befolyásolja.

M. kir. bpesti 10. sz. honv. helyőrs. kórház fül- és gégeosztályának közleménye. (Kórházparancsnok: Zimányi Vidor orvos-ezredes, egyetemi magántanár.)

Új szer az othaematoma therapiában.

Írta: *Erődi Antal* dr., orvosszázados osztályvezető.

Több mint egy évtizede annak, hogy a sebészet exudatióval járó kórformáinak conservativ kezelési módszerei között egy új eljárás honosodott meg.

Ez eljárás — mutatis mutandis — fül-gégészeti vonalon is sikeresen alkalmazható és az itt elért gyógyeredmények úgy látszik vetélkednek a sebészeti vonatkozásúakkal.

Az alább ismertetendő »zsugorító«, »összetapasztó« eljárás a »Verödungstherapie«, »Devastationstherapie« kezelési módszere a szakirodalom adatai szerint fülészeti vonatkozásban kipróbálva mindezideig nem volt, holott ez eljárásnak az othaematoma és a fülkagyló enyhe lefolyású savós perichondritiseinek eseteiben igen hálás alkalmazási tere nyílik. Hiller (Buenos-Aires) 1930-ban számolt be először arról, hogy savóshártyagyulladások és bursitisek egyszeres szúrócsapolás és az üregbe történt *clauden*-befecskendezésre néhány nap alatt meggyógyulnak. A váladékképződés megszűnik, a bennék consistens tömeggé szervül, s a tömlő összeesvén, rohamosan zsugorodik, eltűnik. Az azóta eltelt idő alatt számosan kísérleteztek *clauden*-nel s a legkülönfélébb sebészi kórformák terén értek el jónak mondható eredményeket.

Többen sok bursitis-esetben (b. olecrani, praepatellaris stb.) értek el teljes gyógyulást. Mások jóval 100-on felüli casuisticai adatot közölnek gyógyult ganglionok, inhüvelytömlők eseteiről.

Hachmeister, Heusser és *Ganea* mintegy 30 gyógyult hydrokele-esetről számolnak be a conservativ *clauden*-therapia során. *Cernezzi* 3 cystosus colloidstruma, Muresanu egy nagykiterjedésű nyakitömlő esetében értek el gyógyulást.

De nemcsak tömlős képletek kezelésében váltotta be a *clauden* a hozzáfűzött reményeket; a szövetközi injectiók után észlelt fokozottabb szilárdságú hegszövetképződés alkalmassá tette tokszalagsérülések conservativ kezelésére is. A szerzők tekintélyes csoportja számol be traumás izületi-intorsiok, hydarthrosisok, haemarthrosisok, lötyögőizületek, achillesinberepésnek, sőt amputatios neuromák sikeres kezeléséről.

A müncheni Luitpold-Werk 25 évvel ezelőtt hozta forgalomba a marhatüdőből előállított organotherapiás készítményét, a *clauden*-t. Eredetileg mint vérzéscsillapítószert használták kiterjedten, mind helyi, mind távolható (intravénás) alkalmazásban.

A *Hiller* által inaugurált újszerű therapiás alkalmazás, lényegében megfigyelésnek az eredménye. *Hiller* és a legtöbb fentnevezett szerző egyöntetű megállapításai abban foglalhatók össze, hogy előzetes szúrócsapolással kiürített savós tömlők csekély mennyiségű *clauden*-befecskendezésre beszüntetik az addig fennálló savóképzést. Ennek hatásmechanismusát *Paoletti* úgy magyarázza, hogy a befecskendezett gyógyszer enyhe chemiai lob felidézése közben sajátos módon denaturálja a savót termelő sejtréteget és élénk sejtproliferatio felidézése által megindítja a tömlő összetapadását, illetőleg szövettel való kitelődését. A fentiek után per analogiam jutottam arra a gondolatra, hogy meg kellene kísérelni a szernek othaematoma, illetőleg a fülkagyló savós perichondritiseinek eseteiben való alkalmazását.

Tudjuk, hogy a fülkagyló fentjelzett két kórfolyamatának therapiája mint sok egyéb fülészeti problémáé még nélkülözi az egyöntetűség jellegét, jeléül annak, hogy egyik eljárás sem tökéletes és végleges. Teljesen jogos tehát, ha a therapia insufficiens területein szorgalmazzuk a hiány minél megfelelőbb pótlását. Megfigyeléseim arra engednek következtetni, hogy e téren némi siker érhető el. A kórfolyamat mibenléte t. i. éppen azon therapiás követelményeket támasztja, amelyek a claudennek *Paoletti* által közölt hatásmódjára jellemzők.

Mint tudjuk, az othaematoma keletkezésének leggyakoribb oka trauma, olykor azonban csak

enyhe nyomódás, vagy a fülkagyló jelentéktelen rongálása is előidézheti.

Az esetek tekintélyes számában traumás behatás lehetősége kizárható, keletkezésének eredete ismeretlen. Ilyen esetekben elsőleges porcelfajulásra, esetleg helyi elsőleges vasomotoricus zavarokra gondolhatunk.

Azt, hogy az egyes esetekben valódi othaematomás savógyülemmel, vagy egészen enyhe savós perichondritissel van-e dolgunk, gyakran nem dönthetjük el, minthogy az othaematomás savógyülem elgennyedhet, viszont a valódi savós perichondritis megtartván savós vagy véres-savós jellegét, önként meggyógyulhat. Az eset mineműségét legtöbbször csak feltárással és szövettani vizsgálattal tudnók eldönteni.

Döntő jelentősége mindig annak van, vajjon a folyadékgyülem (savókiáramlás, bevérzés) leemelte-e a porchártyát a porcvázról vagy sem, mert ennek hosszabb fennállása porcelhalást eredményezhet, különösen akkor, ha a meztelen porcfelszín nagyobb kiterjedésű és főleg ha a lecsupaszítás kétoldali.

Nem lesznek tehát alkalmasak clauden-kezelésre a jellegzetes Celsus Galenusi lobtünetekkel kezdődő perichondritisek, amelyek többnyire előzetes sérülés, kagylókörnyéki gennyes folyamat, vagy műtéti beavatkozások során fejlődnek ki. Utóbbiak továbbra is a ma szokásos lobellenes conservativ kezelésben, illetőleg széles feltárásban részesítendők: párakötés, hidegkezelés, jég, Leiterhűtő, melegkezelés: Sollux, diathermia, rövidhullám, Röntgen-besugárzás, esetleg punctiós kezelés, keresztalakú feltárás, excochleatio stb. Mindez megfelelő gyógyszeres adjuvánskezelés kíséretében: paramidobensol-sulfamid, ultraseptyl sulfapyridin, C-vitamin stb.

Clauden-kezelésre alkalmasaknak látszanak a reactiomentes a »nyugodt« vér és savóömlenyek. Ezekre jellemző, hogy a folyamat csaknem mindig a fülkagyló felső felére a fossa triangularisra és szomszédságára helyezkedik, párnaszerűen hullámzik, véres savós, vagy egyszerűen savós bennékű és alig fájdalmas. A kagyló párnaszerű duzzanata csaknem fügére emlékeztető alakot ölt. A német »Ohrfeige« nyilván innét ered. Az itt vázolt békésebb kórlefolyású esetek conservativ kezelésére lesz tehát alkalmas a clauden. Az itt alkalmazott és részben már a perichondritisek therapiája során felsorolt antiphlogisticus eljárásokon kívül, e kórképben mindeddig a punctiós kezelésnek jutott fontos szerep, az eredményt azonban legtöbbször meghiúsította a váladékképződés makacs volta s elgennyedő hajlama.

Némelyeknek azon közlése, hogy a tömlőüregbe fecskendezett néhány cseppnyi sol. jodi spirituosával, vagy ugyanennyi ac. carbolicum liquefactummal eredmény érhető el, nem talált követőkre.

Az újabban kiterjedten alkalmazott s általam is többször kipróbált rövidhullám kezelés is többnyire eredménytelen volt. Így érlelődött meg bennem az új módszer kipróbálásának gondolata. Az eredmény minden várakozást kielégített:

T. J. 24 é. honvéd mult év okt. hó 14-én jelentkezett osztályomon azon panaszával, hogy balfüle 2 nappal ezelőtt dagadni kezdett. Bal fülkagylója azóta fokozatosan bedagadt, enyhe fájdalmai voltak. Fülét ütés, zúzódás nem érte, a baj okára nézve felvilágosítással szolgálni nem tudott. A bal fülkagyló felső felének belső oldalán feszesen hullámzó, alig érzékeny féldiónyi terimenagyobbodás foglalt helyet, amely a kagyló physiologiás körvonalait eltüntette. Punctiós kezeléshez fogtam. A savó sárgás, enyhén véresen tingált volt. A sorozatos leszívás ellenére a savóképződést nem sikerült megszüntetni. Összesen 8 izben csapoltam, utána nyomópárakötést alkalmaztam. A legutolsó savóleszívás után ½ cm³ 1%-os clauden-oldatot fecskendeztem vissza (a leszívott savó kb. 10%-át.) Utána a gyógyszert enyhe massageval az üregben szétoszlattam, majd enyhe nyomókötést alkalmaztam. A kezelés után erős reactiós érzékenység, vérbőség s fokozott duzzanat támadt, amely azonban csak egy-két napig zavarta a beteg közérzetét. A három nappal később berendelt beteg már örömmel jelentette, hogy panaszai megszűntek, füle »lelohadt«, fájdalma nincsen. A tárgyi lelet igen kedvező volt: a befecskendezett ½ cm³ gyógyszer térfogatának megfelelő tömegű consistens tapintatú fájdalmatlan köteget nem számítva, a fülkagyló rendes képét visszanyerte. A fedőbőrön mutatkozó enyhe ráncosodás is a gyógyulás biztos jeleit igazolta. Két nappal később a beteg gyógyultan távozhatott.

Kétségtelen, hogy a sikertelen sorozatos savóleszívások után a clauden befecskendezés adta meg a gyógyulás előfeltételét.

Fenti esetemen kívül még két hasonló eset során alkalmaztam claudent. Mindkettőnél kiszíva a lobterméket 1½ cm³ vörhenyes színű savót, 0.20 cm³ claudent fecskendeztem vissza. Mindkét esetben erősebb reactio, duzzanat, vérbőség és fokozottabb érzékenység követte az injectiót, ez azonban 2 napos párakötésre 5—6 nap alatt teljesen meggyógyul. Érdekes volt az, hogy második esetemben a clauden-befecskendezés utáni napon megkísérelt újabb csapolás alkalmazásával a savós üregből váladékot leszívni már alig-alig lehetett, jeléül annak, hogy a bennék consistens kocsonyás tömeggé alakult.

A szerhatásmechanismusát illetőleg csatlakozom *Paoletti* és *Cernezzi* felfogásához. Paoletti szerint a clauden enyhe chemiai lob felidézése mellett oly módon befolyásolja a savót termelő sejtréteget, hogy az a savótermelést beszünteti. Cernezzi elképzelése az, hogy az oldat a kórosan megnyilt nyirokrésekben termelődő savót in statu nascendi coagulálja.

Bármi legyen is a hatás mechanismusa, el kell ismernünk, hogy egyedül áll és mással ezidőszerint úgy látszik nem pótolható.

Sajnos az othaematoma sajátos kórképe eléggé ritka, semhogy az esetek nagyobb sorozatát tudnám felsorakoztatni. Ha erre várnék, megfigyeléseimet hónapok, esetleg évek multán tudnám csak közreadni. Közleményem célja inkább az, hogy néhány esetem kapcsán a szakkörök figyelmét felhívjam ezen egyszerű és hatásosnak igérkező eljárásra. Az eljárásról magáról még csupán annyit, hogy legcélravezetőbbnek látszik a leszívott savónak 10—20%-nyi mennyiségét clauden alakjában visszafecskendezni. Erre a célra 2½ és 5 cm³-es ampullák vannak forgalomban. Csak 1 injectio szükséges.

Összefoglalás: Az othaematomák és savós perichondritisek fent vázolt alakjainak a folyadék lebocsátására és clauden befecskendezésre néhány napig tartó reactiv összetapasztó folyamat jelentkezik, melynek lefolyása után zavartalan gyógyulás következik.

Az eljárás előnyei: 1. Lehetővé teszi az othaematoma és az enyhe savós porchártya gyulladásnak konservativ kezelését azok sebészi feltárása nélkül.

2. A betegség gyógytartama a legkisebbre szűkül.

3. A kezelés ambulanter végezhető.

4. Kiújulás ritka, műtéti hegek elkerülhetők.

5. A kezelés olcsó, a kötszer és a physicalis gyógymódok (rövidhullám, diathermia) költségei megtakaríthatók.

A fogcsúcs körüli granulomákból készült antigén.

Írta: *Bottyán Imre dr.* o. őrgy. táb. posta 219/01.

Négy év előtt nagyszámban végeztem vizsgálatokat a fogcsúcs körüli granulómák kórokozóinak megállapítására azon céllal, hogy az egyes esetekben különböző rheumás betegségek fogeredetét tisztázzam és a gócok kórokozóiból gyógyító vakcinát készítsek. Ezen vizsgálatok közben számos szerző eredményével egybehangzóan arra a megállapításra jutottam, hogy a nyugvó, foggyökérizgalmat nem mutató fogcsúcskörüli »góc«-oknak 25%-a, főleg a szolíd, tömött granulómák sterilek, kórokozókat nem tartalmaznak. Mégis számtalan esetben észleltetett, hogy kórokozókat nem tartalmazó ilyen gócok eltávolítása után a rheumás betegségek gyógyultak vagy lényegesen javultak. Ezen körülmény indított arra, hogy vizsgáljam a bakteriumokat nem tartalmazó fogkörüli *gócok fehérjeanyagának* a szervezetre való hatását.

A granulómákból fehérjeoldatot készítettem a következőképpen: 10 cm³ 12%-os konyhasóoldathoz 10 csepp 1%-os tripaflavinoldatot tettem. Ezen oldatot hűvös helyen tartva, ebben 20—30 drb különböző egyéntől származó, el nem gennyedt, steril granulómát gyüjtöttem. Az oldatot 2—3-szor jól összeráztam, egyrészt a fehérje oldását jól elősegítendő, másrészt, hogy megakadályozzam a cc. sóoldatban kifejlő fonalgombák megtelepedését. A granulómákból a fehérje nagyrésze a hypertoniás oldatba átmegy és egy tiszta, hosszabb ideig eltartható fehérjeoldat keletkezik a leülepedő granulómamaradványok felett. Ezen oldatot eredeti koncentrációban használtam kután reactiókra, hasonló koncentrációjú konyhasóoldat-controll mellett. Injectiós célokra az antigent destillált vízzel phisiológiás oldattá hígitva használtam. Bakteriumokat az oldat nem tartalmaz. Állatkísérletekben az antigen semmi toxinhatást nem mutatott. Az antigenből esetenként injectiós célokra 0.3 cm³-t adagoltam. Először magamon próbáltam ki. Az injectio aktiválta 6 évvel ezelőtt lezajott és néha még közben is kellemetlenkedő középfülgyulladásomat és ugyanazon (jobb) oldali 4 és 6-os gyökérkezelt fogaimat. A fogaimat eltávolíttattam. Azóta öt éve fülpanaszaim megszűntek. Ezután T. B. kollégámnak adtam antigeninjectiót, akinek évek óta deréktáji rheumás fájdalmai voltak. Az injectióra erős reactio jelentkezett a beteg ízületekben és kopogtatási érzékenység a 6 évvel ezelőtt rezekált fogaiban. Négy beteg gyökerő fog eltávolítása után lassan megszűntek rheumás fájdalmai.

Egészséges embereknek, primär syphilises gonorrheás betegeknek beadva az antigent, semmiféle reactiót sem kaptam. Ellenben az olyan rheumás ízületi, izom, ideg (ischias, migren) betegek, akiknek gyökérbeteg fogaik voltak — midőn az oki összefüggés a fog-góc és a rheuma között a klinikai vizsgálatok alapján valószínűnek látszott — az antigeninjectióra erősen reagáltak. A reactio a rheumás jelenségeknek az injectio után 6—12, néha 24 óra után kezdődő fellángolásában és gyakran a beteg fogak érzékenységében nyilvánult. Midőn reactiót kaptam, a fogszanálás mindig feltűnően eredményesebb volt, mint azokban az esetekben, mikor az antigenre reactio nem jelentkezett. Két esetben 6—8 éve fennálló »essenciális« migrén esetében sikerült a gócokkal az oki összefügést bizonyítani és a betegséget fokális therapiával meggyógyítani. E migrénes betegeken az injectióra migrénes roham jelentkezett.

Az antigénreactiókkal kapcsolatban vizsgáltam a szervezet complement titerében, vérsejtsüllyedésében, vérképében beálló változásokat, hogy az antigénreactióm indikátoraként objectiv, jólészlelhető celluláris és humorális kísérőjelenségeket állíthassak be. Ezenkívül nagyszámban végeztem passiv anaphylaxiás kísérleteket tengeri malacokon. Harctéri szolgálatom miatt a vizsgálatokat nem tudtam tovább folytatni, de amennyire eddig eljutottam, máris jól használható az antigén arra a célra, hogy a rheumás betegségek nagy csoportjának a fog-gócokkal való összefügését megállapíthassuk. Ugyanezen eljárással a tonsillákból készült antigént is elég használhatónak találtam.

Az antigénnel végzett cutánreactiók hasonló eredményt adtak, azzal a különbséggel, hogy csak a régebbi rheumás esetek reagáltak. Többször észleltem, hogy ugyanaz a beteg, aki rheumás betegsége kezdetén cutánreactiót nem adott, másfél-két év mulva élénken reagált.

A granulóma antigénnel elért eredményeimet a *Bonn*-i száj-, fog- és állkapocsklinikán *Proell* prof. és *L. Klees* vizsgálataikkal megerősítették. Hetven esetet vizsgáltak meg az antigénemmel.

Első kísérletsorozatukban hat egészséges egyénnek beadva az antigént, semmiféle reactiót nem kaptak.

Második sorozat: négy olyan rheumás beteg, akiknek szájában semmi kóros elváltozás nem volt, az antigén injectióra szintén nem reagált.

Harmadik sorozat: hat beteg, akiknek szájgócaik voltak ugyan, de egyébként teljesen egészségesek voltak, az antigénre reactiót nem kaptak.

Negyedik sorozat: nem kapott reactiót hét olyan betegük sem, akiknek gócfertőzés gyanuja miatt beteg fogait már előzőleg eltávolították, de a száj szanálásra a betegek rheumája nem javult.

Ötödik sorozat: azonban midőn olyan négy betegnek adtak antigént, akiknek gócfertőzés gyanuja miatt beteg fogait előzőleg eltávolították és ezen szanálás eredménye a betegség gyógyulása volt, mind a négy esetben reactiót kaptak az antigénre. A reactió az injectió után 6—10 órával következett be és a rheumás folyamat rövid fellángolásából állott.

Hatodik sorozat: ezután negyvennégy rheumás és ischiásos betegnek diagnosztikus célból adtak antigén injectiót, annak tisztítására, hogy a betegség összefüggésben van-e a gócokkal vagy sem. A 44 beteg közül 16 kapott az antigénre reactiót, mely a rheumás folyamat aktiválódásában jelentkezett. A tizenhat beteg közül háromnak azok a beteg fogai is érzékenyek lettek, amelyekről eltávolításuk után kiderült, hogy a rheumás megbetegedést épp ezek a fogak tartották fenn. Ezen három esetben az antigén reactiót tehát azt is megmutatta, hogy mely fogak okozták a rheumás megbetegedést — bár ez nem olyan lényeges körülmény, mert orális gócfertőzés esetén az összes szájgócok eltávolítása célszerű, ugyanis hacsak az aktív gócot távolítjuk el, később egy másik góc veheti át az eltávolítottnak szerepét.

A 44 beteg közül 28 az antigénre semmiféle reactiót nem kapott. Ezután mind a 44 betegnek sza-

nálták a száját, az összes gócokat eltávolítva. Az a 16 beteg, aki az antigénre reagált, a gócok eltávolítása után rheumájából meggyógyult, vagy betegségében lényeges tartós javulás állott be. A 28 beteg közül — akik az antigénre nem reagáltak — csak négynél adott a szájszanálás jó eredményt, a többi 24 betegnek a szájban lévő gócok eltávolítása után nem gyógyult, sőt nem is javult a rheumás betegsége. Tehát a 44 eset közül 40-szer, azaz 90%-ban bizonyítható volt, hogy a szájgócok és a rheumás betegségek között oki összefüggés áll fenn. Négy beteg, azaz 10% bár nem reagált az antigénre, mégis gyógyult, vagy javult a góc eltávolítására. Viszont egyetlen egy esetben sem történt meg — midőn az antigénre reactiót kaptak — hogy nem gyógyult, vagy lényegesen ne javult volna a rheumás beteg a gócok eltávolítására.

A granulómákból készült antigén tehát jól használható diagnostikum a fog-gócok és az általános megbetegedés oki összefüggésének megállapítására.

Ezen vizsgálatokból másrészt azt a megállapítást lehetett következtetni, hogy a fogak körüli gócok nemcsak baktériumok útján befolyásolják a szervezetet, hanem a gócok kórosan elváltozott fehérjeanyaga a szervezetet szenzibilizálni képes és a szenzibilizált szervezetet ismételt behatás útján allergiásan reagáltatni tudja. Így megismertük a góchatásnak egy más módját is, mint a baktériumos hatás. A góc fogalma ezekután így határozható meg: a gócok azon körülírt, többé-kevésbé elzárt helyei a szervezetnek, ahol a test normális struktúrájú fehérjeitől eltérő fehérje anyagok képződnek: az antigének. Ezen antigének épp úgy lehetnek baktériumok, toxinok, mint a szervezetnek baktériumok, toxinok vagy kémiai anyagok (jód, higany, formalin, stb.) hatására megváltozott fehérjéje.

Az antigén injectiókra bekövetkezett reactiók megfeleltek a *Dörr*-féle allergiás alapkövetelményeknek.

1. Egészséges embernek beadva, semmiféle reactio sem jelentkezett.

2. Az antigén igen kis mennyiségben is erős hatású volt.

3. A reactió nem mindig egyformán zajlott le, hanem különböző rheumás megjelenési formák képében.

4. Ellenanyagok jelenléte a komplement titer csökkenéséből és pozitiv passzív anaphylaxiás kísérletekből bizonyítható volt. Ezáltal újabb bizonyítékot kaptunk arranézve, hogy *a gócfertőzés allergiás úton történik* és tulajdonképpen nem is fertőzés, hanem allergiás hatás. Ez egészen új megvilágításba helyezi a kérdést.

FAGIFOR „CITO"

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lacto-kreosot-syrup

Ideális enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

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

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

CITO gyógyszervegyészeti gyár

Budapest, XIV., Lengyel-utca 33.

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET.

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

Corticalis osteoid. *Moberg, Erik.* (Arch. f. klin. Chir. 202. 3.) A rövid és hosszú csöves csontok jellemző megbetegedése. Röntgenologiailag jellemző a kéregállomány sclerotikus, orsóalakú, excentrikus, egyenletes megvastagodása; az elváltozás közepén elmosódott szélű felritkulás található. Jellemző a hosszú időn át tartó helybeli fájdalom, később tapintható resistentia. A ritkult rész felpuhult és könnyen kikaparható. Szövettani vizsgálattal érdús osteoid szövetet, új csontszövetet és régi csontgerendázatot találunk. A kép a csontfelszívódás folyamatát mutatja. A szerző sebészileg jár el. A sebek elsődlegesen gyógyultak; panaszok megszüntek. A betegség valószínűleg *Bergstand* és *Jaffé* által leírt kórképpel azonos. Az előbbi az elváltozást a kéz és láb rövid csöves pontjain találta, utóbbi a rövid szivacsos csontokon. A betegség eredete homályos. Embryonalis és daganatos eredet nem valószínű; nem lehet tumoros vagy traumás eredetűnek sem venni. A betegség műtéttel gyógyítható. (G. 32.)

Széll Imre dr.

Bennet-féle csonttörés kezelése. *Streckfuss H.* (Arch. f. klin. Chir. 202. 3.) Figyelembe veendő a helybeli lelet, a beteg foglalkozása és kora. Az idült törés képe függ az eredeti törés módjától, valamint az eltelt időtől. Véres helyretevés jön szóba, ha a törés röviddel ezelőtt történt és a letört rész a működés szempontjából akadályt képez, az eltolódás pedig nagy. Egy másik törésformánál a Stamm-féle kihúzást kell alkalmazni. Ugyanezt az eljárást alkalmazzuk kis kézközépcsontrészlet letörésénél is. Repositiót akadályozó, rosszul gyógyult letört izületi részt sebészileg távolítjuk el. Régi sérülés esetén a beigazítás nem sokat ér, ilyenkor inkább a metacarpus basisának resectióját végezzük. Resecálnunk kell, ha a kificamított metacarpus repositiója nem sikerült. Ahol a tökéletes működés helyreállítása a főcél, ott inkább a műtéti utat kell választani. Szellemi munkásoknál, ahol a hüvelyk tökéletes működése nem elsőrangú fontosságú, a subluxatiót megszüntetjük, a beteget conservative kezeljük, ugyanúgy járunk el idősebb korban létrejött törések esetében is. Figyelembe veendő a beteg járadékjogosultsága is. (G. 30.)

Széll Imre dr.

TÁBORI EGÉSZSÉGÜGY ÉS HADISEBÉSZET

Rovatvezető: *Sereghy Emil.*

A combcsont lövési törésének kezelése a háborúban. *Wachsmuth D. D.* Militärzt 1942/2. A sebészt a harctéren még mindig a combcsont lövéses törései állítják a legnagyobb feladatok elé, merte gyakran lép fel súlyos, főleg amareobfertőzés. Ennek oka aránylag kis b - és kimeneti nyílás mellett, a mélyben levő kiterjedt izomés csontroncsolódás. A combcsont szilánkolódása következtében gyakran lép fel zsírembólia. A harctéri combcsontsérüléseknél is legfontosabb a végtag rögzítése, a fertőzés, zsírembólia, utóvérzés meggátlása, a szállítás, valamint a későbbi functio helyreállítása szempontjából. A mindenkor jelenlévő fertőző csirák többnyire csontvelőgyulladáshoz vezetnek, melyek hetek, hónapok, sőt évekig is veszélyeztetik a beteg életét. A comb lövéses töréseinek kezelését eleinte kettéosztották. Először a sebet műtéttel ellátták, a végtagot nyugalomba helyezték és mindaddig mellőzték a törtvégtagok helyretevését, míg súlyos anaereob fertőzés veszélye fennállt. Később a sebesültet hátraszállították állandó jellegű szakkórházba, ahol a törés helyretevését és rögzítését végezték. Mozgóháborúban igen nehéz szállítási viszonyok folytán a betegek 6—8, sőt több hét után, tehát már akkor kerültek állandó kórházi kezelésbe, amikor már a törtvégek kedvezőtlen állásban befolyásolhatatlanul összecsontosodtak. A szerző meggyőződése szerint a comb lövéses töréseinek elsődleges helyreigazítása óvatos húzással, szorosan hozzátartozik a műtéti sebellátáshoz. Természetesen nem gondol a törtvégek tökéletes összeillesztésére, hanem csak a tengely helyes állására s a végtagok hosszának megközelítő helyreállítására. A német hadsereg a harctéren több »különleges végtag-

Dr. DEÉR ENDRE SEROBAKTERIOLOGIAI LABORATORIUMA

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

Wassermann I
Wassermann II
Kahn
Kiss

Antigenek

SEC. Dr. DEÉR

»Sanguityp«

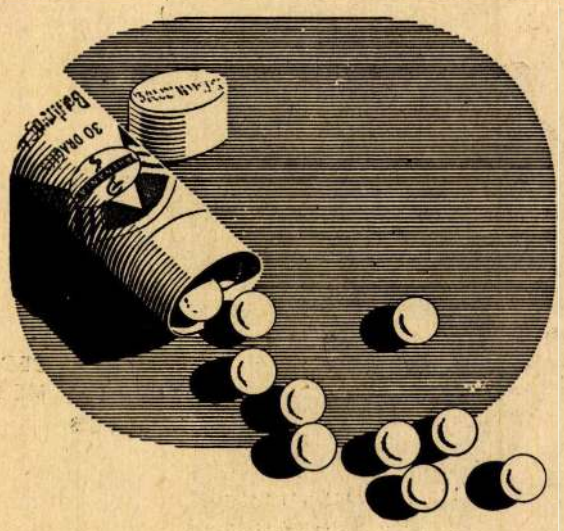
Vércsoporthatározó

VÉRSZEGÉNYSÉG ELLEN

HAEMOPLEX

Dr. Deér
ACTIVÁLT
FERRUM
HYDROGENIO
REDUCTUM

Effektiv, megnyugtató hatást



a szokásos Valeriana-therápiánál, csak abnormálisan nagy mennyiségü gyógyszerfogyasztás biztosít. Ezen hátrányt kiküszöböli a magas konzentrátiójú Baldrian-Dispert. Prof. Haffner szerint 3 Baldrian-Dispert-dragée = 100 Valerian egér egység. Ezen magas hatóérték a "Dispert" gyártási eljárással érhető el.

Csomagolás: 30 dragée aluminiumtokban és 100 dragée üvegben.

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

Magyarországi képviselet: Wack Keresztély Budapest IX 8.

RHENANIA

Baldrian Dispert

Iz-, szagtalan és narkoticummentes sedativum.

Asthma bronchiale esetében
prophylaktikusan és rohamoldáshoz

Taumasthman

tabletta

Peroralis prophylaxis
Peroralis rohamoldás

Vezérképviselet: Kemény Gyula gyógyszerész Budapest, VIII., József-körút 10. sz. Telefon: 143-322

A Proton

VEGYI HARCI ESZKÖZÖK, BŐRSÉRÜLÉSEK, ÉGÉSEK, FAGYÁSOK, ROVARCSÍPÉSEK ÉS MÁS BŐRBETEGSÉGEKKEL JÁRÓ VISZKETEGSÉG ESETÉN

Heliobrom

OLDAT

(bromtannincarbamid)

KENŐCS

SEC. MERZ

Azonnal megszünteti a viszketési ingert és a velejáró, a gyógyulási folyamatot akadályozó vakarást.

Kapható gyógyszertárakban

KAUZÁLISAN ÉS SYMPTOMATIKUSAN HAT

BÉHEXOS: CUKORINJECTIO B_1-VITAMINNAL
„CERTA" GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R.T. BUDAPEST

sebészeti kórházat« (Sonderlazarett«) rendezett be a lövéses törések felvételére, melyekben töréskezelésben tapasztalt orvosok vannak. Az elülső egészségügyi intézetek sebésze a sebesülteket lehetőleg 8 napon belül a központiasan fekvő végtag-sebészeti kórházba úgy továbbítsa, hogy a törtvégek állásának befolyását illetőleg ne mulasszon el lényegeset. Az első szállításhoz jól bevált a náluk rendszeresített sín, melyet jól kipárnáznak; a szállításhoz használt sinek azonban nem alkalmasak súlyos törések többnapos rögzítésére. Braun-sínre helyezett, drótnyujtásos, nagyszámú beteg gyors elszállítása igen nehéz probléma, mert sok medence- és végtaggipsz felhelyezése igen nagy személyzetet és anyagot kíván. Ezért a szerző úgy helyezi fel a beteget a transzport-sínre, hogy a drótnyujtást kengyellel együtt fenntartja s így szállítja hátra a különleges kórházba, ahol ismét Braun-sínre fektethetik. Elsődleges sebellátásnál a másodlagos fertőzés veszélye miatt igen nagy óvatosság ajánlatos. Kalibernagyságú lősebeket még nagyfokú csontroncsolódás és nagy vérömleny esetében is konzervatíve kezeljük. Az összes csontszilánkok eltávolítását ne végezzük, mert álizülethez vezet. Legbeváltabb eljárás jól párnázott nagy ablakkal bíró gipszkötés felhelyezése az alsó végtag kissé hajlított helyzetében. A nyujtást a combbütykön vagy sípcsontdudoron át vezetett Kirschner-dróttal biztosítja, melyek végét szállításhoz a kengyel eltávolítása után behajtva begipszeli. Ilyen helyzetben végzett rögzítésnél nem észlelt oly gyakran süllyedéses csőtályogot (3,8%), mint a Braun-sínre fektetetteknél (16%). Korai végtagcsonkolást általában a végtag lágyrészsérülés helyén végez. Anaerobfertőzés esetén az épben kell csonkolni a végtagot. A harctéren legjobban bevált a körkörös csonkolás, a csonkot soha nem varrja. Másodlagos végtagcsonkolás a lebenyes módszert alkalmazza és a sebet rétegesen varrja.

Somogyi B. Pál dr., o. szds.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő.*

A bőr salvarsan ártalmainak kórfolymata. *Samberger F.* (Dermat. Wschr. 115. 29.) A salvarsan (sv) kis mennyiségben a bőr hajszálereinek működését fokozza, nagymennyiségben károsítja, végül megbénítja. Ezen károsodás következményei közé tartozik a heveny és idült erythroderma, mely tulajdonkép nem gyulladás, bár sok jelenség a gyulladáshoz hasonlóvá teszi. A jelenségek az érfal károsodásának következményei: transsudatum lép ki, fehérvérsejtek az érfal fajlagos működése nélkül vándorolnak ki. A károsult hajszálerek genykeltőkkel szemben nem képesek elhatároló gyulladást létrehozni, ezért egy ilyen fertőzés vége gyakran sepsis. A (sv) átlagos adatai után fellépő erythroderma oka az átlagostól eltérő szervezetben van. Ez az eltérés lehet elsősorban túlérzékenység vagy a hajszálerek, vagy az egész szervezet túlérzékeny a sv-nal szemben. Az erythroderma másik oka a csökkent sv. kiválasztás, főleg májártalom esetén. Az eltérés lehet másodsorban a hajszálereknek vagy az azt hormonokkal befolyásoló pajzsmirigynek csökkent élettani értékűsége, így az átlagos sv.-adag immár károsodást idéz elő. A sv-erythrodermák kezelésében ezért kis adag pajzsmirigy kivonatot és Ichtyoxyl-fürdőt és kenőcsöt alkalmaz, mert az Ichtyoxyl a bőrre adrenalinhoz hasonló hatást fejt ki, azaz a hajszálereket tonisálja. (Sz. 41.)

Kertész Tivadar dr.

A rüh és kezelése. *Rieger O.* (Wiener Med. Wschr. 1942. 37.) A háborúval kapcsolatban erősen megnövekedett mind a katonaságnál, mind a polgári lakosságnál a csökkent tisztálkodási lehetőségek, stb. miatt a rüh esetek száma. Az eddigi Wilkinson, perubalzsamos, Helmrich-kenőcsös kezelés hosszadalmas és a fehérneműt piszkítja. Az újonnan forgalomba hozott Kén-Diasporal K, mely kolloidális kén, kéncink és kénezett aetheres olajokból áll, nem károsítja a fehérneműt, szagtalan, fehér folyadék, 2—4-szeri bekenéssel (reggel és este), fürdés és fehérneműváltással összekapcsolva 1—2 nap alatt biztosan gyógyítja a rühöt. (Sz. 39.)

Kertész Tivadar dr.

Trichomalacia. *G. Miescher.* (*Arch. f. Derm.* 183. 1.) Ötéves gyermeken észlelt ritka elváltozást ír le, mely a hajas fejbőr körülírt területén mutatkozott. A folliculus nyílások hyperkeratosisa és a hajszálak állományának elpuhulása miatt a hajszálak nem emelkednek a bőr szintje felé, hanem megcsavarodva a folliculusban helyezkednek el vagy a bőr felett közvetlenül letöredeznek. Az elváltozást erős pigment felhalmozódás kíséri. A tüszőnyílásokban talált staphylococcusoknak nem tulajdonít kórokozó szerepet. (Sz. 37.)

Ifj. Nékám Lajos dr.

METALIX

Röntgenberendezések
Orvosi elektromos berendezések
Röntgencsövek
Kvarclámpák
a legtökéletesebb kivitelben

Szaktanács
és tervezés:
METALIX RÖNTGEN RÉSZVÉNYTÁRSASÁG
Budapest, IV. Muzeum krt. 37. Tel. 182-680, 383-135

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

KÖNYVISMERTETÉS

Bevezetés a csontok és izületek megbetegedéseinek röntgenvizsgálatába. *Kopári József.* Budapest. 1942. Szerző kiadása.

A néhai Elischer Gyula prof. emlékének ajánlott és Hüttl prof. dicsérő előszavával ellátott szép kiállítású könyv sokkal többet nyujt, mint azt szerényen hangzó címe sejteti. Nem egyszerű »bevezetés« ez a csont- és izületi betegségek röntgenvizsgálatába, hanem rendszeres röntgendiagnostika, mely — a koponya kivételével — a technikai kérdéseket éppen csak érinti, de annál behatóbban foglalkozik a különböző csont- és izületi bántalmak röntgentüneteivel és azok magyarázatával. Szerzője, aki a röntgenológiának ezen talán legérdekesebb, de egyben legnehezebb ágát teljesen uralja, kitűnően oldotta meg azt a nehéz feladatot, hogy óriási anyagát aránylag szűk keretbe öntve hiánytalanul feldolgozza. Tömör fogalmazása ellenére a könyv olvasása éppenséggel nem fárasztó, mert szerzője nem szorítkozik a kóros röntgentünetek száraz felsorolására, hanem mindenütt kiterjeszkedik az egyes kórformák pathogenesisére, kórbonctani (szövettani) és klinikai vonatkozásaira is. Igy van ez jól, mert a röntgenképek helyes értelmezése csak megfelelő kórtani és klinikai ismeretek birtokában lehetséges.

K. könyvének további nagy előnyét tartalmának világos, jól áttekinthető csoportosításában látjuk. Első fejezetei a csontok fejlődéstanával, a csontsorvadás különböző alakjaival, öröklési, hormonalis, endokrin, reticulo-endothelialis, avitaminosisos stb. eredetű csontelváltozásokkal, a steril csontnekrosisokkal és a csontok fejlődési rendellenességeivel foglalkoznak. Ezután következnek a törések és ficamok, a csontrendszer gümős és bujakóros elváltozásai, az osteomyelitis és izületi betegségek. Külön terjedelmes fejezetek foglalkoznak a csontdaganatokkal, továbbá a koponya és melléküregeinek röntgenvizsgálati módszereivel és kóros elváltozásaival (pyramis, sella turcica stb.).

A szép munka értékét nagyban emeli a nagyszámú kitűnő, instructiv hatású és jórészt a szerző saját anyagán felvett Röntgenfénykép, valamint a könyv végén található teljes irodalomjegyzék.

K. könyve kétségtelenül nagy nyeresége a magyar Röntgenirodalomnak és méltán tarthat számot minden magyar klinikus és röntgenologus érdeklődésére. Külön elismerés illeti meg azért is, hogy e nagy fáradsággal készült munkáját a mai nehéz, háborús viszonyok között alkotta meg. Nagy érdemeinek felsorolása után rá kell mutatnunk néhány kisebb szépséghibára is. Ezek a latin és görög műszavak következetesen ismétlődő téves helyesírása és hibás egyeztetése, idegen, magyar szavakkal jól helyettesíthető szakkifejezések túlzott használata és egyes, az Orv. Hetilap által annyiszor hangoztatott magyarossági szabályok figyelmen kívül hagyása. Mindezek csak lényegtelen külsőségek, melyek a könyv belső nagy értékét nem csökkentik, de olyan apró csorbák, melyek kiköszörüléséről egy újabb kiadásban könnyen lehet és kell is gondoskodni.

Milkó prof.

Orvosi szakmunka leírásában nagy gyakorlattal rendelkező gyors- és gépíróno munkát vállal. Értesítést kér: V., Kresz Géza-u. 18., IV. em. 5. Telefon: 116—499.

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

A frontátvonulások áttekintése 1942 június második feléről. A június 16—30. közötti időszak frontokban a normálisnál valamivel szegényebb volt, a kétféle frontfajta fellépésének egymáshoz való aránya nagyjában normálisnak mondható. A 16 frontátvonulás közül ugyanis 13 esett a betörési frontok csoportjára és 3 a felsiklási frontokra. A betörési frontokból 2 erős, 1 mérsékelt és 10 gyenge fejlettségű volt. A felsiklási frontok közül 2 mérsékeltnek és egy gyenge fejlettségűnek volt minősítendő. A budapesti frontátvonulások részletes történetéből kiemelkedik mindenekelőtt a június 16-án hajnali 3 órakor átvonult erős betörési front, azután a június 17. délutáni és június 20. hajnali felsiklási front; a betörési frontok június 20—21-iki halmozódása, majd az ezt követő háromnapos teljesen frontmentes időszak; a frontmentes időszakot lezáró június 25. délutáni zivatarfront; a június 27. reggeli csendes esővel járó felsiklófront; végül a hónap utolsó napjain fellépett betörési frontok sorozata.

Aujeszky dr.

Novák Rudolf és Társa kiadásában megjelent
ORVOSI MŰSZÓTÁR
Szerkesztette: dr. TORDAY FERENC e. tan.
MEGRENDELHETŐ a B. O. U. kiadóhivatalában VIII., Horánszky-u. 1.
Az 505 oldalas munka ára 16.— pengő.

SOLTHIO
AKTIV KÉNOLDAT
a percutan kén-kezelés hatásos eszköze
Főraktár:
Dr. BAYER ANTAL gyógyszertára
Budapest, VI., Andrássy-út 84. sz.

NEOTROPARIN-CHINOIN
Erőteljes hatású görcsoldószer
Tabletta, 20 drb *Ampulla, 6 drb*

Friss növényekből standardizált gyógyszerkészitmény

vizsgálatok biztositják a

TEEP készitmények

pontos összetételét és megbizhatóságát.

Belladonna Teep és mite forte
1 tabl. = 0·5 ill. 1 mg Atropinnal aequivalens összalkaloida

Digitalis Teep
1 tabl. = 0·05 g standard Digitalis levélpor hatásértékével

Valeriana Teep
1 tabl. = 0·125 g friss radix valeriana összhatóanyaga

Viscum Teep
1 tabl. = 0·12 g friss viscum alb. összhatóanyaga

Tartalmazzák a friss növény hatóanyagait pontosan standardizált állapotban. Állandó összetételüek, felszívódásuk gyors, toxikus tünetek nincsenek.

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

SEDYLETTA tabletta 30×0·015 gr

Általános hatású psychikus megnyugtató, kitűnő spasmolitikum | Szabadon rendelhető: OTI, MABI, MÁV, Székesfőv. S. A., DOBBI | Podmaniczky-gyógyszertár Budapest, VI

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift. 38. sz. *Borst M.* Általános kórtan az orvosi oktatásban. *Meythaler F. A* malaria gyógyítása. *Koch D.* A gyomor- és nyombélfekély kezelése a Progynon B. oleosum természetes tüszőhormonnal és a Cyren B. oestrogen műanyaggal. 39. sz. *Trommer K.* Húgyivarszervi neurosis tömeges fellépése a haretéren. *Christ H. G.* Arcvonalhoz közelfekvő állkapocssérülési állomás feladatai és kezelési céljai. *Pusch G.* A csigolyagümőkór korai diagnoozisának követelményei. *Siegmund H.* Helybeli hidegártalmak kórszármazása és kórtana. *Röhrl W.* A mészetejepe és elkülönítő kórismeje. *Schuchard W.* Tapasztalatok localis sulfonamidtherapiával a bőrgyógyászatban.

Wiener Klinische Wochenschrift. 39. sz. *Gräff S.* Gócfertőzés. *Gerl F.* A pajzsmirigyről. *Hamberger E.* Gondolatok a lázról. *Tasch H.* A terhességi C-vitamin ellátás kérdéséről.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift. 39. sz. *Wegelin C.* Hörg- és tüdőrák. *Staehelin R.* A hörg- és tüdőrák klinikájához. *Schinz H. R.* Hörgrák és tüdőrák. *Schinz H. R.* A fémrák. A rákképzés egy új principiuma. *Nicod J. L. és Regamey I.* Colchicin az egérrák kezelésében. *Joyet G.* Mesterséges cancerisatio különbözőképpen ionisált légkörben. *Walthard B.* Nagyfokú atypikus hámburjánzás a bőrben védhimlőoltás után. *Meyenburg H.* Elvi megállapítások a hadseregben előforduló rákról. *Miescher G. és Schwarz F.* Van-e az olajtüzeléskor képződő koromnak rákkeltő hatása? *Miescher G.* Kísérleti vizsgálatok photosensibilizálással előidézett rákképződésről.

VEGYES HIREK

Előfizetések megújítása vagy tartozások kiegyenlítése céljából ma csekket mellékeltünk minden lapszámunkhoz. Ez ne érintse és ne sértse azokat a kartársainkat, akiknek előfizetése rendben van, különválasztásuk sok munkával járt volna s így nem volt indokolt. Kérjük kartársainkat tartozásaik rendezésére, illetve előfizetésük pontos megküldésére, mert egyre növekvő kintlevő követelésünk komoly zavarokat okoz hetilapunk fenntartásában.

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

Tiszti Orvosi Tanfolyamot és Vizsgát tartanak 1943 január 7-iki kezdettel Budapesten a m. kir. Országos Közegészségügyi Intézetben.

Mindazok az orvosdoktorok, akik a fentemlített tiszti orvosi tanfolyamra és az ezt követő vizsgára jelentkezni kívánnak, kellően felszerelt és felbélyegzett kérvényeiket *Johan Béla dr.* államtitkárhoz, a Tiszti Orvosi Vizsgabizottság elnökéhez címezve, közvetlenül a m. kir. Országos Közegészségügyi Intézet (Budapest, IX., Gyáli-út 4.) főigazgatójához 1942. évi november hó 10. napján déli 12 óráig annyival is inkább küldjék be, mert később érkező kérvények nem vétetnek figyelembe.

A közszolgálatban állók kérvényeiket felettes hatóságukkal láttamoztatni tartoznak.

A kérvényhez csatolni kell: *a)* születési anyakönyvi kivonatot, vagy annak hiteles másolatát; *b)* Magyarország területén érvényes egyetemes orvosdoktori oklevelet vagy annak hiteles másolatát; *c)* rövid életrajzot (curriculum vitae), amelyben a jelentkező különösen végzett tanulmányairól, nyelvismereteiről és hivatásbeli működéséről — a vonatkozó okmányok csatolásával — oklevele keltétől a jelentkezésig időrendben pontosan beszámol; *d)* hiteles igazolását annak, hogy a jelentkező, gyakorlatra feljogosító orvosi oklevelének elnyerése után legalább egy évig egyetemi vagy kórházi szolgálatot teljesített vagy legalább 2 évig magángyakorlatot folytatott; *e)* igazolványt arról, hogy jelenleg milyen állást (állásokat) tölt be; *f)* egyetemi leckekönyvet, az orvosi szigorlatokról kiállított bizonyítványokat, valamint a kötelező kórházi gyakorlatra vonatkozó szolgálati könyvet.

A vizsgadíj 150 P, amelyet a tanfolyamra felvett orvosoknak a tanfolyam kezdete előtt a m. kir. Országos Közegészségügyi Intézet pénztáránál kell lefizetniök. A tanfolyam időtartama 9 hónap.

A tanfolyamra felvett hallgatók korlátozott számban a m. kir. Országos Közegészségügyi Intézettel kapcsolatos Orvosok Házában lakást és ellátást kaphatnak, melyért a megállapított önköltségi árat kell megfizetni.

Orvoskari Naptárunk helyes adatai érdekében kérjük mindazon kartársainkat, kiknek neve a naptárban szerepel, hogyha nevük, hivatali beosztásuk, lakásuk, telefonszámuk az év folyamán megváltozott, azt szerkesztőségünkkel közölni szíveskedjenek.

HETIREND

Szerdán, 14-én 6 órakor a Közkórházi Orvostársulat ülése. Bemutatás: *Csiky-Strauss A.:* Gyomorrák átfúródása. Előadás: *Perémy G.:* Ritkább és tanulságos belgyógyászati esetek.

FELELŐS KIADÓ: VAMOSSY ZOLTÁN.

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

Expectin SOL. CSEPPEK

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

ELŐÁLLITJA ÉS FORGALOMBAHOZZA

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

10 gr. ára P 2.20

DORMOVIT*

alvási zavarokuál

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

*) Furfurylisopropylbarbitursav

DIWAG
CHEMISCHE FABRIKEN A.G., BERLIN-WAIDMANNSLUST
Magyarországi képviselet: Muzeum Gyógyszertár, Budapest, IV. Kossuth Lajos-u. 20

A mellékvesekéreg összes kiesési tüneteinél

Syntheticus mellékvesekéreg hormon

D.O.C.A.

4 amp à 1 kcm 2 mg ..... P 10.—
4 amp à 1 kcm 10 mg ..... P 36.—
1 üveg 5 kcm 25 mg .....k. P 24.50

Addison-kór

Addisonismus: alacsony vérnyomással járó általános gyengeség

Hyperemesis gravidarum

Sokk: sebesülés, égés, fagyás és mérgezések következtében

Műtét utáni sokk

Mint adjuváns: fertőző megbetegedéseknél és toxicus táplálkozási zavaroknál

Mellékvesekéreg kivonat

CORTIN
"ORGANON"

1 üveg à 10 kcm ..... P 29.50

N.V. ORGANON
OSS (HOLLANDIA)

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

Uricedin

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

Magyarországi vezérképviselet:

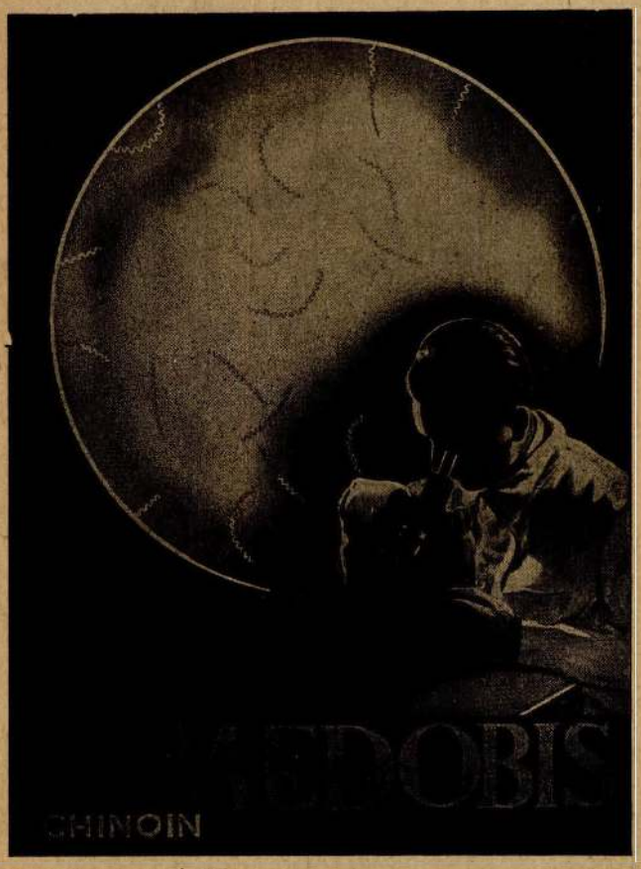
Medichemia Gyógyszerkészítmények Gyára R.T.

Budapest, X., Hölgy-ucca 14

J. E. Stroschein

Chemische Fabrik K. G.

Berlin



MEDOBIS-*Chinoin*

heptadiencarbonsavas bismut stabil olajos oldata

KIVÁLÓ ANTILUETICUM

JÓL TÜRHETŐ

✡

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

✡

10 ampulla dobozban *12 és 25 kcm-es üvegek*

425000 — AZ ATHENAEUM IRODALMI ÉS NYOMDAI RT. NYOMÁSA, BUDAPEST. FELELŐS: KÁRPÁTI ANTAL IGAZGATÓ.

86. évfolyam. 42. szám. Budapest, 1942. október 17.

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

Előfizetési díj: az »Orvosi Hetilap«-ra az »Orvostudományi közlemények«-kel együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 1000 lei, egyéb külföldre a belföldi díjak + portóköltség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyedévre negyede, egy hóra 2·50 P.

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

Álmatlanságnál

PHANODORM

az *átaltatószer*

gyors elalvást,
7—8 óráig tartó kielégítő mélységű alvást biztosít
Cső 10 tablettával à 0·2 g.

KÖZKÓRHÁZAK KÜLÖN ENGEDÉLY NÉLKÜL BESZEREZHETIK!

PHANODORM-CALCIUM

gyorsabban felszívódik,
gyorsabban elaltat, ezért fokozottabb altató hatású.
Üdítő alvás után friss ébredés
Cső 10 tablettával à 0·2 g.

KÖZKÓRHÁZAK KÜLÖN ENGEDÉLY NÉLKÜL BESZEREZHETIK!

»Bayer«
LEVERKUSEN

MAGYARORSZÁGI VEZÉRKÉPVISELETEK:

E. Merck
DARMSTADT

Magyar Pharma Gyógyáru Rt.
Budapest, V., Arany János-u. 10.
Kolozsvár, Mussolini-út 18.

Wirth Károly
Budapest,
V., Báthory-u. 16.

Corediol

PYRIDIN-β-CARBONSAVDIAETHYLAMID

KÁMFORPÓTLÓ ANALEPTICUM

AZ ÉLETFONTOSSÁGÚ VEGETATIV KÖZPONTOK SPECIFIKUS IZGATÓ SZERE

CSOMAGOLÁS:

SOLUTIO:
10 cm^3-t tartalmazó üvegekben.

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

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

Tinctura Ferri Athenstaedt

CUM ET SINE ARSENO

0·2% Fe.

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

250 gr. ára P. 3.—

Orvosi mintával és irodalommal készséggel szolgál:

VAJNA JÓZSEF GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUMA

BUDAPEST, IV., VÁCI-UTCA 34.

86. évfolyam. 42. szám. Budapest, 1942. október 17.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY 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:

Leszler Antal: A tüdőatelectasia röntgendiagnosztikája. (499—501. oldal.)
Barakovich Kálmán: A bacillaris vérhas kezelése Sulfaguanidinnel. (501—502. oldal.)
Szél József: Filaria sanguinis esete. (502—503. oldal.)
Melléklet. Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (81—84. oldal.)
Irodalmi szemle. (503—504. oldal.)
Könyvismertetés. (507. oldal.)
Lapszemle. (503. oldal.)
Vegyes hírek. (508. oldal.)
Hetirend. (508. oldal.)

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

A tüdőatelectasia röntgendiagnosztikája.*

Irta: *Leszler Antal dr.*

A tüdőatelectasia nem önálló betegség, hanem olyan kóros állapot, mely a tüdő számos különféle okból támadt betegségének egyik tünete.

Az atelectasiás tüdő alveolusai légtelenek és ennek következtében az ilyen tüdő kisebb térfogatú. Az atelectasiás tüdő kékesvörös, májtapintatú és vízben elmerül.

Az atelectasia keletkezésének feltétele, hogy a levegőnek a tüdőbe való jutása akadályozott legyen. Az akadály lehet a légutakon kívül (kompressziós atelectasia), vagy belül (obstructiós atelectasia). Mindkét esetben az alveolusokban rekedt levegő idővel felszívódik, az alveolusok tehát teljesen légtelenek, üresek lesznek, ennek következtében a tüdő összeesik, térfogata megkisebbedik. A mondottak alapján érthető, hogy nem nevezhető atelectasiának az az állapot, ha a légtelenséget a tüdő infiltrátiója idézte elő, mert ilyenkor izzadmány foglalja el a levegő helyét és a tüdő térfogata nem kisebbedik meg.

A tüdőatelectasia két csoportját különböztetjük meg: 1. *Compressiós*, 2. *obstructiós* atelectasia. A *compressiós* atelectasia esetében a légutakon kívül álló folyamat a hörgőt, vagy magát a tüdőt is kívülről összenyomja, vagy a hörgőt megtöri és így zárja el a tüdőbe irányuló levegő útját. Külső nyomás útján okoz atelectasiát minden a mellkasban lévő térszűkítő folyamat. Ilyen térszűkítő folyamat lehet levegő, vagy folyadék a pleuraűrben, a mellkasi szervek kóros megnagyobbodása (szívmegnagyobbodás, aneurysma, daganat, stb), a csontos mellkas deformáltsága (kyphoscoliosis) és végül magasan álló rekesz.

Az *obstructiós* atelectasiára jellemző, hogy a tüdő légtelenségét előidéző folyamat oka a légutakon belül van. Ilyen folyamat a hörgő falából kiinduló daganat, a hörgőbe jutott idegen test, aspirált vér, vagy nagyobb mennyiségű hurutos váladék.

A tüdőatelectasia klinikai tünetei aszerint alakulnak, hogy a légtelenség kisebb, vagy nagyobb tüdőrészre terjed-e ki. A kisebb atelectasiás gócok ugyanis klinikailag rejtve maradhatnak, mert tünetet alig okoznak, a nagy kiterjedésű atelectasiát azonban jellemző tünetek kísérik. Megtekintéskor ilyenkor feltűnik, hogy az atelectasiás oldal légzéskor visszamarad, kopogtatáskor a kóros oldali rekeszt magasabban találjuk és az atelectasiás tüdőrész felett tompulatot kapunk. Az atelectasiás tüdő felett légzés nem, vagy csak gyengült mértékben hallható. Ezzel szemben a túloldali tüdőn a pótló emphysema tüneteit találjuk.

Az említett tünetekkel járó kórkép alakulása attól is függ, mi okozza az atelectasiát. Akkor ugyanis, ha az atelectasiát a hörgő falából kinduló tumor idézi elő, a tünetek rendszerint fokozatosan fejlődnek ki, míg a hörgőbe jutott idegen test hirtelen beálló súlyos tünetekkel jár, amit elsősorban a nagyfokú dyspnoë, szúrás a mellkasban, köhögés, láz jellemez.

A tüdőatelectasiának több jellemző röntgentünete van. Ezek egyrészt *közvetlen*, másrészt *közvetett* tünetek. *Az atelectasia közvetlen röntgentünete a légtelenség okozta árnyék.* Az árnyék annál erősebb, minél tökéletesebb a légtelenség és minél nagyobb a kiterjedése. Az árnyék foka a fátyolszerű homálytól a lágyrészkeménységű árnyékig terjedhet. Az atelectasia okozta árnyék egynemű, a széle elmosódott, mert az átmenet a légtartalmú és légtelen tüdő között rendszerint fokozatos. Éles határa az atelectasiának akkor van, ha egy egész tüdőlebenyre terjed ki és a lebeny légtelensége teljes.

A közvetett röntgentünetek csak nagyobb kiterjedésű atelectasiánál állnak elő, kisebb atelectasiás gócok a mellkasi erőviszonyok lényeges eltolódását nem hozzák létre. Bár a kisebb kiterjedésű atelectasiás góc is megkisebbedik azáltal, hogy levegőt nem tartalmazva összeesik, az erőviszonyoknak ebből eredő eltolódása azonban a szomszédos tüdőrész kitágulása által rendszerint kellőképen kompenzálódik. A nagyobb kiterjedésű atelectasia azonban a

* Magántanári próbaelőadás.

tüdő térfogatának tetemes megkisebbedésével jár. A tüdőnek ez a térfogatcsökkenése azért fontos, mert a mellüregben uralkodó erőviszonyok eltolódását hozza létre és ezáltal a diagnostikai szempontból is jelentős közvetett röntgentüneteket eredményezi.

A tüdőatelectasia *közvetett röntgentünetei egyrészt statikaiak, másrészt dynamikaiak.* A *statikai* röntgentünetek fellelhetők a csontos mellkason, mely az atelectasiás oldalon belapul, megnyilvánulnak a rekesz állásán, mely a beteg oldalon magasabbra kerül, végül a mediastinum szervein, ezek ugyanis atelectasia esetén a kóros oldalra húzódnak át. Miután az atelectasia a légzőfelület megkisebbedésével jár, nagyobb atelectasia esetében az ép oldali tüdő pótló kitágulása is bekövetkezik (kompenzáló emphysema).

Az atelectasia statikai röntgentünetei addig terjednek, amíg a mellkasban az erőviszonyok egyensúlyi helyzete nem áll be. Ha az atelectasiás tüdő teljesen üres, vagyis az alveolusokban semmi sincsen, faluk egymáshoz simul, idővel összetapad. Előfordul azonban, hogy az ismertetett statikai eltolódások atelectasiával kapcsolatban nem, vagy csak kismértékben jönnek létre, mert egyéb kóros körülmény, mint például a mellhártya összenövése, vagy a tüdő heges folyamata, a tüdő collapsusát megátolja. Ez esetben az alveolusokban felszívódott levegő helyébe savós folyadék kerül. E körülményre jellemző, hogy ilyenkor a tüdő térfogatcsökkenése háttérbe szorul.

Az ismertetett statikai tünetek mellett atelectasiára jellemző még a *dynamikai* röntgentünet. E tünet abban áll, hogy légzéskor a mediastinális szervek ingamozgást végeznek, mégpedig úgy, hogy belégzéskor az atelectasiás oldal felé mozdulnak el, kilégzéskor pedig eredeti helyükre térnek vissza. A mediastinum ezen ingaszerű mozgását legegyszerűbben átvilágításkor figyelhetjük meg, az elmozdulást pedig be-, illetve kilégzéskor készített egy-egy felvételen, méginkább kymographiás úton rögzíthetjük meg. A dynamikai röntgentünet jelenléte a statikai tünetek mellett azért is fontos, mert míg a statikai eltolódás atelectasián kívül a mellkasban előforduló egyéb folyamatnak következménye is lehet, addig a dynamikai tünetnek egyéb tünetekkel együtt megkülönböztető diagnosztikai jelentősége van. Ismeretes ugyanis, hogy a pleura callosus folyamata gyakran okozza a csontos mellkas retractióját és a tüdőben lezajló heges folyamat pedig a mediastinumot húzhatja el. De, ha emellett a mediastinumon légzéskor oly irányú mozgást észlelünk, hogy az belégzéskor a kóros oldal felé mozdul el, akkor ez a körülmény atelectasia mellett szól.

A tüdőatelectasia felosztásával az előidéző ok alapján az előzőkben már foglalkoztam. Röntgendiagnostikai szempontból azonban célszerű az atelectasiákat a kiterjedés szerint is tárgyalni és ez alapon körülírt és kiterjedt alakra osztani.

Körülírt atelectasiát okoz az egyes tüdőlebenykéknek a légtelensége, vagyis, ha az 1—2 mm-es bonchiolusok záródnak el. A tüdőlebenykék atelectasiájának röntgenképe a gócos tüdőgyulladáséhoz hasonló, a tőle való elkülönítés sokszor nem is a morfológiai kép, hanem csak a lefolyás alapján lehetséges. Az atelectasiás gócokra a hirtelen megjelenés és az ugyanilyen hirtelen eltűnés lesz jellemző. Typusos alakjában legtöbbször haemoptoë kapcsán látjuk. Nagyobb kiterjedésű atelectasia az egyik tüdőlebeny légtelensége, melyre jellemző a lebenynek megfelelő elhelyezkedés és hogy a homály széle a lebenyhatárnak megfelelően éles. Az ilyen atelectasiás lebeny térfogata ugyancsak megkisebbedik, ami a mellkasi erőviszonyok több-kevesebb eltolódását hozza létre. A tüdőlebeny megkisebbedését a lebenyhatár eltolódása jellemzően fogja követni. Gyakran fordul elő, hogy számfeletti lebeny, a lobus azygos, vagy az egyik oldali lobus cardiacus lesz atelectasiás, aminek valószínűleg fejlődési magyarázata is van.

A körülírt atelectasiák egyik sajátos alakja *a basalis, korongalakú atelectasia.* Olyan atelectasiáról van ez esetben szó, mely lapos korongalakját az erőviszonyok és a tüdő szerkezetének sajátos alakulása folytán kapja. Az ilyen lapos atelectasiás góc az alsó tüdőlebenyekben támad, hol egyik, hol mindkét oldalt és kb. ujjnyi vastag köteg alakjában rendszerint harántul, a rekesszel párhuzamosan halad. Régebben a hasonló megjelenésű árnyékokat pleuralis eredetűnek tartották, de atelectasiás mivoltuk azóta számos boncolásra került eset kapcsán igazolódott. Az árnyék lapos korongalakja úgy jön létre, hogy a tüdő — a bronchus irányában többékevésbbé rögzített lévén — nem tud concentrikusan megkisebbedni, ezért az erre merőleges, rendszerint cranio-caudalis irányban esik össze.

Ilyen basalisan elhelyezkedő és lapos korongalakú atelectasiát gyakran látunk akkor, ha valamely meghűléses tüdőbántalom (bronchitis, influenzás bronchopneumonia, stb.) kapcsán az alsó lebeny egyik hörgője záródik el, de előfordul ritkábban szívinfarctus, mellkasi trauma, továbbá hasi betegségek során is, hol az atelectasia létrejöttében a csökkent rekeszmozgásnak, az alsó tüdőrészek hiányos szellőztetésének is szerepe lehet.

Az atelectasia lehet végül diffus és legsúlyosabb alakjában kiterjedhet az egyik tüdőfélre, mikor is az egész mellkasfél árnyékoltságát okozza. Hasonló, az egész mellkasfélre kiterjedő homályt okozhat az atelectasián kívül rendszerint a pleuritises folyadékgyülem és a féloldali pneumonia. E három folyamatnak elkülönítésére a klinikai tünteken kívül a röntgenvizsgálat alapján is több hasznos megkülönböztető jelet ismerünk. A megkülönböztetés lehetősége adódik abból, hogy az atelectasia a tüdő térfogatát megkisebbíti, ezzel szemben a mellkasi folyadékgyülem a mellkas térfogatát növeli meg. A pneumoniás infiltratum a tüdő térfogatát számbavehető módon nem változtatja meg. Ilyenformán tehát a tüdőatelectasia az ismertetett statikai és dynamikai tünetekkel jár együtt, a mellkasi folyadékgyülem viszont a mellkas térfogatának megnövekedése folytán a rekeszt lefelé, a szívet és a nagyereket pedig az ellenkező oldalra tólja. A pneumoniás beszűrődés a mellkasi szervekben eltolódást nem hoz létre.

Megkülönböztetés szempontjából az említetteken kívül az árnyék milyensége jön számításba. Mindhárom folyamatra jellemző, hogy árnyéka egynemű, de erősségben egymástól különböző. Legtömörebb árnyéka a folyadék árnyékának van, melyen belül differentiálni csak kivételesen sikerül. A pneumoniás árnyék a folyadékárnyéknál kevésbbé intenzív és a tüdőgyulladásos árnyékon belül a nagyobb hörgők jól kivehetők maradnak. Az atelectasiás árnyék erőssége lágyrész keménységű, melynek magvában

sokszor az atelectasiát okozó daganat árnyékát külön is fel lehet ismerni.

Befejezésül röviden az atelectasia kimeneteléről emlékezem meg. Szerencsés körülmény a teljes gyógyulás. Előfordul ugyanis, hogy az atelectasiát fenntartó ok rövid idő mulva megszűnik és a tüdő újból rendes légtartalmúvá válik. Az atelectasiát előidéző ok azonban rendszerint tartós természetű szokott lenni. Ilyenkor a légtelenség következtében összeesett tüdőben az alveolusok fala idővel összenő és a tüdő kötőszövetesen indurálódik. De emellett, mivel az atelectasiás tüdő a légzésben nem vesz részt, az ilyen tüdőben a keringés is több-kevesebb zavart szenved. Ezért van az, hogy a már régóta atelectasiás tüdő könnyen lesz vizenyős és gyulladásos bajokra válik hajlamossá. A gyulladás viszont, ha idültté válik, végül is ugyancsak a tüdő heges indurátióját idézheti elő. Könnyen érthető, hogy mindezek az elváltozások az alapbaj megjelenési formáját olyannyira módosíthatják, hogy ilyen esetekben az atelectasia jellegzetes klinikai és röntgen tünetei elmosódnak és az egyéb elváltozások mellett háttérbe szorulnak.

Budapest Székesfővárosi Szent László Közkórház Belosztályának közleménye. (Osztályos főorvos: vitéz Cseley József.)

A bacillaris vérhas kezelése sulfaguanidinnel.

Írta: *Barakovich Kálmán dr.* alorvos.

Osztályainkon 1939. óta igen sok vérhasban szenvedő beteget kezeltünk, így bőven nyílott alkalmunk a vérhas különböző gyógyszeres kezelésére, a tapasztalat alapján bevált diaeta alkalmazása mellett. Étrendünket három csoportba foglaltuk a széklet gyakorisága és minősége szerint.

I. étrend. 24 órán keresztül csak cukornélküli tea.

II. étrend. Kakaó vagy kávé, aprított kétszersült, olajban sült burgonya és párolt rizs.

III. étrend. Kávé aprított zsemlyével, alma vagy almapüré, csontleves, olajban sült burgonya, párolt rizs és olajjal készített főtt tészta.

Rendeltünk almanapokat. Időnként az első napon végzett hashajtás megismétlését. A hasgörcsök ellen ópiátokat per os és végbélkúpok alakjában. Serumot intramuscularisan és serumot *Fornét* leírása szerint per rectum olymódon, hogy 100 cm³ Ringer-dextrosehoz 20 cm³ dysenteria-serumot adtunk és az oldatból 5 × 20 cm³-t fecskendeztünk be napjában végbélen át magasra felvezetett katheteren keresztül. Chlorogenes és tanninos beöntéseket naponként felváltva. Enterovioformot per os és beöntések alakjában. Gluthatoxint injectióban. Bismuth-készítményeket per os és injectióban. A nagyfokú vízveszteség pótlását infusiók és hypodermoklysisek segítségével igyekeztünk elérni. A sóvesztesség csökkentésére 10%-os konyhasóoldatot adtunk intravénásan, 40—60 cm³ mennyiségben. Bőven itattunk cukornélküli Ringeres teát. Elhúzódó esetekben ismételten 80—100 cm³ transfusiót adtunk. Ezen kezeléssel kapcsolatban figyeltük a gyomorsavviszonyokat ismételt gyomormosások után végzett próbareggelivizsgálatokkal. Csökkent savérték mellett sósavpepsint adagoltunk. A bélemésztés elősegítésére dipankrin-tablettából 3×2-t napjában.

E gyógyszeres kezelés és a diaeta mellett a klinikailag enteritisnek megfelelő esetek körülbelül 8—14 nap alatt gyógyultak. A véres széklettel, tenesmussal és diffus hasgörcsökkel járó, klinikailag typusos dysenteriák a legjobb esetben 3—4 hét alatt gyógyultak. Igen sok kórkép vált chronikussá. A halálozás körülbelül 10—15% volt. A gyógyultak között előfordult 4 olyan eset, mely ugyanazon nyár-őszi időszak alatt háromszor recidivált annak ellenére, hogy a lassú diétás bővítés után a kibocsátás alapfeltétele legalább három egymást követő napon keresztül normalis székürítés volt az étrendnek alig valami csekély megszorítása mellett.

A dysenteria gyógyításában tehát célunk volna a betegség lefolyásának megrövidítése, ami együttjárna a sűrű hasmenéses székletek gyakoriságának gyors lecsökkenésével, esetleg gyors megszűnésével. Ezzel kapcsolatban elkerülhető volna a nagyfokú vízveszteség, ami a beteg állapotára volna rendkívül jó hatással. A toxintermelő bacillaris vérhasnál a rövidebb betegségtartam alatt kevesebb toxin szívódhatna fel, ami az általános tünetek enyheségében, esetleg teljes elmaradásában nyilvánulna meg s szintén enyhítené a kórképet.

Ezen elgondolások vezettek bennünket akkor, amikor egy ével ezelőtt osztályainkon a dysenteriás betegeknél a sulfaguanidin-therapiát bevezettük. Ez a Richter-gyár által előállított gyógyszer sulfamidszármazék s a bélben található Gram-negativ bakteriumok ellen hat. Lassú felszívódás folytán a bélben magas concentratiót érhetünk el vele s mivel az összes sulfamidszármazékok közül a legkisebb toxicitással rendelkezik, nagy dosisban is, ami kezelésünk alapfeltétele, nyugodtan adagolható.

A kórházunkba vérhas kórjelzéssel felvett betegek közül csak azokat részesítettük sulfaguanidinkezelésben, akiknél a klinikai tünetek 100%-os vérhasnak feleltek meg. A végbélből táptalajra történő leoltás után először Karlsbadi sóval vagy Tömördi vízzel hashajtást végeztünk. Ezután körülbelül 3—4 óra mulva fél óra alatt 10 tabletta sulfaguanidint adtunk per os, majd 4 óránként 5 tablettát, még az éjszakai órákban is. Ha a székelések száma átlag napi 4—5-re csökkent, a továbbiakban 8 óránként adagoltuk a sulfaguanidint, míg a széklet normális consistenciájúvá nem lett és a székletek száma legfeljebb napi 2 volt. A sulfaguanidint ezután elhagytuk és 3 napon keresztül figyeltük a beteg székletét, lassan emelve az étrendet közel a normálisra. Ha ezen idő alatt a széklet kóros alkatrészektől mentes, formált, normális gyakoriságú maradt, a beteget három nap után kórházunkból gyógyultan elbocsátottuk.

E kezelés mellett láttuk, hogy már az első napon (24 óra) a betegek legnagyobb részénél a tenesmus, kínzó hasi érzékenység és görcsök enyhültek igen nagy fokban, a székelések száma jelentékeny módon csökkent, a vér, esetleg nyálka és genny mennyisége megkevesbedett. Négyóránkinti adagolásra a székelések száma átlagban a 3—4. napon érte el az 5-öt. A 8 óránkénti adagolásra pedig átlagban a 9—11. nap volt az, amikor a széklet úgy alkatrészeit, mint consistentiáját és napi számát illetőleg teljesen normalissá vált. Hozzászámítva a sulfaguanidinmentes 3 utolsó napot, a betegek a kórházbaszállítástól számítva átlagban 9—14 napig álltak kezelés alatt,

mely időben a sulfaguanidint leszámítva az étrenden kívül más gyógyszerelésben nem részesültek.

Kontrollképpen klinikailag typusos vérhasban megbetegedetteknél sulfaguanidin-mentes kezelést is végeztünk. 76 esetünkben megfigyeltük, hogy gyógyulási idejük átlagban 2—3 héttel meghaladta a sulfaguanidinnel kezelteknél, sőt közülük 3 esetben a 3. hét végén a változatlan helyzetre való tekintettel sulfaguanidin-kezelést alkalmaztunk, melynek megkezdésétől számított 9—12. napon belül a betegek gyógyultan távoztak.

Párhuzamosan, összehasonlítás szempontjából, figyeltük osztályainkon a klinikailag enteritisnek megfelelő bélelváltozású betegek gyógyulási időtartamát. Ezen betegek csak a már fentebb leírt kezelésben részesültek, de sulfaguanidint nem kaptak. A gyógyulási idejük átlagban 8—14 nap volt, tehát közel ugyanannyi, mint a klinikailag valódi és súlyos vérhasban megbetegedettekké.

Mindhárom csoportban végeztünk bakteriologiai vizsgálatokat. A sulfaguanidin-kezelésben részesülteknél és a kontrollcsoportnál 20%-ban tenyészett ki *Flexer* dysenteriasavóval agglutinálható bakterium a székletből. Enteritisnek kezelt esetcknél csak bakterium coli-t tudtunk kimutatni. *Shiga-Kruse*-t egy esetben sem találtunk.

E kezeléssel tehát célunkat elértük, mert a betegség tartamát közel felére csökkentettük, a székletek gyakoriságának gyors lecsökkenésével a vízháztartás zavarait kerültük el, olyannyira, hogy egy eestben sem voltunk kénytelenek, akár vénásan is, a vízveszteséget pótolni. A fájdalmak és a tenesmus gyors megszűnése a beteg általános közérzetét javította, mely szintén hozzájárult a gyors gyógyuláshoz. Egy esetben sem tapasztaltuk a betegek nagyfokú testi leromlását, melyet ezideig mindig és jelenleg is a kontrolleseteknél észleltünk. Hozzájárult mindehhez, hogy a betegek a gyógyszert jól tűrték, semminemű panaszt még ilyen nagy dosisban sem okozott, úgyhogy a 76 esetünkből csupán 2 betegnél kellett abbahagynunk az adagolást hányinger és hányás miatt. Egy esetben pedig a kezelés teljesen eredménytelen maradt.

Eredményünk tehát 96%-os.

Ugyancsak a Szent László kórház gyermekdysenteria osztályán Csapó főorvos is alkalmazta e therapiát jó eredménnyel, amiről Erczy ez év elején a Közkórházi Orvostársulatban rövid ismertetést is adott. Én a magam részéről a felnőtt betegek kezelésénél elért e kiváló eredmények kapcsán szeretném felhívni a kórházi, de főleg a gyakorló orvoskollégák figyelmét e gyógyszeres kezelésre, ismételten kiemelve a kezelés egyszerűségét és kiváló hatását.

Befejezésképen három esetet szeretnék ismertetni:

N. L. 26 éves nő. 1942. VIII. 15-én az éjszakai órákban jött kórházunkba. Felvételkor a széklet tisztán véres-nyálkás, alig faeculens jellegű. Az osztályon beteget reggelig figyeltük. Addig 14 híg véres-nyálkás széklete volt. Reggel hashajtás, majd utána sulfaguanidin. Délutánra a tenesmus, hasgörcsök, émelygés és hányás teljesen megszűntek. Hétszer volt széklete. Az utolsó székletben már csak vércsíkok láthatók, nyálka még bőven. Másnapra a székletek száma négy, pépes, minimális nyálkával. Közérzet jó, éhes. Harmadnapra 2 pépes széklet nyálka nélkül. Sulfaguanidint elhagyjuk. Negyedik, ötödik, hatodik napon mindössze egy teljesen normális széklet. Nyolcadik nap gyógyultan távozik.

S. Á. 32 éves férfi. 1942. VIII. 20-án nyert felvételt dysenteria osztályunkra. 10 napja beteg. Betegsége kezdetén étvágytalanság és hányinger. A felvétel előtt 4—5 nappal erős hasgörcsök és székelési inger lépett fel. Napjában 10—15 véres-nyálkás széklete volt. Felvételkor diffus hasi érzékenység, 38° C temperatura és állandó tenesmus. Széklete tisztán véres nyálka, faeculens jelleg nélkül. Hashajtás, sulfaguanidin. Másnap már csak 6 véres-nyálkás széklet; a hasi panaszok megszűntek, a tenesmus csökkent mértékben még fennáll. Harmadnap 3, minimális vért és nyálkát tartalmazó pépes széklet; egyébként teljesen panaszmentes, tenesmus megszűnt. Láztalan, éhes. Negyedik nap 3 pépes nyálkás széklet, vér eltűnt. Ötödik és hatodik nap 3 formált széklet minimális nyálkával. A hetedik, nyolcadik és kilencedik napon napjában egy, teljesen normális széklet, az étrend alig valami megszorításával. Tizedik nap gyógyultan távozik.

O. Á. 36 éves férfi. Háromhetes szanatóriumi kezelés után került osztályunkra. Széklete erősen nyálkás, minimális vérrel, száma immár harmadik hete erőltetés mellett állandóan napi 8—9. A szanatóriumban serumot is kapott. Hashajtás, sulfaguanidin. Az első 24 órában az erőltetés megszűnt, a vér eltűnt, a székletek száma 4-re csökkent. A kezelés megkezdésétől számított négy nap mulva széklete normális gyakoriságú és consistentiájú.

Összefoglalás. 76 felnőtt dysenteriás betegnek adtunk sulfaguanidint (Richter). Eredményünk 96%-os és az ápolási napoknak közel a felére való lecsökkentésében áll. A székletek minősége és mennyisége 1—2 napon belül rendessé válik, a kísérőtünetek megszűnnek. A betegség legelején adott sulfaguanidin a nagy vízveszteségnek és a toxikus tüneteknek a kifejlődését meggátolja. Káros mellékhatást a szer alkalmazásával kapcsolatban nem láttunk.

A Kútvölgyi Tüdőszanatórium közleménye. (Igazgató főorvos: Szél József.)

Filaria sanguinis esete.

Irta: *Szél József dr.*

Hazánkban emberi filariasisról szóló közlemény 2 jelent meg. Egyik 1930. évben *Neuber* Ede professzor tollából, aki filaria sanguinis hominis Bankroftit talált a debreceni bőrgyógyászati klinikán. A másik közlemény 1932. évben *Bokrétás* Andrástól származik a pécsi belklinikáról.

Mi esetünket 1938 májusában észleltük.

K. M. 28 éves hajadon, gyári munkásnő. Budapest közelében a Duna mellett lakik. Pár év óta gyengének érzi magát, ezen idő óta 8—10 kilogrammot soványodott, s azóta sápadt az arcszíne. Állandóan Budapest mellett tartózkodott, lakóhelyét nem változtatta. A kútvölgyi szanatóriumba 1938 április 23-án vettük fel. Közepesen fejlett csont- és izomrendszerű, gyengén táplált nő. Sápadt arcszínű, nyálkahártyák anaemiásak, sclérák subictericusak. Nyelv síma, hasonlít az anaemia perniciosás nyelvhez. Nyelvégésről nem panaszkodik, lép, máj nem tapintható. Hasban kóros resistentia vagy érzékenység nem tapintható. Tüdőcsúcsok felett pár száraz pattogás hallható. Röntgen-felvételen mindkét tüdőcsúcs közepes intesitású, köteges árnyékoltságot mutat. Szíven kóros eltérés nincs. Idegrendszer ép. Láztalan. Vizeletben semmi kóros nem talál-

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Anyagvétel parasitologiai vizsgálatra és az eredmény értékelése.

I. MALÁRIA.

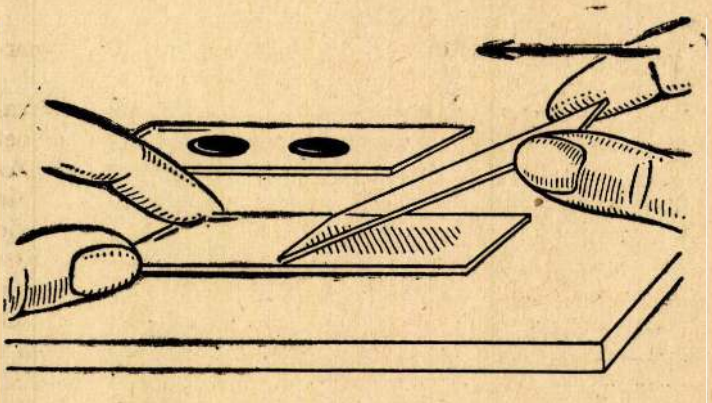
A gyakorlóorvos részére a laboratóriumi vizsgálatok részleteiből két kérdés fontos. *Milyen anyagot küldjön be vizsgálatra és mire értékelje az eredményt?* A parasiták által okozott betegségek felismerése terén különösen fontos a vizsgálat, hiszen e betegségek változatos megjelenési helye és módja sokszor lehetetlenné teszi a felismerést pusztán a tünetek alapján. A parasita kimutatása nemcsak elméleti jelentőségű, hanem a betegség sarokpontja, mert éppen a parasiták ellen ismerjük a legjobb fajlagos gyógyszereket, de éppen ezek fajlagossága miatt van szükség a parasita fajának biztos és pontos megállapítására.

A malaria három betegség gyüjtőneve és ha klinikailag nehéz is elválasztani egymástól a háromféle *plasmodiumot*, azok sok tekintetben, így a gyógykezelés és prognosis szempontjából is különböznek. Az alkalmas vizsgálati anyag is más a három betegségben. A harmadnapos, úgynevezett jóindulatú malaria (malaria tertiana) friss esetben biztosan kimutatható a vérben. A negyednapos (malaria quartana) már néha negativ eredményt ad, egyszerű kikent készítményben (strich-ben), mivel a betegség elején vagy végén igen kevés plasmodium lehet a vérben. *Malaria tropicában* a plasmodiumok gyűrűi csak a lázroham táján vannak a vérben, a gametocyták megjelenése pedig rendszertelen. *Chronikus malariában* a vérben rendesen kevés a plasmodium és azok is csak időszakosan jelennek meg. Célszerű tehát elkészülni ezekre a lehetőségekre. Lehetőleg lázroham idején vegyünk vért. Közvetlen előtte, vagy néhány órával utána még megfelel; csak ha malaria tropica valószínűtlen, vehetünk bármikor vért. Malaria tropica nálunk az északkeleti országrészben, különösen a Felső-Tisza és Szamos vidékén gyakori. Előfordulásának ideje a késő nyári és őszi hónapokra esik. Ilyen vidéken ősszel, vagy, ha a lázrohamok szabálytalanok, a láz elhúzódó, tehát a tünetek szokatlanok, ragaszkodjunk a vérvételhez a lázroham táján.

Ha a vérben sok a plasmodium, gyors és megbízható a diagnosis az egyszerű kikent készítményben, ha azonban a vérben csak kevés a plasmodium, *megnyugtató negativ leletet csak vastagcsepp alapján várhatunk.* A vastagcsepp ugyan csak igen gyakorlott vizsgáló kezében alkalmas anyag, de a hozzáértő ezzel is sok időt és munkát megtakaríthat. Vastagcseppben 3—5 perc alatt körülbelül annyi vért lehet áttekinteni, mint kikent készítményben félóra alatt. Enyhén fertőzött esetekben sokszor csak a vastagcsepp alapján állítható fel diagnosis.

A vérvétel szabályai eléggé ismertek. Malariavizsgálatra célszerűbb a fülcimpából venni vért, mint az ujjhegyből. A bőr letisztítására legalkalmasabb a benzin. Csak akkor szúrjunk be, ha a mosó folyadék már elpárolgott. A beszúrásra legjobban bevált a rugóval működő Franke-lándzsa. Ha tűvel szúrunk, válasszunk kétélű, laposvégű tűt, ennek sebzése megfelelőbb, mint a közönséges tű kerek sebzése. Az első vércseppet töröljük le száraz vattával. A második megjelenő vércseppből készítsünk kikent készítményt, a következőből vastagcseppet. Célszerű egy harmadik lemezt is tartaléknak kikenni. A laboratóriumban is történhet hiba a festéskor, mikor a tartaléklemezek haszna felbecsülhetetlen. Ha a seb már nem vérzik, bealvadt, ne szúrjunk be újra, hanem a sebet száraz vattával jól ledörzsölve, újból megindíthatjuk a vérzést.

Kikent készítmény akkor szép és jó, ha csak kevés vért használunk, azaz kis cseppet veszünk. Csak jól zsírtalanított lemezeket használjunk. Ha a lemez nincs zsírtalanítva, alkohol-aetherben, vagy aether-chloroformban zsírtalaníthatjuk, de megfelel a tiszta lemez áthúzása Bunsen- vagy borszeszlámpa lángján is. A zsírtalan lemezt csak a sarkainál érintsük. A vércseppet a lemez harmadára vesszük, akár úgy, hogy a vércsepphez érintjük, vigyázva, hogy a bőrhöz ne érjen, akár úgy, hogy egyik lemez élével vagy sarkával vesszük le a cseppet és úgy helyezzük a másikra. A kihúzás akkor sikerül, ha begyakorlott mozdulattal végezzük. A lemezt helyezzük asztalra. A másik lemez élét illesszük a vércsepphez arról az oldalról, ahol a lemezen több a hely, tehát amerre a vért ki akarjuk húzni. A lemez körülbelül 45 fok szögben boruljon a vércsepp fölé, ekkor a vér a két lemez alkotta szögben szélesen kihúzódik. Mihelyt a vércsepp körülbelül 1 cm szélességben a szögletben szétfolyik, kezdjük a kihúzást. Ne várjuk meg, míg a lemezek oldaláig ér a vér, mert a lemez szélén a vér nem vizsgálható jól. A kihúzás *lassú, egyenletes mozdulattal nyugodtan történjék.* Ha túl gyorsan húzzuk, vastag lesz a kiterülő vérréteg, ha nagyon lassan mozdítjuk a lemezt a vér jól követi az előretolódó lemezszögletet és igen vékony réteg terül csak ki. Helyes a kihúzás akkor, ha egyenletes, igen vékonynak látszó réteget kapunk éles széllel és egy színes gombostűfejnyi vérből a tárgylemez felét elfoglaló készítményt nyerünk, melynek vége a lemez vége előtt fokozatosan szűnik meg. A leggyakoribb hiba az, hogy az orvos sok vért vesz, melyet nem tud vékonyan kiteríteni. Az egész lemez vastagon vérrel borított és festve áttekinthetetlen vastag és sötét.



Kikent készítmény és vastagcsepp

Vastagcsepp számára a lemez közepére helyezzünk egy kövér vércseppet. Ezt eredeti nagyságának kétszeresére terítsük ki másik tárgylemez sarkával vagy tűvel. A jó vastagcsepp szétterülő, kerek, de a vértestek több rétegben vannak egymás felett. Két hiba szokott előfordulni. Túlvastag, ki nem terített vércsepp beszáradva lepattogzik a lemezről vagy a kiterítés túlzott és a vékony vérréteg nem nyujtja már a vastagcsepp igazi előnyeit, hogy ú. i. egy látótérben egyszerre sok vér tekinthető át.

A vérkészítményeket a levegőn hagyjuk száradni. A kihúzott készítmény pillanatok alatt megszárad, de a vastagcsepp nedves, hűvös időben sokszor csak 10—20 perc alatt szikkad meg teljesen. Legjobb a beteget odaültetni, hogy vigyázzon rá és legyezze, míg megszárad. A vigyázat indokolt, mert nyáron a legyek előszeretettel eszik fel a lemezről a vért és nem egyszer előfordult, hogy a kint felejtett vérkészítményről a legyek minden vörösvértestet felettek és a beküldött készítményben egy sem maradt. A legyeken kívül a készítményt a behulló por és piszok ellen is védjük. Legjobb a lemezeket száradás után azonnal a tartányba helyezni. A megszárított készítménnyel az orvosnak több dolga nincs, fixálása és festése ráér a laboratóriumban. Hővel szárított vagy különféle vegyszerekkel rögzített készítmények vagy nehezen használhatók vagy sehogy. Rögzített vastagcseppből már nem lehet a haemoglobint kivonni.

A megfelelő csomagolásban részletesen kitöltött kísérőírással küldjük a vérkészítményeket, különösen vigyázva arra, hogy a törékeny üveglemezek a szállításnál porrá ne törjenek. Nem ritkán csőben alvadt vért is beküldenek malária gyanujával, pedig a nedves vérlepényben rendesen már annyira halad a bomlási folyamat, hogy a plasmodium kimutatása a lepényből készített kenetben csak ritkán sikerül.

A vérvizsgálat eredménye heveny malariában lázroham idején vett vérből teljesen megbízható kórjelzést biztosít. Kivétel csupán a betegség első-második napja, mikor még igen kevés lehet a plasmodium és csak a vastagcseppben várhatjuk megtalálásukat. Kevés és degenerált plasmodium van a vérben, ha a beteg a vérvétel előtt néhány nappal malariaellenes gyógyszert szedett. Chinin vagy atebrin után az esetek nagyrészében a plasmodiumok már a második-harmadik napra eltűnnek a vérből. A gametocyták ugyan megmaradhatnak, de megjelenésük szeszélyes. A plasmodiumokra salvarsan-, sulphanylamidkészítmények s más gyógyszerek is hatnak, úgyhogy ilyenek után a vérvizsgálat kevésbbé megbízható, mint egyébként.

Malaria quartanában rendesen kevés a vérben a plasmodium, vastagcsepp készítése mindenkor indokolt. Malariás beteg szervezetének védekezése egyre eredményesebb és minél több lázroham zajlott le, annál kevesebb lesz a vérben a plasmodium. Hosszas betegség végén, ismételt visszaesések idején csak kevés plasmodiumra számíthatunk. Ha kevés plasmodiumra van kilátás, inkább két vastagcseppet küldjünk be mint egyet sem.

Bármennyire megbízható a vérvizsgálat általánosságban, mégsem kizáró értékű a negativ lelet. Resistensebb egyénekben hosszas betegség, számos előzetes roham, gyermekkori malaria, stb. után különösen malaria tropica és quartana-ban előfordulhat, hogy még a gondos és elegendő vérrel megejtett vizsgálattal sem található plasmodium. Lázmentes időszakban chronikus malaria aequivalensek (görcsök, periodikus neuralgiák, etc) esetében pedig a vérvizsgálat lehet negativ, mert a vérben csak kevés a plasmodium vagy éppen a vérvétel idején nincs. A vizsgálat ismétlése tehát ilyen esetben indokolt. Ilyenkor támpontul szolgál a qualitativ vérkép.

A vérkészítményben végzett közvetlen plasmodiumvizsgálaton kívül csupán egy *serologiai reactio* használható a malaria megállapítására. A *Henry*-féle ú. n. melanoflocculatio azonban nem specifikus, bár megbízhatósága 90% körül mozog. Mégsem vált be a gyakorlat számára, mert csak arról ad felvilágosítást, hogy az egyén maláriával fertőzött, de hogy tünetei összefüggnek-e ezen fertőzéssel, arra csak a plasmodiumkép értékesíthető. A melanoflocculatio bonyolultsága miatt nem terjedt el, nálunk egy laboratorium sem végzi.

Ha alapos a gyanu malariára és az ismételt vérvizsgálat is negativ, szóbajöhet provocatio vagy csontvelőpunctio. A provocatiót többféle anyaggal végezhetjük, legjobban ajánlható kis adag adrenalin vagy Salvarsan. 2 óra mulva vesszük a vizsgálatra a vért. Csontvelőnyerésre legmegfelelőbb a sternumpunctio *Arikin* által ajánlott egyszerű módja. Ezek az eljárások inkább csak kórház, klinika számára valók.

Makara György dr.
Orsz. Közegészségügyi Intézet.

K-vitamin a sebészetben.

A K-vitamin felfedezése előtt az elzáródásos sárgaság műtétje sok gondot okozott a sebészeknek a vérzékenység miatt. Műtét alatt nehéz volt a vérzés csillapítása és gyakori volt az utóvérzés, hasfali vérömleny. A K-vitamin élettani szerepének tisztázása óta ez a kérdés megoldottnak tekinthető. Az elzáródásos sárgaság azért okoz vérzékenységet, mert ilyenkor a K-vitamin nem tud felszívódni és így az alvadáshoz nélkülözhetetlen prothrombin képződése hiányos vagy teljesen meg is szűnik. Az alvadáshoz tudvalevőleg prothrombin, thrombokinase, calcium és fibrinogen szükséges; bármelyik hiányzik ezen anyagok közül, a vér nem tud megalvadni, ezáltal a legkisebb trauma okozta vérzés nem csillapodik; ha pedig nem hiányzik valamelyik tényező, de mennyisége megcsökken, akkor a véralvadás elhúzódik. K-vitamin hiánya esetén a vér prothrombintartalma megcsökken. A prothrombin a májban képződik; ép májfunctio is szükséges a prothrombin termelődéséhez. A prothrombin megcsökkent mennyisége tehát két okból jöhet létre:

1. K-vitaminhiány.
2. Rossz májműködés.

Miért okoz a sárgaság K-vitaminhiányt? A természetben előforduló K-vitamin zsírban oldódó anyag, tehát felszívódásához epére van szüksége. Elzáródásos sárgaságban epe nem kerül a bélbe. Érdekes, hogy ellentétben más vitaminokkal, táplálkozási okból nem jöhet létre emberben K-avitaminosis. Ennek az az oka, hogy a bélben levő coli-bacillusok nagymértékben synthetisálják ezt a vitamint. Kivétel az újszülött, belében még nincs colibacillus s így az újszülöttek haemorrhagiás diathesisét táplálkozási okból létrejövő K-vitaminhiány okozza; az újszülöttnek nincsenek K-vitaminraktárai, a tejben pedig igen kevés a K-vitamin. Valóban minden új-

szülött physiologiás K-vitaminhiány állapotában van; vérük prothrombintartalma csak 40%-a a normalisnak. Felnőttön azonban K-vitaminhiány táplálkozási okból nem jöhet létre, mert a colibacillusok annyit termelnek, amennyi bőven elég a szükséglet fedezésére. Hogy a colibacillus K-vitamin synthesisére képes, azt abból is láthatjuk, hogy ha valaki K-vitamin mentes étrenden él, tehát parajt, paradicsomot, borsót, répát, májat, tojást nem fogyaszt, akkor is a székletben jóval több K-vitamin található, mint pl. a parajban, mely a legbővebb növényi forrás. Felnőttön csak akkor kerül K-avitaminosisra sor, ha a felszívódás zavara áll fenn. Ennek leggyakoribb oka az elzáródásos sárgaság; ritkább okok: epesipoly, mikor szintén nem kerül epe a bélbe, továbbá pankreasbetegségek, melyek a zsírfelszívódás zavarával járnak és bélhurut, amikor a gyors peristaltika miatt nincs ideje a zsíroknak és velük a K-vitaminnak felszívódni.

K-vitaminhiányra a vér csökkent prothrombintartalmából lehet következtetni, ha ép a májműködés. Ez utóbbiról egyszerűen lehet meggyőződni: ha K-vitaminra emelkedik a vér prothrombintartalma, akkor a májműködés súlyosabb zavara kizárható. A K-vitamin direkt kimutatása a vérben még nem lehetséges. A prothrombintartalom kimutatásának egyik módszere abban áll, hogy thrombokinasét teszünk a vérhez, az ilymódon megrövidített alvadási időt mérjük; egészségestől származó vérrel összehasonlítást végzünk. Vizsgálataink szerint a disznó- és borjútüdőből nyert thrombokinase alvasztó hatása annyira állandó, hogy a normalis controll elhagyható. A disznótüdőnél mindig 15—21 mp-t, a borjútüdőnél mindig 19—25 mp-t találtunk. Elzáródásos sárgaság esetén ezek az idők lényegesen megnyúlnak: 40—60, 150 mp-t találunk. A szokásos módon mért alvadási idő még normalis lehet, mikor a prothrombin-idő már erősen meghosszabbodott; az alvadási idő csak akkor nyúlik meg, mikor a vér prothrombintartalma már $^1/_8$—$^1/_{10}$-ére csökkent.

Az elzáródásos sárgaság 2—3. hetében szokott a vér prothrombintartalma erősebben csökkenni; tehát mire a beteg műtétre kerül, már vérzékeny. Ha a vér prothrombintartalma 40% alá csökken, akkor a legkisebb behatásra: befecskendezések körül a felkar leszorítása helyén nagy, 5 pengősnyi, tenyérnyi haematomák keletkeznek. Ha pedig 25% alá csökken a prothrombintartalom, akkor spontán vérzések keletkeznek: orr-, foghús-, gyomorbélvérzések; ezek a sárgaságos vérzések jólismertek, súlyos méreteket ölthetnek K-vitaminra nyomban megszünnek. Pontszerű vérzések nem jellemzőek a K-avitaminosisra.

A K-vitamin felfedezése előtt vértransfusióval igyekeztek a műtét előtti vérzékenységet csökkenteni. Ennek volt is némi hatása; ilymódon ugyanis a vért adó prothrombinjának egy része került a beteg keringésébe s így a hiányt részben átmenetileg pótolni lehetett. K-vitamin adagolására azonban a máj elkezd prothrombint termelni. Érdekes, hogy bármily nagyfokú prothrombinhiányt egyetlen 20 mg-os K-vitamin adag 10—12 óra alatt teljesen megszüntet: a prothrombintartalom a normalisra emelkedik. Mindamellett műtéti előkészítésként 4—5 nappal a műtét előtt naponta adunk 20 mg K-vitamint intramuscularisan. Intravenásan felesleges adni. A K-vitamin szájon át is hatásos, de mégsem adjuk így, mert az icterusos beteg sokszor hány, hasmenése van és így a felszívódás bizonytalanná válhatik.

Nagy lépést jelentett, mikor a természetes zsírban oldódó K-vitaminnal egyező hatású vízben oldódó K-vitamint sikerült előállítani: a methylnaphthochinondisuccinatot. A zsírban oldódó készítmény ugyanis befecskendezésre sokszor fájdalmat okozott, szájon át pedig csak epesók egyidejű adagolásával lehetett alkalmazni. A vízben oldódó K-vitamin befecskendezve fájdalmat nem okoz és szájon át egymagában, epesó nélkül adható. Ezzel mintegy megelőztük a természetet: ha ugyanis vízben oldódó K-vitamin is előfordulna a természetben, akkor az ember nem is kerülhetne K-vitaminhiány állapotába, mert az sárgaság esetén is fel tudna szívódni. Ilyen készítmények: Vitaplex K (Chinoin) 10 mg-os ampullák és tabletták; Vitakolan (Richter) 12 mg-os ampullák és 5 mg-os tabletták, Synkavit (Hoffmann La-Roche) 10 mg-os ampullák és tabletták, stb.

Műtét után 2—3 napon át még folytatni kell a befecskendezéseket, mert a prothrombintartalom sokszor átmenetileg még csökken olyankor is, amikor a műtéttel sikerül az epeelzáródást megoldani. Valószínűleg a thronbusképződéshez használódik el sok prothrombin.

Más eredetű vérzések ellen a K-vitamin hatástalan. Műtéti előkészítésül tehát kizárólag elzáródásos sárgaság és epesipoly eseteiben kell adni, ilyenkor hatása gyors és teljes, tehát nagy nyeresége a sebészetnek.

Góth Endre dr.

Megjegyzések dr. Orsó László a gyulladásos mandulák röntgentherapiája című közlésére.

(O. H. 38. sz.)

Orsó László dr. főorvos kolléga cikkében néhány olyan mondat látott napvilágot, ami egy teljesen nyugvópontra jutott kérdést állít előtérbe azáltal, hogy vélt versengést lát a kés és a röntgensugár közt. Csak saját szakmája szemszögéből nézve a dolgokat, helytelen végkövetkeztetésre jut s ezáltal hátrányos megvilágításba helyezi a sugaras-kezelést azokon a területeken is, ahol pedig létjogosultsága van.

A kés és a sugaras-kezelés közti versengés egy ideig fennállott talán, de csak a daganatos megbetegedések területén. Külföldön, de nem kisebb mértékben hazánkban is ma már teljesen kikristályosodottnak mondható elvek vannak s ezek minden tankönyvben feltalálhatók. Ma már versengésről szó sem lehet, mert az elhatárolt munkaterületeken békén működik egymás mellett, egymást segítve a kés és a röntgensugár.

Hasonlókép áll ez a mandulák röntgenkezelésére is. Világosan látjuk ma, hogy röntgenologusok sohasem akarták a tonsillektomiás műtétek helyett a röntgensugaras megoldást. Azonban vannak olyan esetek, mikor a műtét kivihetetlen, s ez esetekben a röntgensugaras megoldás, mint egyetlen célszerű beavatkozás, nélkülözhetetlen. Áll ez csak azokra az esetekre, mikor a panaszok kizárólag *hypertrophia* következményei. Mindazon esetekben, mikor a tonsillákban detritus található, tehát joggal tételezhető fel, hogy a szóbanforgó tonsilla focalis infectio forrása, az oki kezelés a góc eltávolítása, tehát a tonsillektomia lesz célravezető. Nincs röntgenologus, aki ilyenkor a sugaras-megoldást java-

solná, aminthogy appendicitis esetén sem javasoljuk a lobcsökkenő sugaras-kezelést, hanem az appendektomiát. A hypertrophiás mandulák röntgenkezelése pedig ma, amikor közlemények tömege szól a különféle szövetek pontosan meghatározott sugárérzékenységéről, szakröntgenologus számára nem lehet probléma. Tudjuk, hogy a lymphoid szövet egyike a legérzékenyebbeknek s a mai besugárzási technika mellett káros mellék vagy utótünetekkel számolnunk nem kell. Ha ilyen mégis előadódik, az csak a helytelen technika rovására irandó, aminthogy nem lehet a tonsillektomiát elvetni azért, mert utána egyeseken torokszárazság lép fel s marad vissza egy életen át. E sorok írója sebészeti gyakorlóidejét egyik nagy klinika gégészeti rendelésén töltötte s még jól emlékszik rá, mint álltak sorba az Inj. Extr. Tonsillarum. Richter készítménnyel kezelésre várva a párhónappal előbb tonsillektomisált betegek.

Amint mondtam, tehát a javallat adva van. Besugárzásra alkalmas a tonsilla: 1. hypertrophia, 2. hyperkeratosis eseteiben, ha a műtét nem javallt, továbbá diphteria bacillusgazdaság esetében mindenkor.

Magától értetődő, hogy a focalis infectio forrása legfeljebb zsugorodhat, de meg nem szünhet a sugárkezelés után s így ezt, mint oki kezelést, röntgenologus nem javasolhatja, nem is javasolja.

Kétségtelen az is, hogy a test besugárzásakor feltételezhetően keletkeznek nem specificus olyan anyagok, amik a szervezet immunitását fokozhatják, ezért egymagában azonban még soha senki röntgenbesugárzást nem végzett.

Ami a közlött eseteket illeti, a statisztika legelemibb szabálya az, hogy kis számoknak nincs átlaga. 4 (négy) esetből tehát következtetést vonni nem lehet, de nem is szabad. Az elmondottak alapján világos, hogy a szóbanforgó esetekben nem volt a röntgenkezelésnek komoly indicatiója. A kezelés után fellépett torokszárazságról már szóltam s még csak annyit, hogy jó magam sokszáz gége, tonsilla és szájüregi carcinomás sugárkezelése alatt a Rókus- és Rádiumkórházban olyan adagoktól, amik a tonsillák besugárzására szóbajöhetnek, egyszerű fractionáló vagy protrahált-fractionált kezelések esetén nyálképződés kimaradását sohasem láttam. Mentségül szolgálhatna az, hogy a közlés szerint 10 éves anyagból készült a közlemény, tehát elképzelhető, hogy egy vagy kettő 10 évvel ezelőtti eset. Bár akkor is nagyobb, szakorvos vezetése alatt álló intézetben, már a mai technikát alkalmazták csaknem kivétel nélkül. A közleményből az látszik kitünni, mintha a 25 éves nőn a besugárzás és a későbbi tályog közt valami összefüggés forogna fenn, holott ennek sugárbiologiailag semmi konkrét alapja sincs. Hasonló az eset a 28 éves asszonynál is, ahol semmi bizonyíték sincs arra vonatkozólag, hogy a kezelés nélkül is nem súlyosbodtak volna-e a panaszai. Ami a többi két beteget illeti, a röntgen-sugárzásról azt írni, hogy a kezelés dacára is kiújult a mandula gyulladásuk, épolyan, mintha azt írnám, hogy tonsillektomia dacára is pharyngitisük lépett fel, aminthogy az egészen hétköznapi és gyakori eset. A besugárzott tonsilla épúgy eshet áldozatául valamely a Waldeyer-gyűrűre localisált gyulladásnak, mint ahogy ez fellép tonsillektomisalt betegeken is. Természetes dolog, hogy akik focalis infectiós gócuktól megszabadíttattak, panaszmentesek, mint ahogy panaszmentes lesz a helyesen besugárzott tonsilla-hypertrophiás beteg is.

Pár esetből nem lehet végleges következtetést levonni s a gyulladásos mandulákat, továbbá sokizületi gyulladást a tonsillák besugárzásával meggyógyítani mi nem akarunk. Az azonban kétségtelen, hogy a röntgensugár sokszáz közleményben leírt gyulladáscsökkentő hatása itt is értékes segítséget nyujthat, hogy az arra megérett tonsilla mihamarabb kidobassék a megbetegített szervezetből.

Meg kell jegyeznem még azt is, hogy az a félmondat, mely arra mutat, mintha a besugárzás után annak következménye lett volna az összenövés és erős vérzés, szintén nem állhat meg. Maga Eiselsberg is kénytelen volt revideálni és visszavonni a besugárzott thyreoideák szakadékonyságáról és vérzékenységéről előbb vallott nézeteit; a hangsúly itt a helyes technikán van ismét. Magam többször ajánlottam fel gégészkollégáimnak, hogy válogatás nélkül besugárzott, illetve be nem sugárzott anyagból jelöljék meg, melyiken tapasztaltak vérzékenységet, összenövést, hogy ezt a kérdést tisztázzuk, de eddig egyik sem akart erre a kísérletre vállalkozni. Ilyenformán elmondhatjuk, hogy a besugárzott tonsillák vérzékenyebb voltával épúgy vagyunk, mint *Loebell* a röntgenkezelés eredményeivel.

Mindezeket azért kellett elmondanom, mert mind nagyobb számban jelennek meg nem szakröntgenologusok tollából cikkek, melyek olyan színben állítják be a sugaras-kezelést, mintha az csalódások sorozatát váltaná ki. A helyzet az, hogy mindez nem áll meg, ha helyesen megválogatott eseteket adunk sugárkezelésre, aminthogy nem fordul elő ilyesmi sugártherapeuták által vezetett intézetekben. Másfelől pedig naponta észleljük, hogy a sugárkezelésre adott esetek nemcsak hogy inoperabilisak, de teljesen reménytelenek s az ilyen eseteket szembeállítva a gondosan kiválogatott operált esetekkel, természetszerűen a sugártherapia kedvezőtlen megvilágításba kerül.

Zsebők Zoltán dr.,
áll. kórházi főorvos,
Beregszász.

Kérdés — felelet!

Kérdés. Icterusos betegem Wassermann: ++++. Eldönthető-e s miképp: lues vagy icterus adja a Wassermann positivitást?

Felelet: Icterus esetén a Wa. r. positivitása egyéb adat nélkül és egyszeri vizsgálat alapján nem értékelhető.

Icterus lues nélkül is positivvá teheti a Wa. r.-ót, de fordítva az is előfordulhat, hogy előzőleg positiv Wa. r. a sárgaság folyamán negativvá válik. Adott eset megítélése csak az összes vizsgálati adatok birtokában lehetséges.

Fontos támpontok:

1. Luesre vonatkozó anamnestikus adatok.

2. Luesre valló egyéb vizsgálati leletek jelenléte vagy hiánya.

3. A Wa. r. vizsgálat a sárgaság lezajlása után megismétlendő. Ha akkor is positiv marad, akkor luest bizonyít.

4. Ha sárgaságos beteg vérében csak a Wa. r. positiv, de a csapadékos reactiók (Kahn, citochol, Meinicke stb.) negativok, ez inkább nem specifikus kötés mellett szól.

Boros prof.

ható. Vörösvértestsüllyedés egy óra alatt 87 milliméter, 2 óra alatt 119 milliméter, 24 óra alatt 148 milliméter. Vörösvértestszám 2,700.000, Hg. 64%, f. i. 1.1, Fvs. 8000, Schilling Eo. 2. Ba. 1., Ju. 0, St. 3, Se. 63, Mo. 2. Ly. 29%.

A vérképben a mikrofotogrammon látható filariákat találtuk. Dacára annak, hogy több ízben a leggondosabban kerestük, összesen 2 mikrofilariát tudtunk találni 2 napos időközben. Az egyik, amint az ábra mutatja, órarúgószerű alakot mutat, a másik mindkét végén behajlított, nagyjában sósperec alakot mutat. A mikrofilariák hosszúsága 42 mikron, vastagsága 1 mikron.

1. ábra.

A talált mikrofilariák minden tekintetben megegyeznek a Bokrétás által a pécsi belklinikán találtakkal.

Esetünkben a mikrofilaria betegítő hatása nem volt kifejezett. Véleményem szerint a tüdőgümőkór által legyengített szervezetben emberre nem pathogén állati filariás fertőzésről van szó.

A beteg tüdőbetegsége miatt egy év mulva újra felkereste intézetünket. Tüdőlelete ez idő alatt nem változott lényegesen, filariát ekkor már kimutatni semmiképpen sem sikerült.

1939 óta a beteg hollétét nem sikerült felfedezni, sorsáról adatok nem jutottak tudomásomra.

Novák Rudolf és Társa kiadásában megjelent

ORVOSI MŰSZÓTÁR

Szerkesztette: dr. TORDAY FERENC c. tan.

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

Az 505 oldalas munka ára 16.— pengő.

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET.

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

1932-től 1940-ig észlelt 56 gyomor és nyombélfekély átfúródás az aacheni városi kórház sebészeti klinikáján. *P. Schendzielorz.* Bruns. Beitr. 172. 1. A klinikán észlelt 56 eset tanulságát a következőkben foglalhatjuk össze: 1. a műtéti halandóság a fekélyek elvarrásánál határozottan kisebb, úgyhogy egyéb irodalmi adatokkal egyetértve, lehetőség szerint ezt az eljárást kell választanunk. 2. a secunder gyomorresectio kedvező erdményeket ad. 3. a betegek legnagyobb része hosszú ideig panaszmentes és munkaképes marad. (G. 36.)

Szabolcs Zoltán dr.

A supracondylär felkartörések kezeléséről. *P. Kyrle. J. Poppovic.* Bruns Beitr. 172. 3. A szerző 122 supracondylär felkartörésről számol be. Százszázalékos statisztikát közöl a gyermekkori és a felnőtt. valamint a férfi és női törések előfordulásáról és azok gyógyulási eredményéről. Elsősorban a konzervativ kezelést ajánlja és csak egész ritka esetekben folyamodik a Kirschnerféle drotextensióhoz. Gyógyulási eredményei, mivel csaknem minden esete gyermekekre vonatkozik, a mozgásképesség és a késői munkaképesség szempontjából, igen kielégítőek. (G. 37.)

vitéz Lázár Dezső dr.

A végbélrák gyógyulási esélyei, különös tekintettel a végbélamputatióra — 569 megfigyelés alapján. *S. Schmincke.* Bruns. Beitr. 172. 3. Szerző ismerteti a betegek nem és kor szerinti megoszlását, a betegség prognosisát, a beteg korа, a rák helye alakja és szövettani szerkezete alapján. Végeztek sacralis és abdominosacralis resectiót, valamint sacralis és abdominosacralis amputatiót s a műtéti halálozást és késői eredményeket e csoportok szerint is összeállítja. Összehasonlítja eredményeit az irodalomban ismertetett eredményekkel. Az egyetlen sikerrel bíztató eljárás a gyökeres műtét, amíg tehát a beteg operálható, a sugaras kezelés elvetendő. A resectiót a műtét nagysága és kellemetlen utókövetkezményei miatt rosszabbnak tarja az amputatiónál. Adatai szrint a sacralis amputatió műtéti halálozása fele a kombinált amputatiónak, a kiújulás veszélye viszont az abdominosacralis eljárásnál látszik kisebbnek. A klinikát felkereső betegek fele inoperabilis, legtöbbször a betegek hibájából. A rák előrehaladottsága szempontjából 4 csoportba osztja a betegséget. A késői szakban operáltaknál a műtéti halálozás és a rák kiújulása kétszer olyan nagy, mint a korán operáltaknál. Végleges gyógyulás a műtétek 10%-ában várható. (G. 44.)

Kazár György dr.

A spina bifida occulta jelentősége az ajak-, állcsont-, szájpadhasadék öröklése szempontjából. *Schröder és Hillenbrand.* Arch. f. klin. Chir. 203. 2. Az ajak-állcsont-, szájpadhasadékot más meglevő fejlődésgátló gének könnyebben és gyakran manifesztálják. Az esetek 10—30%-ában található egyéb kísérő fejlődési rendellenesség. Farkastorkosoknál a rejtett gerinchasadék kétszer olyan gyakran fordul elő, mint egyéb embernél. (G. 45.)

Ifj. Bakay Lajos dr.

Rendeljünk

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

SZITMALTIN-t

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

DEMALTOS-t

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

MALTOSIT-ot

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

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

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

BÉHEXOS: CUKORINJECTIO B_1-VITAMINNAL
„CERTA" GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R.T. BUDAPEST

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

A szemfenék megbetegedése tüdőtuberculosisban. *Reiser és Schulte-Tigges.* (Graefes A. f. O. 144. 573. 1942.) 630 tüdőbeteg férfinél végeztek vizsgálatokat, akiknek a tüdőelváltozásokon kívül más betegsége nem volt. Kizárták az idősebb és rövidlátó betegeket is, mert ezek az állapotok szemfenéki elváltozásokkal járhatnak. 306 esetben (44.6%) találtak szemfenéki elváltozásokat u. m. gyógyult és friss choridoiditis, retinitis, papillitis, iritis utáni állapot. A szemfenéki elváltozások főképen a peripheriás fundusrészeken voltak és a lefolyás valamennyi esetben latens volt. 300 szemfenéki elváltozást mutató beteg közül csak egy panaszkodot látászavarról. Az elváltozások általában enyhék voltak és az erek körül csoportosultak. A talált elváltozásokat a szerzők »abortiv metastasisoknak« tartják. (30.)

Radnót Magda dr.

A szem mélyebb részeinek réslámpa vizsgálata kontaktüveg nélkül. *Hrubay.* (Kl. Mbl. f. Augenheilkl., 108. 195—200.) Ezeknél a vizsgálatoknál általában két fő akadályt kellett leküzdeni: 1. A szokásos réslámpa berendezéseknél nem lehet elég kicsire venni azt a szöget, melyet a megvilágítást szolgáló fénynyaláb és a megfigyelés iránya bezár. 2. A mikroszkóppal csak olyan tárgyakról nyerhetünk éles képet, melyek legfeljebb az objektiv gyujtótávolságában vannak. Koeppe volt az első, aki ezt a kérdést megoldotta. Az első néhézséget egy ezüst tükör segítségével küzdötte le (ezzel a fényt megfelelő kis szög alatt tudta bevetíteni). A második akadályt egy erősen negativ fénytörésű kontaktüveg segítségével küszöbölte ki. Koeppe berendezését többen módosították (Kleefeld, Lopez, Lindner). A legjobb megoldás a Haag-Streit cég által gyártott legújabb típusú réslámpánál találjuk. Itt a réskarra a kívánt vizsglatkor egy úgynevezett »redukciós prizma,« kapcsolható rá. Ezzel a kívánt kis szög könnyen elérhető. A kontaktüveg alkalmazása azonban itt is sok nehézséget okoz (ideges egyéneknél, gyermekeknél vagy, akik a becseppentett érzéstelenítőt rosszul tűrik). A szerző a kontaktüveg elkerülése végett azt a szellemes megoldást ajánlja, hogy egyszerűen egy —55 oD-ás üveget (gyártja a Busch cég) megfelelő keretben, helyezzünk a vizsgálandó szem elé. Ezzel az aránylag egyszerű berendezéssel a kontaktüveg okozta sok kellemetlenség elkerülhető. (26)

Báthory Zoltán dr.

LIQUOR **HYPNOBROMID**
Kellemes izű hypnoticum és sedativum
Összetétele evőkanalanként: Aethylmorphin hydrochl. 0.005 gr Codeinum hydrochl. 0.01 gr Paraldehyd 0.50 gr Natr. bromatum 0.75 gr aromás syrupban
PRIMOVEROL
FORTE — MITE az ideális expektorans
hatása négy-ötször erősebb a senegánál, illetve az ipecacuanhanál.
MABI, Szőv. S. A. terhére szabadon rendelhető
SZENT PÉTER GYÓGYSZERVEGYÉSZETI LABORATÓRIUM
Budapest, V., Pozsonyi-út 1 Telefon: 121—547

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő.*

A szájnyálkahártya impetigoja. *Müller H.* (Dermat. Wschr. 115. 30.) Másfél éves gyermek alsó ajkán, az arcon egyidejűleg jelenlevő impetigohoz hasonló pustulák, melyekből stahpylococcus volt kitenyészthető. Állatkísérlet és a klinikai kép alapján virus betegségek kizárhatók, másrészt a bőrjelenségekhez való hasonlatosság és a mindkettőből kitenyésztett staphylococcusok igazolták, hogy a szájnyálkahártya impetigojáról van szó, mely a nyálkahártya fokozott védekezőképessége folytán igen ritkán fordult elő. (Sz. 31.)

Kertész Tivadar dr.

Léteznek-e gyógyszerálló gonoccus-törzsek? *Krantz W.* (Dermat. Wschr.) »Kezdetben egyesek tagadták, ma már általános felfogás, hogy minden sulfamidkészítménnyel szemben akadnak ellenálló gonococcus (gc) törzsek«, írták *Schreus* és *Schölzke.* Egyes kórokozók törzsei bizonyos gyógyszerrel újólag nem támadhatók meg, tehát ezen törzs megváltozott. Ez maradandó tulajdonság, ezt spirochaetákra vonatkozólag salvarsannal szemben nem sikerült kimutatni, de annál gyakrabban az egyén törőképességének csökkenését. Éppígy feltehető, hogy gonorrhoea esetében az egyén szervezetében rejlik a sikertelenség oka. Manapság azonban a szervezetre nézve könnyebben elviselhető készítmények vannak forgalomban, az eredmények is kielégítőbbek. Az elaprózott adagokra rosszabbak az eredmények, de hogy a gc-törzsek sulfamid-ellenállók lennének, nincs bebizonyítva. A szerző szerint a kudarc oka az emberi szervezetben rejlik s nem a gyógyszerben. (Sz. 40.)

Kertész Tivadar dr.

Papulosis miliaris. *Miescher G.* (Archiv f. Dermat. u. Syp. 182. 6). Négy eset kapcsán írja le az eddig le nem írt betegséget, melynek alapelemei a mellen és végtagokon sűrűn egymás mellé helyezett, kissé kiemelkedő, kicsiny kerek, barnás-vörös papulák, melyeknek felszíne lapos, sima, fénylő, középen olykor hámló. A papulák nem folynak össze, nem tüszőkhöz kötöttek, hanem a bőr feszülési vonalaihoz. A folyamat idült lefolyású, néha viszket. Szövettanilag a szemölcstesek gyulladásos, elfajulásos elváltozása; a kötőszövet megváltozik, a rugalmas rostok eltünnek, hámkárosodás és akanthosis lép fel. Hogy lerakodás betegsége-e, mint pl. az amyloidosis, nem tisztázott. *Gougerot, Carteaud* és mások írtak le hasonló de nem azonos betegségeket. (Sz. 36.)

Kertész Tivadar dr.

PEREMIN-CHINOIN
Rheumatikus izom- és izületi bántalmak histamin-kezelésére
Kenőcs Injectio Solutio

Neohexal

sec. sulfosalicylsavas hexamethylentetramin

a húgyutak coli-, strepto-staphylogen fertőzéseinél. E szer vizeletpangásnál (prostatitis), kőképződésnél és idegentest-cystitisnél is indikált.

Csomagolás: Üvegcsőben 20 drb 0.5 g-os tabletta

J. D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

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

Ovariogen megbetegedésekben:

METROKRIN

STILBOESTROL DR. WANDER
INJECTIO, DRAGÉE ÉS PÁLCIKA

Metrokrin kezelést mindig kis dózisokkal kezdjük!

A külső genitáliák helyi megbetegedéseinek (pruritus, kraurosis vulvae, fluor, erosio, stb.) kezelésére:

METROKRIN
VAGINALIS PÁLCIKA

Mintával, irodalommal készséggel szolgál:

Dr. WANDER gyógyszer és tápszergyár r. t. Budapest

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

A mellékvesekéreg összes kiesési tüneteinél

Syntheticus mellékvesekéreg hormon

D.O.C.A.

4 amp à 1 kcm 2 mg ..... P 10.—
4 amp à 1 kcm 10 mg ..... P 36.—
1 üveg 5 kcm 25 mg .....k. P 24.50

Addison-kór

Addisonismus: alacsony vérnyomással járó általános gyengeség

Hyperemesis gravidarum

Sokk: sebesülés, égés, fagyás és mérgezések következtében

Műtét utáni sokk

Mint adjuváns: fertőző megbetegedéseknél és toxicus táplálkozási zavaroknál

Mellékvesekéreg kivonat

CORTIN

"ORGANON"

1 üveg à 10 kcm ..... P 29.50

N.V. ORGANON
OSS (HOLLANDIA)

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

KÖNYVISMERTETÉS

Die acut entzündlichen Erkrankungen des Nervensystems. Von Prof. Dr. *H. Pette.* XX, 643 lap, 252 ábra. Thieme, Leipzig. 1942. Ára fűzve Mk. 40.50.

A hivatott szerző ezen nagyszabású munkájának tárgya az idegrendszernek nem bakteriumos gyulladásos betegségei: a virusos betegségek, az encephalitisek, a velőshüvelyszéteséssel járó enkephalomyelitisek, a neuritisek és a polyneuritisek. Az első nagy fejezetben a poliomyelitist tárgyalja és hangsúlyozza a kóros elváltozások haránt- és magassági electivitását, a betegség terjedésének pandemiás jellegét, melyben azonban az eseteknek csak kis részében keletkeznek bénulások és kiemeli ezen viszonyoknak nagy epidemiologiai jelentőségét. A neurotrop virusok egyik jellemző sajátsága, hogy csak akkor kezdenek szaporodni, amikor az idegelemekkel érintkezésbe jutottak. Tagadja, hogy a poliomyelitisnek neuritises vagy merevgörcsös bénulással járó alakja volna. Az eddigi nem nagyon kedvező tapasztalatok ellenére is a reconvalescenssavókezelést ajánlja. Az epidemiás enkephalitisben, úgyszintén a poliomyelitisben, a mesodermás-gliás elváltozások nézete szerint valószínűleg allergiás reakción alapulnak és ehhez csatlakoznak az idegszövet atrophiás elváltozásai. A lyssáról szóló fejezetben méltatja *Schaffer* alapvető vizsgálatait, a zoster tárgyalásakor *Bókay János* megfigyeléseit. A virusmeningitisekről azt tartja, hogy sok esetben poliomyelitis vagy epidemiás enkephalitis lehet a tünetcsoport oka, és hogy ha nem ezek a bajok szerepelnek, akkor másokkal ellentétben a prognosist jónak mondja. A velőshüvelypusztulással járó enkephalomyelitisek különféle alakjainak, a disseminált enkephalomyelitisnek, a sclerosis multiplexnek, a parainfectiós enkephalitiseknek és a diffus sclerosisnak közös anatomiai alapjának mondja a kezdeti gyulladásos mesodermás-gliás reactiót, amelyet a velőshüvelyszétesés szaka követ. Helytelennek tartja az acut sclerosis multiplexnek elkülönítését a disseminált enkephalomyelitistől és ezen az alapon a sclerosis multiplex kórjóslatát az általános felfogással szemben nem tartja olyan kedvezőtlennek. A velőshüvelyszéteséssel járó enkephalomyelitisek pathogenesisében fontos szerepet tulajdonít az allergiás-hyperergiás gyulladásnak, mert ezzel összhangban van a szövettani lelet, a betegség csatlakozása bizonyos fertőző bajokhoz, a betegség hirtelen kezdete és a sokszor jelentkező hirtelen rosszabbodás. Támogatja ezen nézetét, hogy idegszövetnek ismételt oltásával sikerült enkephalomyelitist előidézni. A neuritist és a polyneuritist mint betegségegységet fogja fel, mely talán szintén hyperergiás gyulladáson alapul. A B_1 vitamin jó hatásáról ezen bajokra nem tudott meggyőződni, viszont hatásosnak találta a nicotinsavamidot.

*Petten*ek kitűnő munkája mindazoknak érdeklődésére számíthat, akik az idegrendszernek ezen betegségeivel akár mint klinikusok, akár mint pathologusok foglalkoznak, mert a könyv nemcsak ezen bajok klinikáját tárgyalja kimerítően, hanem nagyon beható, részben volt munkatársával *Környey*-vel végzett histologiai vizsgálatoknak eredményét is tartalmazza.

Herzog Prof.

FAGIFOR „CITO"

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lacto-kreosot-syrup

Ideális enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

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

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

CITO gyógyszervegyészeti gyár

Budapest, XIV., Lengyel-utca 33.

St. Blasien Szanatórium

900 m tengerszint felett, legkedvezőbb éghajlati adottságok, kimondottan gyógyklima

Németország legmagasabban fekvő magángyógyintézete

tüdőbetegek

számára, a Feketeerdő déli részének legkedvezőbb fekvésében

Időszerű átalányárak:

kétágyas szobában . . . . . RM 9.-től

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

Igazgató: Dr. BACMEISTER A. egyet. tanár

Főorvos: Dr. EMMLER A. sebész szakorvos

ST. BLASIEN SZANATÓRIUM

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

Díjmentes képes ismertető

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift. 40. sz. *Schelter E.* A kiütéses typhus sikeres megrövidített kezelése. *Clanberg K. W.* A vörheny kóroktanának, leküzdésének és specifikus prophylaxisának kérdéséhez. *Aalkjaer V.* Nephrogen acidosis savanyú húgydesinficiensek alkalmazása után. *Lemberger A.* Tapasztalataink a tüdőgümőkór Lauer és Hildebrand f. sympatolkezelésével. *Spatz K. W.* és *Derkmann K.* A heveny férfigonorrhoea cibazolkezelése.

Wiener Klinische Wochenschrift. 40. sz. *de Crinis M.* Meynert hatása a modern psychiatriai kutatásra. *Grillmayr.* Evipan natrium, mint narcoticum a fülészetben. *Gerl. F.* A pajzsmirigyről.

Schweizer Medizinische Wochenschrift. 40. sz. *Brun R.* A neurastheniás tünetcsoport kórszármazása. *Markees S.* Cukoranyagcsere. — Cukorbaj. *Spühler O.* Pneumoniás szívkárosodás. *Storck H.* Dermatostomatitis (Baader) vagy pluriorificialis erosiv ectodermosis a gyermekkorban. *Hemmeler G.* Hypochrom anaemia gyomorcsonkolás után.

VEGYES HIREK

Személyi hír. *Benedek László* egyet. ny. r. tanárt a stockholmi Karolinska Institut tanártestülete kutatásai köréből előadás tartására hívta meg.

A Magyar Ideg- és Elmeorvosok Egyesülete november 1-étől 3-áig tartja országos értekezletét Budapesten az elme- és idegkórtani klinika előadótermében (Balassa-utca 6).

Bulgáriában a zsidó orvosok egy részét az állam polgárilag mozgósította. Ezek nem lehetnek tagjai az orvosegyesületeknek s magánrendelést nem folytathatnak.

Dániában Fredericksberg község, mint első, elhatározta, hogy a tanulókat az iskolaév végén tuberculosis elleni védőoltásba részesíti. Az oltóanyagot Koppenhágában állítják elő.

A kairói El Azar muzulmán-nemzeti egyetem ezeréves jubileumát ünnepelte.

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

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

Orvoskari Naptárunk helyes adatai érdekében kérjük mindazon kartársainkat, kiknek neve a naptárban szerepel, hogyha nevük, hivatali beosztásuk, lakásuk, telefonszámuk az év folyamán megváltozott, azt szerkesztőségünkkel közölni szíveskedjenek.

Orvosdoktorrá avattattak *a budapesti Tudományegyetemen* október 10-én Balázs József, Bobula László János, Govrik Kálmán, Mayer László András, a *pécsi Tudományegyetemen* Sommer Zsuzsanna, Korányi László Endre, Fülöp József Mátyás, Kovács István és Molnár Rezső. Üdvözöljük az új kartársakat!

HETIREND

Kedden 20-án ½7 ó. *a Bp. Orvosi Kaszinó* ülése. *Pólya J.:* Az extrahepatikus epeutak életjelenségeinek gyakorlati vonatkozásai.

Péntek 23-án 6 ó. *a Bp. Kir. Orvosiegyesület* nagygyűlése. Napirend: Balassa-előadás. Tartja: *Johan Béla:* A Magyar közegészségügyi munka útja, címmel.

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

A frontátvonulások áttekintése 1942 július első feléről A július 1—15-ike közötti időszak az időjárási frontok szempontjából nagyjában normális lefolyásúnak mondható, csak július 11-ikének délutánja és estéje hozott a normálist jóval meghaladó mértékű frontalis megterhelést a betörési frontok iránt való érzékenység szempontjából. A 15 napos időszak folyamán 18 betörési és 3 felsiklási frontot jegyeztünk fel. A betörési frontokból 4 erős fejlettségűnek, 7 mérsékelt és 7 gyenge fejlettségűnek bizonyult. A felsiklási frontokból 2 mérsékelt és 1 gyenge volt.

A budapesti frontátvonulások részletes lefolyásából kiemelendők az első két frontszegény nap és a július 3-ának teljes frontmentessége; a július 4. reggeli mérsékelten fejlett felsiklási front; a júl. 4—5-iki éjféltől júl. 7. estig terjedő hosszú frontmentes időszak; a júl. 7-én este 23 órakor heves szélvihar kíséretében átvonult zivatarfront; a júl. 8. estétől júl. 11. hajnalig terjedő újabb hosszú frontmentes időszak; a júl. 11-én halmozottan fellépő erős betörési frontok sorozata; végül az időszak hátralévő napjain fellépő, közepes fejlettségű betörési és felsiklási frontok, melyek már valamivel nyugodtabb időjárást képviseltek. Az időszak legkiemelkedőbb frontalis eseménye mindenesetre a júl. 11-ikei három zivatarfront volt, délután 13, 16 és este 23 órakor.

Aujeszky dr.

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

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

DORMOVIT*

alvási zavaroknál

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

*) Furfurylisopropylbarbitursav

DIWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A.G., BERLIN-WAIDMANNSLUST

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

Uricedin

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

Magyarországi vezérképviselet:

Medichemia Gyógyszerkészítmények Gyára R.T.

Budapest, X., Hölgy-ucca 14

J. E. Stroschein

Chemische Fabrik K. G.

Berlin

ACEDICON

a makacs köhögésnél

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

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

Csomagolás: Csövek 10 és 20 tablettával á 0.005 g.

INGELHEIM

C. H. BOEHRINGER SOHN · INGELHEIM AM RHEIN

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

NOVURIT-CHINOIN

ártalmatlan higanydiureticum

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

AMPULLA:

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

5 és 10 ampulla

SUPPOSITORIUM:

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

1 és 5 kup

425130 — AZ ATHENAEUM IRODALMI ÉS NYOMDAI RT. NYOMÁSA, BUDAPEST. FELELŐS: KARPATI ANTAL IGAZGATÓ.

86. évfolyam. 43 szám. Budapest, 1942. október 24.

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 »Orvostudományi közlemények«-kel együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 1000 lei, egyéb külföldre a belföldi díjak + portóköltség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyedévre negyede, egy hóra 2·50 P.

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

SYNTESTRIN

SYNTHETICUS TÜSZŐHORMON

1 amp. (1 mg) 10.000 i. e. természetes hormonnak felel meg

A hiányzó vagy csökkent petefészekműködés okozta genitalis és extragenitalis megbetegedések eseteiben

Injectio Dragée Suppositorium Kenőcs Linguetta

ANDROFORT

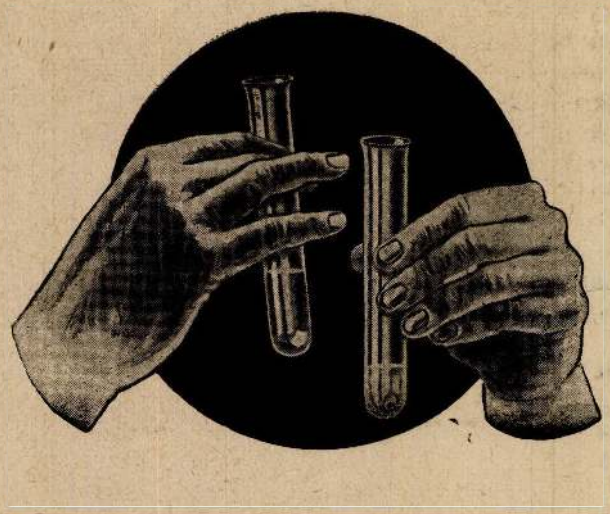
SYNTHETICUS HEREHORMON

1 amp. 5, 10 ill. 25 mg testosteron acetatot tartalmaz

A sexualis sphera zavaraiban. Öregségi tünetek ellen

Injectio Linguetta Solutio

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



Neohexal

sec. sulfosalicylsavas hexamethylentetramin

a húgyutak coli-, strepto-staphylogen fertőzéseinél. E szer vizeletpangásnál (prostatitis), kőképződésnél és idegen-test-cystitisnél is indikált.

Csomagolás: Üvegcsőben 20 drb 0.5 g-os tabletta

J. D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

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

86. évfolyam. 43. szám. Budapest, 1942. október 24.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

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

TARTALOM:

Aujeszky László: Új kísérletek a főhnhatás megfejtésére. (509—511. oldal.)
Móra Sándor: Szívműködés és műtét. (511—512. oldal.)
Csernátony László: A csecsemőhalandóság elleni küzdelem fejlesztésének útjai. (512—514. oldal.)
Irodalmi szemle. (517—518. oldal.)
Könyvismertetés. (518. és 521. oldal.)
Lapszemle. (521. oldal.)
Vegyes hírek. (522. oldal.)
Hetirend. (522. oldal.)

Új kísérletek a főhnhatás megfejtésére.

Irta: *Aujeszky László dr.* egyetemi magántanár.

Magyarországot hegységek koszorúja övezi körül. Ezért az országnak úgyszólván minden vidékén fellépnek azok a jelenségek, amelyek a hegységek magaslatairól alábukó szélnek következményei. Ezeket hívják főhnjelenségeknek. A főhnjelenségek a mi időjárásunkban nem mutatkoznak olyan súlyosan és olyan feltűnő módon, mint az Alpesek meredek hegyfalának a tövében, ahol a levegő nagy magasságból zudul le és emiatt nagy fizikai átalakulásokat szenved: felmelegszik, szárazzá válik, hevesen örvénylik, sokszor erdőségeket dönt ki és száraz-meleg volta következtében példátlan tűzkatasztrófáknak az okozója.

Nálunk a főhnjelenségeknek egészen más arculatuk van. A kárpáti főhn időjárási következményei szelíd és lappangó módon nyilvánulnak csak meg, mint az időjárásnak a helyi megjavulásai, mint a sugárzási viszonyoknak a jellegzetes átalakulása, mint a felhők szétoszlása, a nyári gomolyfelhőképződésnek a megszünése és a szél lökésességi fokának a megnövekedése.

Összefoglalólag azt mondhatom: a hazai főhntünemények meteorológiailag kivált abban különböznek az Alpesek vad főhnjétől, hogy a kellemetlen és pusztító jelenségek hiányzanak, ellenben a kellemes és előnyös vonások fennállanak.

Hasonló a helyzet a főhnnek az élőlényeken mutatkozó hatásaival. A hazai gyógyhelyeken teljesen ismeretlen a főhnnek az a durva és súlyosan kellemetlen hatása, ami az Északi Alpesek egyes völgyeiben szinte kivétel nélkül minden embert alaposan megkínoz az úgynevezett főhnbetegség tüneteivel: nagyfokú kedvetlenség, munkaképtelenség, álmatlanság, fejfájás és egyéb közérzeti panaszok lépnek ott fel főhn alkalmával úgyszólván minden emberen. Mindazonáltal a mi szelídebb főhnjelenségeink közt is érdekes marad az a mélyenfekvő és fontos kérdés, hogy a főhnhatások miként és miféle okból támadnak.

A főhnhatás keletkezésének tisztázásával évtizedek óta sok vizsgálat foglalkozott. Korszakalkotó volt *Hann* bécsi egyetemi tanárnak még a mult századba eső nagy munkája: Hann kimutatta, hogy a dél felől jövő meleg főhnszél az Alpesek északi oldalán nem azért olyan meleg, mintha egyenesen Afrikából hozná a levegőt, hiszen néhány kilométerrel dél felé, az Alpesek olasz oldalán, ugyanakkor szintén déli szél tapasztalható, de ez a déli szél hideg jellegű. Hann bebizonyította, hogy a főhn csak a hegység magaslatain való átbukás alkalmával melegedik fel: tehát nem földrajzi származása miatt meleg kezdettől fogva, hanem fizikai átalakulások folytán a helyszínen válik csak meleggé. Hann és követői bizonyították be, hogy a főhnszél nem kiváltságos jelensége az Alpeseknek, hanem a világ minden más hegységében is kimutatható; nem is csak a magashegységekben, hanem még egészen csekély magasságú középhegységekben is fellép minden olyan időjárási helyzet alkalmával, midőn a hegység felső szakasza belemerül a felhőtömegekbe. Annakidején szerencsém volt kimutatni, hogy a Budai Hegyek szerény magasságú gerinceinek is megvan a maguk főhnjelensége minden olyan időjárási helyzet alkalmával, midőn a felhők szintje alacsonyabbra jut, mit a Svábhegy-Jánoshegy vonulatának a magassága, ami nyáron néha előfordul, télen pedig szinte mindennapos esetté válik.

A főhn folyamatában meteorológiai szempontból semmi titokzatos nincsen többé. A főhn bekövetkezését előre tudjuk jelezni, a főhnlevegő felmelegedésének és kiszáradásának mértékét előre ki lehet számítani!

Annál izgatóbb és érdekfeszítőbb kérdések állnak még ma is megoldatlanul a főhn élettani hatásai szempontjából. Hogy a főhn miként képes súlyos közérzeti panaszokat létesíteni, afölött még a legutóbbi időkig is élénk vita folyt és csak a legújabb közleményekben találunk néhány világosabb támpontot.

Az egyik ilyen fontosnak tűnő megfigyelés a főhnhatásnak egy látszólag mellékes mozzanatához kapcsolódik: ahhoz, hogy a főhnpanaszok fellépésével együtt heves szomjúság is szokott mutatkozni. Ezt azelőtt is tudták, de mindenki természetesnek

találta, mivel a főhn a szervezetnek hatalmas vízveszteséget okoz. Hiszen a főhn nagyon meleg, nagyon száraz és nagyon lökéses jellegű szél, ennélfogva minden összejátszik benne ahhoz, hogy a testfelület párolgása megnövekedjék. A szomjúság tehát éppen olyan magától értetődő jelenség a főhnben, mint bármely más olyan meteorológiai esetben, amely a szervezettől nagy vízmennyiséget von el.

Annál meglepőbb *Henkel* vizsgálata az Allgaeui Alpesekben,* aki a Stillach völgyében fekvő Oberstdorfi »Kuranstalt Stillachhaus«-ban azt találta, hogy a főhnös szomjazásnak van még egy egészen más oka is: főhn folyamán a szervezetben nagyfokú vízhalmozás (retenció) következik be. Ebből az a benyomásunk keletkezik, mintha a szervezet kiegyenlítő működést, alkalmazkodási reakciót fejtene ki a főhnnel járó vízveszteség fedezése céljából: vízkészletet gyűjt, hogy a nagy vízelvonást huzamosabb ideig ellensúlyozhassa. Henkel ezzel tisztázottnak látja, hogy a szervezetben hol lehet a főhnhatások közelebbi támadási pontját megtalálni: nyilván a vízszabályozás központjában, amely a főhn hatása alatt a szervezet vízhalmozását indítja meg.

Azt hiszem, hogy ebből meg lehet fejteni a főhnhatás egyik legkülönösebb és legtitokzatosabb sajátságát, amely elválasztja minden más éghajlati hatástól. Az összes többi éghajlati hatásokra jellemző az, hogy legélesebben mutatkoznak az éghajlattól idegen jövevényen és legszelídebben lépnek fel az éghajlathoz hozzáidomult, ottlakó, akklimatált egyéneken. De a főhnhatás kivétel ez alól! A főhnklimához nincs alkalmazkodás, sőt minél tovább lakik valaki a főhnvidéken, annál hajlamosabbá válik arra, hogy szenvedjen a főhntől.

Talán szabad ebből azt a következtetést levonnom, hogy a főhnbetegség maga nem annyira betegség, mint inkább védekezési reakció, amely kellemetlenségekkel kapcsolatos ugyan, de mégis egy nagyobb élettani vagy pathológiás zavar kiküszöbölésére szolgál. Emiatt áll be minden emberen, még pedig annál nagyobb fokban, minél hosszabb ideig él valaki a főhnvidéken. Megszokni nem lehet, sőt maga az egész folyamat éppen a megszokásnak egyik alakja.

De túlzás lenne azt mondani, hogy a főhnhatás egyedüli oka a főhnlevegő vízgőz-szegénysége.** Ennyire nem egyszerű ez a jelenség! Ha a vízgőzben még szegényebb levegőjű sivatagokba megyünk, akkor főhnhatást nem tapasztalunk. Ha a magashegység felső övezetébe nyomulunk, ahol szintén nagyon kevés vízgőz van a levegőben, a főhnhatás ott sem mutatkozik. Tehát sem a meleg és száraz levegő, sem a hideg és száraz levegő nem lehet egyedüli okozója a főhnbetegségnek.***

A másik szükséges tényező felkutatása felé utat nyitnak a nagy hollandi asztmakutatónak, *Storm van Leeuwen*-nek élete utolsó évében végzett kísérletei. Storm van Leeuwen már azelőtt is feltételezte, hogy a magasból lebukó levegőben kismennyiségű idegen anyag van jelen, ami előidézheti ezeket a komoly panaszokat. Ennek bizonyítása végett Storm van Leeuwen kimosott levegőjű légmentes kamrába csukta a főhnérzékeny személyeket és megállapította, hogy a kamrában a főhnbetegség nem tud kialakulni. Elvben megvan tehát a lehetőség arra, hogy főhnmentes helyiségeket bocsássunk a súlyosan főhnérzékeny egyének rendelkezésére. A főhnbetegség ezáltal mint túlérzékenységi állapot (u. n. allergia) volna felfogható.

Ámde itt sem egészen egyszerű a helyzet, mert három lényeges ellenvetés hozható fel az ellen, hogy csak szimpla allergiával állunk szemben. Az egyik az, hogy a főhnhatás iránt kisebb vagy nagyobb mértékben mindenki fogékony, tehát nem egyes szervezetek túlérzékenységével van dolgunk. A második és súlyos természetű ellenvetés az, hogy a jellegzetes nagyfokú főhnbetegség csakis a hegységek északi oldalán mutatkozik.

A déli oldalon is van főhn, de nincs főhnbetegség. Megvannak a meteorológiai főhnjelenségek, de hiányzanak a súlyos élettani következmények! Az Alpesek és Kárpátok déli oldalán ugyanis az északi szél jön a hegyek felől, tehát itt az északi szél a főhnnek a hordozója. Ámde az északi szél az időváltozások lezajlása *után* szokott bekövetkezni. A hegységek déli oldalán tehát a főhn csak az időváltozásokat befejező hideg légbetörések folyamán alakul ki, másszóval: az időjárási frontokat követő, úgynevezett posztfrontális jelenség.

Ezzel szemben a hegységek északi oldalán a lebukó szél csak déli szél lehet, a déli szél pedig az időjárási frontokat megelőzően, praefrontálisan szokott fellépni és csakis ennek a praefrontális főhnnek van meg az a kiváltsága, hogy a jólismert súlyos hatásokat létrehozza.

Kétségtelen ennélfogva, hogy a főhnhatások kialakulásában még egy további tényező is bűnös. A lebukó levegő szükséges a főhnhatáshoz, de viszont nem akármikor, hanem csak a praefrontális időszakban tudja a főhnhatást létrehozni. A főhnérzékenység tehát csak egyik alesete egy tágabb jelenségcsoportnak, az u. n. »frontérzékenységnek«: közelebbről az időváltozásokat megelőző praefrontális érzékenységnek a leghatalmasabban fellépő és legkellemetlenebben megnyilvánuló alakja.

*Flohn és Jordan** nézete szerint a frontok közeledésekor u. n. infrahangok, vagyis nagyon lassú légrezgések lépnek fel és állítólag ezek létesítik a frontérzékenységet és főhnérzékenységet. Ez a felfogás ma még korántsincs igazolva. Viszont nem utasíthatjuk el azt a tényt sem, hogy Storm van Leeuwen légmentes kamrájába az infrahangok se tudtak behatolni, így tehát vitatható, vajjon azért maradtak-e el odabent a főhnhatások, mer az allergént kimosták a levegőből, vagy azért maradtak el, mert nem is allergiával, hanem a légrezgések hatásával van dolgunk. Ez ma még megoldatlan kérdés, de kísérletileg könnyű lesz szabatos módon eldönteni.

Saját nézetemet abban foglalhatom össze, hogy *a főhnpanaszok három meteorológiai tényezőnek az egybefonódásából keletkeznek:*

Az egyik a főhnlevegő szárító és vízhalmozást kiváltó befolyása; de ez önmagában nem hatásos.

A másik a főhnlevegő allergen működése; ez igen valószínű, de még teljesen be nem bizonyított jelenség és magábanvéve (mint az Olasz Alpesek esete igazolja) még szintén nem hatásos.

A harmadik és legfontosabb tényező a szervezet

* Forschungen u. Fortschritte, 1940., 292.

** E. Regener, Die Naturwissenschaften, 1941., 30. füzet.

*** *Linke*, Bioklimatische Beiblätter, 1941., 110.

* Zentrbl. f. Geophysik 7., 349., 1941.

praefrontális állapota, amelynek sok más megnyilvánulását is tapasztaljuk, de amelynek a lényege még mindig el van fátyolozva a szemünk elől.

Mégis nagy haladás, hogy a három légköri tényező szükséges összetalálkozását meg tudtuk állapítani, hiszen evvel megnyílt az út gyümölcsöző részletkutatások végzéséhez.

A budapesti Tudományegyetem II. sz. Sebészeti Klinikájának közleménye. (Igazgató: Bakay Lajos ny. r. tanár.)

Szívműködés és műtét.

Írta: *Móra Sándor dr.* egyetemi tanársegéd.

A műtét sikere nemcsak a helyes diagnosistól és technikától, de nagymértékben függ az operált beteg teherbíróképességétől is, mellyel a műtéti traumát elviseli. Ez a tehertétel sok támadópontra érvényesül a bonyolult szervezetben. Igy a haemofiliások (Friedrich), elhízottak (Seifert), vitiumosok (Nikolaev), hypertoniások (Quisten), diabetikusok rossz műtéti teherviselőképessége ismeretes. De talán fontosabb itt mégis a szív szerepe (Sauerbruch). Régi törekvése ezért a sebészetnek, hogy olyan vizsgálómódszerek birtokába jussunk, melyek előtt a szív állapotáról tudósítsanak bennünket, másrészt olyan gyógyszerek alkalmazása, melyekkel az ép vagy beteg szívet a műtéti trauma elviselésére alkalmassá tehetjük. Különösen fontos ez a vitalis indicatióból végzett nagyobb beavatkozásoknál, melyeket a szív esetleg beteg volta ellenére is el kell végeznünk.

Helyesen tehát arra kell törekedni, hogy a szív legjobb állapotánál operáljunk, mert akkor a legkisebb a műtét veszélyessége, akkor a legkisebb a műtéti kockázat. Különböző formulák vannak használatban, melyek a szívnek ezt az állapotát jelzik. Így ha a systolés és diastolés vérnyomás különbségét, tehát a pulsusamplitudót százzal szorozzuk és elosztjuk a diastolés vérnyomással, megkapjuk az ú. n. Miles-féle számot: $\frac{(s-d)\ 100.}{d}$ Szerzője szerint ennek 25 és 75 közt kell lennie, legjobb, ha 50; ha ez a szám 25-ön alul vagy 75-ön felül van, nagy a műtéti kockázat, ezért a műtét ellenjavalt. (Ismertetését lásd: C. W. Maye: Der Chirurg. 7. évf. 22. füzet).

A diastolés nyomás százszorosa, osztva a systolés nyomással adja az ú. n. Moots-féle számot $\frac{100\ d}{s}$ melynek szerzője az előbbihez hasonló jelentőséget tulajdonít. Saját elgondolásunk szerint talán még egyszerűbb adat is használható e célra, t. i. a pulsusamlitudó (s—d). Ezek, valamint egyes amerikai szerzők »Energetikai indexe« $\frac{s \times d}{p}$: a diastolés és systolés vérnyomás sorozata, osztva a pulsusszámmal, Giordanengo 500 vizsgálata szerint egyéb szívpróbákkal együtt hozzávetőlegesen megadják a szívműködés állapotképét. Markovics egyszerű módszert ajánl: jó a szívfunctió, ha a beteg 40—60 mp-ig vissza tudja tartani a lélegzetét, rossz, ha csak 20 vagy kevesebb mp-ig. A Kaufmann által ajánlott diuresismetódus, valamint a Heilmeyer-féle vizeletfestékmeghatározás Erdmann és Zimmermann szerint nehezen végezhetők el hibátlanul és nem kielégítőek a szív tartalékerejének megítélésére, ezért ezeket itt nem is ismertetjük.

Klinikánkon régi gyakorlat, hogy nagyobb műtétre kerülő betegek szívét előzőleg gondos klinikai Rtg és EKG vizsgálatnak vetjük alá, hogy a szív szükségesnek mutatkozó erősítését a kellő mértékben megadhassuk. (L. Guszich: Az EKG — értéke a sebészetben).

Ebből az elgondolásból indultak ki saját vizsgálataink. Először is azt kívántuk tisztázni, hogy a szívfunctióra vonatkozólag a fent leírt Miles, Moots, Energetikai-Index és pulsusamplitudó mennyiben ad megbízható adatot; második vizsgálatsorozatunk pedig egy új, kombinált szívtonikum, az »Aurocard« sebész-klinikai hatásértékének eldöntését célozta.

A szívfunctiós indexek ellenőrzésére 100 műtétre kerülő beteget vettünk alapos vizsgálat alá, meghatározván műtét előtt a fenti 4-féle indexet és elvégezvén a physicalis, EKG-s vizsgálatot; figyelemmel kísértük a betegek sorsát a műtét után is, különösen a szívműködés szempontjából. Vizsgálatainkból kitűnt (l. I. sz. táblázatot), hogy a szív műtéti teherbíróképességéről a legjobban az előzetes EKG tájékoztat, de csaknem ilyen jól használható a Miles-féle szám és a pulsusplitudo is. A Moots-féle szám kevésbbé megbízható, az Energetikai index pedig az esetek többségében használhatatlan.

I. sz. Táblázat.

Szivfunctiós adat	A műtét utáni vizsgálat a szívfunctiós adatot igazolta	nem igazolta	Esetek összes száma
Miles f. szám	73	17	100
Moots f. szám	68	32	100
Energetikai Index	36	64	100
Pulsusamplitudo	75	25	100
EKG lelet	87	13	100

A régóta ismert és jó eredménnyel adott szívtonikumok mellett az utóbbi években külföldön is nagyon elterjedt az Aurocard nevű készítmény, mely combinatiója bevált cardiacumoknak, de emellett három új anyagot is tartalmaz (arany, cactus, szívhormon). A készítmény hatóanyagai és azok rövid pharmacodynamikája a következő:

1. Aurum natrio chloratum. A szervezetben a vegyületből colloid arany válik le, mely mint nem specifikus ingeranyag, a szervezet és így a szív ellenállóképességét fokozza, valamint ú. n. »áthangoló« hatása folytán a regeneratiós hajlamot is növeli.

2. *A digitalis csoport,* melybe a készítményben lévő Digitalis lanata, Strophantus és Cactus grandiflora tartoznak, együttes alkalmazásuk folytán hyperadditiv izomhatást fejtenek ki, mely sokkal előnyösebben mutatkozik, mint ha a drogoknak megfelelő tiszta glycosidamennyiséget alkalmaznánk. A Cactus grandiflora a jellegzetes digitalis hatáson kívül a szív regeneratiójára is positiv hatású, mint *Rubini, Jones, Aulde, Egstadt, Williams, Hills* és *Führer* vizsgálatai igazolnak.

3. *Szívizomkivonat* specifikusan a szívizom regeneratiójára fejti ki hatását, mint azt *Balogh Á.* munkája igazolja.

4. *Semen strychni St. Ignatiae* strychnin tartalmával járul hozzá a tonizáló hatás fokozásához részben a központi idegcentrumok, másrészt a szív autonom idegducainak ingerlékenységét fokozó hatásával. Ettől eltekintve a légzőközpont ingerlésével növeli a légzési excursiókat s ezáltal a keringést extracardialisan is elősegíti.

5. *Camphor* a vasomotor központ tonusemelésével támasztja alá a hatást.

A szert különösen belgyógyászok dícsérik (Botár: O. H. 1941. 42. sz. Margittai: Gyógyászat, 1938. 17. sz.). Érdekesnek látszott ezt a per os kellemesen adható új szert sebészeti szempontból is kipróbálni és pedig részben a szív műtéti előkészítése alkalmával ép és beteg szívizom esetén, részben a szívműködés támogatására műtétek után.

Ebből a célból végzett vizsgálataink menete a következő volt. 74 olyan betegnél, akik nagyobb hasi műtétre kerültek és akiknek szívműködése physicalisan kimutathatólag vagy legalább gyaníthatóan az átlagnál gyengébb volt, műtét előtt meghatároztuk az EKG-leletet, a Miles-féle számot és a pulsusamplitudót. Ezek közül ép viszonyokat találtunk 34 betegnél (»A« csoport), kisebb-nagyobb myocardium lassiót és szívfunctiózavart mutathattunk ki 40 betegnél (»B« csoport). Az »A« csoportbeliek közül 17-en nem kaptak semmiféle szívstimulánst, 17-en pedig a műtét előtt 7 napig és utána 7 napig 3 × 1 evőkanál Aurocardot kaptak. A »B« csoportbeliek közül 20 beteg műtéti előkészítésül 7 napon át, valamint műtét után ugyancsak 7 napig naponta 100 ccm dextrosét i. v. 3—3 napon át 3 ctgr. digitalist kapott, másik 20 betegnél pedig ehhez még naponta 3 × 1 evőkanál Aurocardot is adtunk. Arra is ügyeltünk, hogy lehetőleg ugyanolyan nemű és korú hasonló műtétet elszenvedő betegeket hasonlítsunk össze. A szív működésére a műtét után a subjectiv panaszokból, a klinikai szívtünetekből, valamint a controllképpen elvégzett EKG-leletből, Miles-számból és pulsusamplitudóból következtettünk.

Mint a II. sz. táblázatból kitűnik, a műtét előtti szívvizsgálatkor épnek mutatkozó viszonyok esetén a műtét után a betegek körülbelül 8%-ában többkevesebb keringési panasz, pulsusszaporulat lépett fel, ha semmiféle szívtonicumot előre nem kaptak, míg lényegesen kisebb számban észleltünk ilyet ott, ahol Aurocardot adtunk.

II. sz. Táblázat.

Előkészítés	Esetek sz.	Utóvizsgálatnál Szívzavar nélkül	enyhe szívzavar	súlyos szívzavar	Exitus
Aurocard nélkül	17	14	2	1	0
Aurocarddal	17	17	0	0	0

A III. sz. táblázat még érdekesebb tanulságokkal szolgál, amennyiben az elővizsgálatkor kimutatott szívizom laesio, illetve functiózavar esetén a gondos előkészítés ellenére műtét utáni szívzavarokat az esetek körülbelül 20%-ában láttunk. Itt is kétségtelenül kimutatható azonban, hogy ha a beteg a műtéti előkészítésben és utókezelésben Aurocardot kapott, számottevően kisebb számban léptek fel panaszok. Az Aurocardról azt is megállapíthatjuk, hogy még súlyosabb betegek is nagyon szívesen szedték.

III. sz. Táblázat.

Kezelés	Esetek sz.	Utóvizsgálatkor Szívzavar nélkül	enyhe szívzavar	súlyos szívzavar	Exitus
Szokásos szívkezelés Aurocard nélkül	20	15	4	1	0
Szokásos szívkezelés Aurocarddal	20	19	1	0	0

Az alábbiakban néhány tipusos esetet ismertetünk:

V. J. Cholelithiasis. Műtét: cholecystectomia. Előtte a fentemlített előkészítés. EKG-val mérsékelt myocardium-laesiót mutatunk ki. Műtét után minden szívpanasz nélkül gyógyult.

P. M.-né. Cholelithiasis. Műtét: cholecystectomia. Ép szívműködés, de idős kor. A fenti kezelésben részesült. Szívdobogást, pulsusszaporulatot, stb.-t nem észleltünk. A seb 8 nap mulva p. primam gyógyult, a cső helyén sarjadzó seb, mely újabb 7 nap mulva záródott.

R. J. Cc. recti. Műtét: anus prae készítése. Régóta fennálló functionális szívpanaszok: lépcsőnjáráskor fulladt, gyakori szívdobogás. A fenti elő- és utókezelést kapott. Végig szívpanaszok nélkül.

É. M. Hernia pariet. abd. Műtét: hasfalreconstructió. Műtét előtt compensalt vitium, systolés zörej a csúcson, emelő szívcsúcslökés, ízületi fájdalmak. A fenti kezelést kapta, teljesen szívtünetmentesen gyógyult.

B. K. Hypertrophia prostatae. Műtét: prostatectomia. Az idős kor és a leadált myocardium miatt a szokásosnál hosszabb, 4 hetes combinált előkészítés, műtét után az említett kezelés. Teljesen panaszmentes, síma gyógyulás.

Vizsgálataink alapján összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy nagyobb műtétre kerülő betegnél 1. a szívvizsgálat műtét előtt kétirányú legyen: a szívizom állapotára (EKG) és szívfunctióra (Miles-szám, pulsus-amlitudo) vonatkozzék; 2. biztosan megállapított szívizomlaesio vagy functiozavar esetén a beteg szívet gondosan elő- és utókezelésnek vessük alá, mely legjobban a dextrose-digitalis-cardiasol Aurocard combinatióval érhető el; 3. nagyobb műtétek előtt és után ajánlatos a szívműködést támogatni, valamely állandóan, de nem drastikusan ható gyógyszerrel, amilyen az Aurocard n. készítmény, még ott is, ahol szívlaesio biztosan nem mutatható ki.

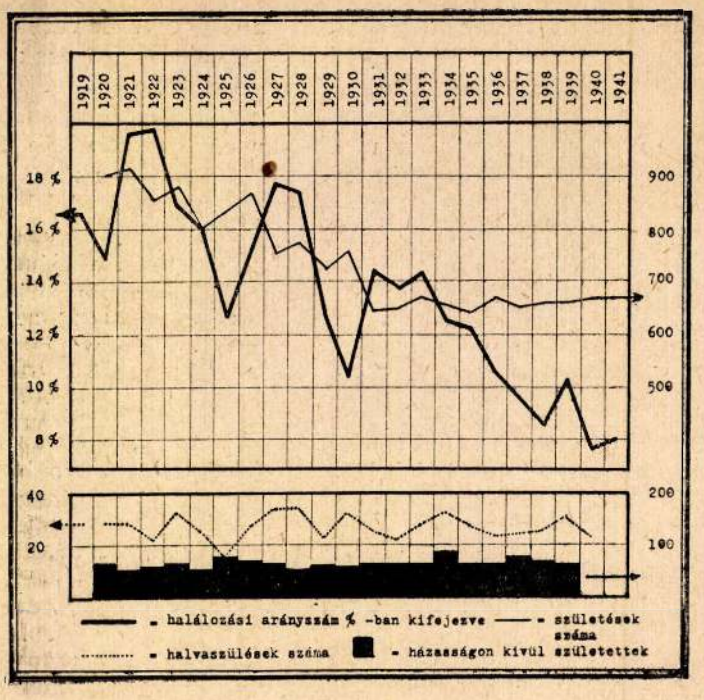
A csecsemőhalandóság elleni küzdelem fejlesztésének útjai

Írta: *Csernátony László dr.* gyermekgyógyász rendelőorvos.

A csecsemőhalandóság nem jelenti az értéktelenebb egyedek kiválását és így a faj növekvő értékét. Magyarországon a nagy 20%-on felüli csecsemőhalandóságot a Stefánia, majd a Zöldkereszt áldásos munkájának eredményeképpen 13% körüli számra javítottuk. A vidékenként mutatkozó eltérések figyelembevétele nélkül célunk a csecsemőhalandóság okát tovább kutatni, hogy egységes úton a megkívánt 5—6% körüli arányt elérhetjük. A nagy halálozású vidékek legtöbbször szervezetlenségüknek tulajdoníthatják szomorú eredményeiket. A csekély halálozású vidékek beható tanulmányozásával tovább következtethetünk. Makó városának a Stefánia megalakításától, 1920-tól beállott változásait a következő ábrában foglaltam össze:

A halvaszülések száma majdnem állandó. A házasságon kívül született csecsemők száma is csaknem állandó. A szülések száma tetemesen csökkent (átlagban 250 szüléssel), de ennek dacára az 1920. évek 16%-a körüli halálozása 4 év óta 9% körülire csökkent.

A halál oka után kutatva 7298 csecsemő közül 826 halálozás kapcsán, mely esetekben a halottkém mindig orvos volt, 11 évre visszamenően feldolgoztam a halál okát, melyet a könnyebb áttekinthetőség



kedvéért öt csoportba osztva és százalékban kifejezve a következő táblázat tüntet fel:

	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941
Halálesetek száma	94	93	99	85	77	72	64	59	68	61	55
I. csoport. Sérült magzatra visszavezethető okok.											
Veleszületett gyengeség	23·4	39·8	36·4	31·8	49·4	31·9	32·8	33·9	33·8	32·9	23·6
Szülési sérülés	2·3	2·2	4·0	—	—	1·4	4·7	3·4	5·9	4·9	5·5
Fejlődési rendell.	3·2	—	5·1	1·2	—	2·8	1·6	1·7	1·5	3·3	3·6
Daganat	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1·8
Összesen	28·9	42·0	45·5	33·0	49·4	36·1	39·1	39·0	41·2	41·1	34·5
II. csoport. Bélhurutos folyamatok következtében elhaltak.											
Bélhurut	31·9	16·1	16·1	23·5	16·9	9·7	1·6	6·8	14·7	3·3	3·6
Vérhas	3·2	—	3·0	2·4	7·8	9·7	4·7	—	1·5	—	5·5
Toxicosis	—	—	—	1·2	1·3	5·6	1·6	13·6	—	—	—
Összesen	35·1	16·1	19·1	27·1	26·0	25·0	8·1	20·4	16·2	3·3	9·1
III. csoport. Grippés megbetegedés következtében elhaltak.											
Hőrghurut	2·3	1·1	3·0	5·9	2·6	2·8	3·1	11·9	7·4	6·6	5·5
Tüdőgyulladás	8·5	20·4	16·2	17·6	11·7	11·1	21·9	11·9	19·1	8·2	18·2
Mellhártyagyull.	—	1·1	2·0	—	—	1·4	—	1·7	—	—	3·6
Mandulagyull.	1·1	1·1	—	—	—	1·4	—	—	—	1·6	—
Középfülgyull.	—	—	—	—	—	—	1·6	—	1·7	1·6	—
Vesegyulladás	—	—	—	—	1·3	—	—	—	—	—	—
Összesen	11·9	23·7	21·2	23·5	15·6	16·7	26·6	25·5	28·2	18·0	27·3
IV. csoport. Fertőző megbetegedések következtében elhaltak.											
Agylob	—	1·1	—	—	—	1·4	—	—	1·5	1·6	1·8
Agyhártagyull.	2·3	—	4·0	1·2	1·3	—	—	1·7	—	1·6	1·8
Torokgyík	—	—	—	—	—	—	—	1·7	—	3·3	—
Gyermekbénulás	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3·3	—
Szamárköhögés	—	1·1	—	3·5	1·3	—	—	—	—	—	1·8
Gümőkór	3·2	—	2·0	—	—	1·4	4·7	—	1·5	—	—
Vérbaj	1·1	1·1	—	1·2	—	—	3·1	3·4	—	—	—
Összesen	6·6	3·3	6·0	5·9	2·6	2·8	7·8	6·8	3·0	9·8	5·4
V. csoport. Gondozottság hiánya vagy gondatlanságból eredő halálokok.											
Köldökfertőzés	—	—	—	—	—	1·4	—	—	—	3·3	1·8
Orbánc	1·1	—	—	—	—	2·8	1·6	—	—	1·6	3·6
Vérmérgezés	4·6	5·4	—	1·2	1·3	8·3	3·1	1·7	2·9	1·6	3·6
Rángógörcs	5·3	4·3	3·0	5·9	2·6	4·1	4·7	3·4	2·9	6·6	7·3
Csecsemősorvadás	3·2	1·1	3·0	2·6	1·3	1·4	3·1	3·4	2·9	13·1	5·5
Baleset	4·3	4·3	2·0	1·2	1·3	1·4	6·3	—	2·9	1·6	1·8
Összesen	18·5	15·1	8·0	10·9	6·5	19·4	17·8	8·5	11·6	27·8	23·6

Egy csoportba vettem a veleszületett gyengeség, koraszülöttség, szülési sérülés, fejlődési rendellenesség és daganat következtében elhaltakat. A veleszületett gyengék, legtöbbször koraszülöttek száma majdnem állandó. A szervezéstől itt lényeges javulást nem is várhatunk. Számuk olyan ijesztő, hogy pl. 1935-ben minden második csecsemő veleszületett gyengeség következtében halt meg. Egyedenként véve figyelembe élettartamuk fél óra és 19 nap között mozog. A legtöbb ilyen veleszületetten gyenge a terhességnek az V—VIII. hónapjából származik. A szegény néposztályból kerül ki az esetek $^2/_3$-a. Gondolnunk kell itt feltétlenül bűnös beavatkozásokra, mert a terhességi toxicosisok következtében a terhesség megszakadása legtöbbször a terhesség első hónapjaira esik; később ugyanis a toxicustünetek javulnak. Ezen a téren tehát egy nehezen megfogható és legnagyobbrészt szülészekre és nőgyógyászokra váró feladatról van szó. Nem szabad abba a hibába esnünk, mely több államban elterjedt, hogy csak a 28 napot túléltek számítanak élveszülötteknek, mert ez csak szemhunyás. A csecsemőosztályokat vezető orvosok tudják, hogy egy-egy koraszülött, a debilitas határán lévő csecsemő felnevelése hosszas, legtöbbször 3—6 hónapos intézeti ápolást igényel (megterhelve a közületet 300—800 pengővel). Ez idő alatt is gyakorta egy közbeeső betegség vet véget a gondos ápolás és munka jó eredményének. Csecsemő osztályok és szakorvosok beállítása ezen a veszteségen aránylag csak nagyon keveset (a csoportba tartozó halálozásnak mintegy 3—4%-kát) segíthet.

A szülési sérülés következtében elhaltak száma csekély, de állandó növekedést mutat. Ennek oka abban kereshető, hogy az intézeti szülések száma állandóan nő és ezzel egyidőben a beavatkozások és szövődmények száma is fokozatosan lépést tart. Sok olyan szülőnő kerül intézetbe, akin azelőtt intézeten kívül a szülést csak a magzat megölésével, tehát halva szüléssel lehetett befejezni. A fejlődési rendellenességek és daganatok, mint a természet variatiós játékai, nem számottevők. Talán a chemikáliákkal történő fogamzásgátlásnak van, ha eddig teljes mértékben még be nem bizonyított szerepe ezen a téren.

Az elsőcsoporton végigpillantva tehát azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a veleszületett gyengék nagy veszteségét egyelőre csak a családvédelem fejlesztésével, a terhesek ellenőrzésének kötelezővé tételével, a törvénytelen gyermekek kiterjedtebb védelmével, a bűnös beavatkozások szigorúbb büntetésével tudjuk némiképpen enyhíteni.

A második csoport a különböző bélhurutokban elhaltakat tünteti fel. Az egyszerű bélhurutokon kívül ide soroltam a vérhast és a toxicosist abból kiindulva, hogy a halálos bélhurutok legnagyobb része a nyári évszakban fel nem ismert vérhas. A bélhurutok terén elért jó eredmények szembetűnőek. A javulás azzal magyarázható, hogy amíg néhány évvel ezelőtt a csecsemő diethetika valósággal külön tanulmányt igényelt és a ködbevesző tápszerek tömkelegéből sokszor a szakorvosnak is nehéz volt kiigazodni, addig ma az észszerűbb, egyszerűbb és legtöbbször otthon is elkészíthető, a csecsemők alkatához hangolható tejhigításokra térünk át. A javuló eredményeken az sem ront, hogy ijesztően nő azon

anyáknak a száma, akik csecsemőjüket vagy egyáltalán nem, vagy csak részben tudják természetes táplálásban részesíteni. A gyakorló orvosok szempontjából legyen az a mértékadó, hogy az egyszerű tejhigítások változatain túl ne kísérletezzenek és ha ezzel eredményt elérni nem tudnak, a gyermek alkatában keresve az okot a táplálás irányítását bízzák szakorvosra, vagy intézetre. Különösen a dystrophi s és a koraszülött gyermekek táplálása sokszor a legjobb tejkonyhával rendelkező intézetnek is nehéz feladat. A vérhas-halálozás a »genius epidemicus« vetületeképpen változó és bizonyos mértékben a nyári átlaghőmérséklettel egyenesen arányos. Megítélésem szerint a legenyhébb is intézeti kezelést igényel.

A harmadik csoportban felvett hurutok esnek a legsúlyosabb elbírálás alá. A 11.9-től 27.3%-nyi halálozás annyit jelent, hogy minden ötödik és minden tizedik csecsemő hurutban hal meg. A járványok »genius epidemicus«-át leszámítva, ezen a téren tehetünk legtöbbet. »Népegészségügy« 1942. 2. számában rámutattam arra, hogy az angolkór milyen kiterjedt népbetegség. 798 Csecsemővédelmi Tanácsadáson megjelent csecsemő közül 267, tehát 33.45%-on találtam angolkórt. Ugyanebben a folyóiratban dr. Soós József Orosházán 1566 csecsemő közül 323-on, tehát 20.6%-ban észlelte ugyanezt. Az angolkór szerepét a hurutos betegségekben különösebben hangsúlyozni nem kell. Az egyszerű hurutos folyamatoktól (mint pl. orr-garathurut) e betegségek szövődményéig (tüdőgyulladás, középfülgyulladás) az angolkóros szervezet nagyon csekély ellenállást fejt ki, és súlyosabb angolkór jelenlétében (pl. craniotabes) ezen szövődmények megjelenése a legrosszabb prognosist adja. A súlyos állapoton, melyet ilyenkor az angolkór megteremt, jóformán semmit sem segítenek a sulfopyridin-származékok, melyek a csecsemőkorból kikerült szervezetnek egyik legnagyobb segítsége. Ha tehát ezen a téren jobb eredményt akarunk elérni, akkor azt csak az angolkór elleni küzdelem fejlesztésével tehetjük. Sokat jelentene itt, ha a kilenc vármegyében most folyó kísérletek alapján a D-vitamin oltásokat, mint a himlőelleni oltásokat kötelezővé tennénk, de nemcsak a téli hónapokban, hanem szükség esetén nyáron is. Ezen angolkórelleni prophylaxissal meggyőződésem szerint a hurutos betegségek halálozási százalékát az összeshalálozás 3—4%-ára lehetne lenyomni. A grippés betegségek nagy halálozási aránya egyúttal arra is figyelmeztet, hogy a legenyhébb hurutos tünetet is angolkór jelenlétében a legkomolyabban kell elbírálni.

A negyedik csoport a fertőző betegségeket foglalja magába. Mint ismeretes, ez a csecsemőkorban nem számottevő és inkább a kisgyermekkorban esik latba. Az ellene való védekezés és küzdelem az Országos Közegészségtani Intézet tervszerű és egységes működése folytán állandóan csökken, amire legszebb példa az 1938. évben kötelezővé tett diphtheria védoltások óta mutatkozó szórványos diphtheriás megbetegedés. Ezen a téren tehát a legjobb úton haladunk.

Ötödik csoportba azok a betegségek kerültek, melyeknek oka a gondozottság hiánya. Kimagaslik a rángógörcs következtében elhaltak száma. Ezek legnagyobb részét angolkóros tetániának kell venni és csak kisebb részük agylob, vagy rosszul diagnostizált más természetű és görccsel járó betegség. Az angolkór, helyesebben annak felismerése csak orvosi gondozottság hiánya. A tisztázatlan gondozás vezet legtöbbször köldök- vagy bőrgyulladásra és csak ritka eset az, amikor egy megelőző betegség következtében legyengült csecsemőn jelentkezik. A baleset és csecsemősorvadás (ez utóbbi, ha nem alkati) szintén az elégtelen gondozás folyománya. Az anya munkába jár és gyermekét vagy a 4—6 éves testvérkéjére bízza, vagy szomszédokra és legtöbbször ilyenkor történik meg a baleset, vagy helytelen táplálás. E téren tehát nagyon sokat tehetünk, ha a napközi otthonok felállítását sürgetjük. Örömmel kell üdvözölni azt a megindulást, mely a védőnők, tanítónők, óvónők, zöldkeresztes pártoló tagok, az »Egyesült Női Tábor« bekapcsolásával igyekszik legalább nyári gyermekotthonokat létesíteni. Végül annyit, hogy az anya- és csecsemővédő intézményeknek a legnagyobb mértékben hozzáférhetőnek és megközelíthetőnek kell lenni és ki kell terjeszkedni a betegek védelmére is. Nagyon helytelen tehát az a megoldás, mely az ilyen védőintézetek kezéből a gyógyszerrendelést kiveszi. Csak a védő orvos, aki előtt a csecsemő összes adatai ismertek, tudhat helyesen gyógyszerelni és annak mennyiségét is megválasztani.

Összefoglalás: 1. Minden erőnkkel akadályozzuk meg a koraszüléseket és anyagi, erkölcsi és orvosi erőnkkel segítsük elő a terhesség kiviselését. Ha a várható eredmény csak 0.1%, akkor is 1,000.000 gyermek után ez 1000-et tesz ki.

2. A veleszületett gyengeség határán mozgó csecsemők felnevelésére alkalmas osztályokat építsünk. Ha a várható eredmény csak 1%, akkor is 1,000.000 gyermek után ez 10.000.

3. A hurutos betegségek leküzdésének elősegítése érdekében az angolkór megelőzését emeljük a legmagasabb színvonalra, akár törvény erővel is. A várható eredmény óriási, kb. 2.5—3.5%, vagyis 1,000.000 gyermek után 30.000.

4. A gondozottság hiányában elpusztultak megelőzésére a napközi otthonokat a falvakon is építsük ki. A várható eredmény, ha csak 0.05%, akkor is 1,000.000 közül 500-at mentünk meg.

Az elmondottak alapján elérhető javulás csecsemőhalandóságunkat 13.2%-ról kb. 9%-ra csökkentené, mely még mindig nem a megkívánt 5—6%, de számokban kifejezve, 1,000.000 gyermek után, 41.500 megmentését segítené elő.

Novák Rudolf és Társa kiadásában megjelent

ORVOSI MŰSZÓTÁR

Szerkesztette: dr. TORDAY FERENC c. tan.

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

Az 505 oldalas munka ára 16.— pengő.

SENEGA és IPECACUANHA főzetek helyett

CALCIHERBA-tea

ÚJ EXPECTORANS

Már egy adagja szünteti a kínzó köhögést

Minden dobozon pontos utasítás

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

Scarlantin
Diphtantin
Védőoltóanyagok sec. Dr. Deér

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

Sanguityp **Vércsoporthatározó**

Lábadozóknak
Kimerülteknek
NERVITONICUM Dr. Deér
ROBORANS
TONICUM

Effektiv, megnyugtató hatást

a szokásos Valeriana-therápiánál, csak abnormálisan nagy mennyiségü gyógyszerfogyasztás biztosít. Ezen hátrányt kiküszöböli a magas konzentrátióju Baldrian-Dispert. Prof. Haffner szerint 3 Baldrian-Dispert-dragée = 100 Valerian egér egység. Ezen magas hatóérték a "Dispert" gyártási eljárással érhető el.

Csomagolás: 30 dragée aluminiumtokban és 100 dragée üvegben.

Kali-Chemie A.G.
"Rhenania" gyógyszervegyészeti osztálya Berlín.

Magyarországi képviselet: Wack Keresztély Budapest IX 8.

RHENANIA

Baldrian Dispert

Iz-, szagtalan és narkoticummentes sedativum.

Lényeges olcsóbbodás a himhormon therápiájánál

Prostata hypertrophiánál,
potenciazavaroknál,
neurasténiás zavaroknál,
női emlői-fájdalmaknál,
pruritus vulvaenál

Anertan
per injectionem

4 ampulla à 5 mg Pengö **11.25** + —.45 (P 15.— helyett)
4 ampulla à 10 mg Pengö **15.**— + —.60 (P 25.— helyett)
4 ampulla à 25 mg Pengö **30.**— + 1.19 (P 30.— a régi 2 × 25 mg-os csomagolás helyett)

Anertan-Olaj
bedörzsölésre

10 gr-ot tartalmazó üveg (= 50 mg testosteronpropionat)
Pengö **15.**— + —.60 (P 22.50 helyett)

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

Magyarországon forgalomba hozza: **Walter és Dummel, Budapest. V., Mérleg-u. 10**

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET.

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

A nyálkövekről. *G. Imming.* Bruns. Beitr. 172. 3. A szerző hat eset alapján foglalja össze a nyálkövek klinikai tüneteit és azok kezelési módját. A kövek leggyakrabban egyedül fordulnak elő a nagy mirigyek kivezető csöveiben, ahol is sokáig panasz nélkül maradhatnak, majd hirtelen heveny kórképet okozva, szükségessé teszik eltávolításukat. Az eltávolítás helyi érzéstelenítésben, a mirigy kivezető csövébe vezetett szondával való felkeresés után, rámetszéssel történik. (G. 39.)

vitéz Lázár Dezső dr.

A végbélrák gyógyítása transanalis elektrokausztikával. *Kallins.* Bruns. Beitr. 172. 3. A szerző hangsúlyozza, hogy az elektrókausztikát, mint kezelési módot nem akarja a műtéti kezeléssel párhuzamba állítani, bár az eljárás gyökeresség szempontjából a Kraske-Voelker-féle amputatiónak felel meg. A végbélrákos betegek nagy százaléka inoperabilis, a sugaras kezelés pedig nem vált be, ezeknél pótolhatatlan az elektromos égetés. Gyökeres eljárásként alkalmazza ezenkívül különböző polypoknál, operabilis carcinománál, ha a beteg állapota a műtétet ellenjavalja (cukorbaj, nephritis, decompensált szívbaj), vagy ha a beteg az operációba nem egyezik bele. Nagyobb és a környezetben gyulladásos reakciót kiváltó ráknál az operálhatóság elérésére anus praeternaturalis készítése helyett használja. Nélkülözhetetlennek tartja a tumor okozta esetleges következmények (intoxicatio, subileus, ileus) elhárítása céljából. A kivitelezésről szólva a szöveteknek blokkszerű felfőzésénél többre tartja az ékhatással járó pörkösítést. Ez utóbbi nem pusztítja úgy el a daganatot környező ép szövetet, így a szervezet helyi védekezését nem küszöböli ki. Részletesen ismerteti az elektrókausztika klinikai alkalmazásának technikai részét és felhívja a figyelmet az eljárás veszélyeire, a perforációra és az utóvérzésre. (G. 40.)

Ifj. Bakay Lajos dr.

Adatok a »veleszületett« homokórahólyag kérdéséhez. *Tilk.* Bruns. Beitr. 172. 3. Az eddigi vizsgálatok ismertetése után saját esetéről számol be. Betegén az elváltozás traumás eredetű. Régi húgycsősérülése szűkülethez, ez pedig többszörös műtét ellenére az urethra hátsó részének előhólyagszerű kitágulásához és a hólyag diverticulosisához vezetett. A kórképet az ureterek és vesemedencék tágulata egészítette ki. A szerző erősen kétkedő álláspontot foglal el a homokórahólyag kongenitalis jellegét hangoztató elméletekkel szemben. (G. 41.)

Ifj. Bakay Lajos dr.

Csonttörések és vesekövek összefüggése. *Tóth.* Bruns. Beitr. 172. 3. A csonttörések és a vesekövek keletkezése között bizonyos esetekben egy egyelőre még theoretikusan nem teljesen tisztázott összefüggés található. A szerző három esetről számol be. Jellemzőnek találja a törés után a serum calcium-tartalmának változását, amely a Ca-szintnek egy rövid, shokkhatásából származó csökkenése után, kifejezett emelkedést mutat. A serum Ca-tükörnek ezen megváltozása a vizeletben a colloid-kristalloid egyesúlyt megváltoztatja, amely egyéb tényezők közrejátszásával a vesekövek képződéséhez vezethet. (G. 38.)

vitéz Lázár Dezső dr.

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

TÁBORI EGÉSZSÉGÜGY ÉS HADISEBÉSZET

Rovatvezető: *Sereghy Emil.*

Lövéses állcsontsérültek ellátása az elülső tábori intézetekben. *Lehner D. D.* Militärarzt 1942/2. A szerző igen mostoha viszonyok között (éjjel, sötét, szűk helyen, víz és röntgenhiány, stb.) rövid idő alatt 70, túlnyomólag gránátszilánk okozta arcsérültet látott el. Fájdalomcsillapításra scopolamin-ephetonin-eucodalt adott érbe. A kezelést a törtvégek helyretevésével és sinezésével kezdte, azután látta el a lágyrészsérülést. Állcsontlövés ritkán fordult elő. Helyreigazítás után a rögzítést jól tartó varrattal és az állkapocsnak rágó nyomásával végezte, melyet kívülről az áll és a koponya körül elhelyezett gumikötéssel támogatott. Állkapocstörésnél helyretevés után békében is bevált drótrögzítőkötést alkalmazott. Állkapocshiánynál az állkapocs fogait dróttal erősítette az állcsont fogaihoz. Az ar. carotis externa és art. lingualis lekötése vérzéscsillapítás céljából nem vált szükségessé. Az arc formáit adó részeinek (ajak, szájszél, szemhéj, orr, stb.) sérüléseinél nemcsak közelítő irányöltéseket helyezett be, hanem — ha a sebviszonyok megengedték — sűrű varratot alkalmazott. Mindig gondoskodott a váladék levezetéséről. Az orr csontos vázának roncsolásánál az orrjáratokba bevezetett gumitömlő felett igazította helyre a törtdarabokat és azután látta el a lágyrészsérülést. Tekintettel a hosszadalmas szállításra, a sebváladék levezetésére hosszú dréncsöveket alkalmazott, melyeket a melltájékra erősített üvegbe vezetett. Állkapocssérülteket lehetőleg azonnal repülőgéppel kel a hátország megfelelő intézetébe szállítani. Ha ez nem lehetséges, 3—5 nap elmultával, amikor a szövődmények veszélyén (collapsus, fertőzés, nyeléses tüdőgyulladás, gégevizenyő) túl van, szállíthatjuk vonaton a hátországba.

Somogyi B. Pál dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

A chemiai úton történő szarufestésről. *Fassbind-Knapp.* (Klin. Mbl. f. Augenheilk. 108. B. jun.). A módszer előnyei a többivel szemben egyszerű kivitele, a szövődmények ritkasága, a szép kozmetikai eredmény, továbbá az, hogy egy ülésben bármilyen nagy heg befesthető éles határral. Veszélytelensége miatt többízben megismételhető, az eléggé gyors (1—2 év) elszíntelenedés miatt erre szükség is van. A szép kozmetikai eredmény az $AuCl_3$ ill. $PtCl_4$ oldat töménységétől függ (sötétebb vagy világosabb árnyalat), és a redukáló szer megválasztásától (hydrazinhydrat ill. adrenalin v. tannin). (32.)

Nagy Ferenc dr.

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

BÉHEXOS: CUKORINJECTIO B_1-VITAMINNAL
„CERTA" GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R.T. BUDAPEST

A szemhéj hibás állásának diathermiás műtétéről. *Hartmann.* (Klin. Mbl. f. Augenheilk. 108. B. jun.) Műtét menete: Helyi érzéstelenítésben 0,4—0,8 mm-es elektróddal 60—150 MA árammal 1 mp-en át 6—8 beszúrás a bőrön át a szemhéj fél vastagságáig a szemhéjszéltől 1,5 mm-re egymástól 2 mm-re egy vagy két sorban szükség szerint. Javallatok: kezdődő öregkori szemhéjkifordulás (eversió p. lacr.), öregkori szemhéjbefordulás, másodlagos szemhéjbefordulás kis szemteke miatt és még néhány eset. A műtét rendkívül egyszerű, veszélytelen, ambulanter elvégezhető. Túleredmény nem fordul elő, elégtelenség esetén megismételhető, dozirozható. Szerző sürgős kipróbálását ajánlja mindezen előnyök miatt. (31.).

Nagy Ferenc dr.

A choriocapillaris ráksejt emboliája és a ráksejtek intracapillaris növekedése. *Leopoldsberger.* (Graefes A. f. O. 145. 95. 1942.) Szerző utal arra, hogy újabban több esetben figyelnek meg rákáttételt a szemben, mint régebben és ezt azzal hozza összefüggésbe, hogy a rákos betegek élettartama kitolódott az utóbbi években. Az irodalmi esetek áttekintése után rátér saját esetére: gyomorrákban elpusztult beteg boncolásakor számos áttételt találtak a bélrendszerben, hasi szervekben, csontokban, agyhártyákon. Mindkét uveában áttétel volt és különösen feltűnő volt a choriocapillaris számos daganatsejt emboliája. Rákáttételek főképen a choriaideában fordulnak elő és egyéb részeiben a szemnek kivételesek, amit szerző a chorioidea sajátságos keringési viszonyaival magyaráz meg. (35)

Radnót Magda dr.

A szaruhártya »fehér gyűrűiről«. *Hesse.* (Graefes A. f. O. 95. 253. 1942.) 51 esetben figyelhette meg »fehér gyűrűk« képződését a szaruhártyában. Az elváltozás legtöbbször szabad szemmel nem, csak cornaemikroszkóppal figyelhető meg, gyakoribb, mint ahogy az irodalmi közlések alapján feltételezhető. Az elváltozás a Bowman-hártya területében van. Az a körülmény, hogy főképen férfiakon fordul elő, a szemrés területében helyezkedik el és rendszerint olyan egyéneken fedezhető fel, akik többször sérültek és főképen cornealis idegentesteknél, arra utal, hogy traumával kapcsolatos a gyűrűk keletkezése. Szerző feltételezi, hogy forró idegentestek okozzák az elváltozást, amelynek elhelyezkedését úgy magyarázza, hogy a coagulált Bowman-hártya nem regenerálódik, míg fölötte a hám újraképződik. (36)

Radnót Magda dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő.*

Tbc. bacillusok tenyésztéséről bőrtuberculosis esetén; a fertőzés útjairól és megelőzéséről. *H. Lüsebrink.* (Arch. f. Derm. 183. 1.) Szerző 200 esetben ojtott le tuberculosisra gyanus szövetelemekből különböző táptalajokra, köztük egy Witte által módosított Petragnani-féle táptalajra. A human törzsek glycerintartalmú ilyen táptalajokon kiadósan nőttek, érdes köldökszerű tenyészeteket alkottak és nyulakra ártalmatlanok voltak a bovinokkal szemben. Mindazonáltal a nyulpathogenitást a bacillusok fajának meghatározására a tenyésztéssel szemben kevésbbé értékesnek tartja a szerző, ha emberbőrből történnek az ojtások, mert a bacillusok évek folyamán átalakulást szenvednek a bőrben. 200 leojtásból 51-nél nem mutatkozott növekedés; ebből 19 később biztosan tbc. mentesnek bizonyult, viszont 9 további tengerimalacpassage útján később positiv eredményt adott. A bőrből származó ojtások 19%-a volt bovin törzsű, ami a tbc-s tejjel való gyakori fertőződésre utal és a tejnek élvezete előtt való feltétlen felforralását teszi szükségessé. (Sz. 35.)

ifj. Nékám Lajos dr.

A kisérleti emberbőr leishmaniosisáról. *F. Flarer* és *V. Grillo.* (Arch. f. Derm., 183. 1.) Tíz egészséges és tizenöt bőr-leishmaniosisban szenvedőn végeztek ojtásokat leishmaniás szövetdarabkák és szövettörmelékek befecskendezésével. Mindkét csoportban hat ojtás adott biztosan positiv eredményt. Az egészségesen a granulomák megjelenéséig az incubatios idő hosszabb — egy hónap is lehet, — míg a második csoportban lényegesen rövidebb. Egészségesek ojtásakor a leishmaniák könnyen kimutathatók, a granulomák lymphohystiocytaer jellegűek, míg a már előzően megbetegedettek ojtási granulomáiban a kórokozók csekély számúak, viszont a granulomák tuberculoid szerkezetűek. A mesterséges leishmanisis könnyebb lefolyású mint a természetes és ezért a szerzők véleménye az, hogy spontán fertőzés eseteiben a kórokozók más biológiai szakban vannak, mint amikor már a kóros szövet elváltozásokhoz vezettek. (Sz. 38.)

Ifj. Nékám Lajos dr.

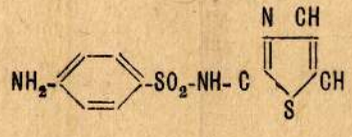
KÖNYVISMERTETÉS

Handbuch der Erbkrankheiten Bd. 4. Zirkuläres Irresein (manischdepressives). Psychopathische Persönlichkeiten. *A. Gütt.* (Verlag Georg Thieme, Leipzig. 1942. X. 335. lap, 4. ábra és 5 színes nemzetségtábla. Ára kötve 18 RM.) A Gütt szerkesztésében megjelenő, az örökléses betegségekről szóló nagy gyüjtőmunkának 4. kötetében néhai Lange J. a maniásdepressiós elmezavar klinikáját, Luxemburger J., az öröklésbiológiai és Pohlisch K. az orvosi védekezésről (erbpflégerisch) szóló részt tárgyalja. Lange a Kraepelin iskolája értelmében határolja körül a maniásdepressiós elmezavart, de tekintettel van a Kleist autochton degeneratiós elmebaj csoport klinikai formáira is (zavartsági elmebaj, motilitasi elmebajok, expansiós confabulosis, hypochondria, paranoid határelmebajok, expansiós autopsychosis, időszakos hallucinosis stb.), valamint más betegségekben való összefüggést is tárgyalja. Luxemburger az öröklésbiológiai részben az öröklés menetére vonatkozólag megállapítja, hogy egyelőre nem lehet többet mondani, hogy a maniás-depressiós elmezavar genotypusa valószínűleg igen bonyolult szerkezetű s dominans meg recessív tényezői vannak. Pohlisch nagy óvatosságra int fajegészségi cselekvésünkben. Meddősítés csak az egészen kifejezett esetekben szükséges. Tekintetbe kell venni, hogy a legtöbb esetben igen sok nagyértékű egyénről van szó.

A kötet második része a psychopathias személyiségekről szól, ezt egészben Heinze-Brandenburg írja. Az egyes psychopathiak megítélése ma még nagyon bizonytalan, egyesek a manias-depressiós elmezavar körével, mások a schizophreniával hozzák összefüggésbe. Különösen sok zavart keltett a Kretschmer schizothym -- schizoid — schizophren, valamint a cyklothym — cykloid — cirkularis elmezavar összefüggési sor, melyet klinikailag nem tudunk bizonyítani. Azt tudjuk, hogy már egészséges emberek elmebeli megnyilvánulásai is igen eltérhetnek egymástól. Különösen tekintetbe kell venni, hogy az értelmi megnyilvánulások teljesen függetlenek a jellemtől és a lelkülettől. A psychopathiák nem betegségek, hanem a jellem és a lelkület variansai, kisebb vagy nagyobb eltérései a kedélyi világnak, a magatartásnak, a törekvésnek, érvényesülésnek, a hangulatnak, indulatoknak, az ösztönéletnek stb. Miután pedig ilyenek egészséges emberek között is előfordulnak, az átmenet a pathologiásba szinte folytonos. Ezért az öröklésmenet meghatározása egészen bizonytalan még. Az utolsó fejezetben arra a kérdésre válaszol, vajjon lehet-e és mely psychopathias egyéneket a német 1933. VII. 14. törvény keretében meddősíteni beteg utódok megakadályozása végett, vagy a jövőben is e törvénytől függetlenül meddősítessenek. Az asocialis psychopathák többsége ugyanis sem gyöngeelméjű, sem másképpen nem kórosan terhelt a

CIBAZOL

p-aminobenzolsulfamidothiazol



Peroralisan hatékony, kitűnően türhető chemotherapiás szer bakteriumos fertőzések kezeléséhez.

Lobaris- és broncho-pneumonia
Heveny agyhártyalobok
Heveny és idült gonorrhoea
Más localizált coccusfertőzések
Általános coccusfertőzések

Cibazol tabletták á 0.5 g
Csomagolások 20 és 250 drb.-bal
Ampullák á 5 kcm (1 gr Cibazol- Na)
Csomagolások 5 és 50 drb.-bal

Kísérleti mintát az orvos uraknak kívánságra készséggel küld:
Jakitsch János Budapest, V., Rudolf-tér 5.
A Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel, (Schweiz) képviselője.

Friss növényekből standardizált gyógyszerkészitmény
növénytani
chémiai
biológiai
vizsgálatok biztositják a
TEEP készitmények
pontos összetételét és
megbizhatóságát.
Belladonna Teep és mite forte
1 tabl. = 0·5 ill. 1 mg Atropinnal aequivalens összalkaloida
Digitalis Teep
1 tabl. = 0·05 g standard Digitalis levélpor hatásértékével
Valeriana Teep
1 tabl. = 0·125 g friss radix valeriana összhatóanyaga
Viscum Teep
1 tabl. = 0·12 g friss viscum alb. összhatóanyaga
Tartalmazzák a friss növény hatóanyagait pontosan standardizált állapotban. Állandó összetételűek, felszívódásuk gyors, toxikus tünetek nincsenek.
Készíti és forgalomba hozza:
SZILÁGYI gyógyszerész, Budapest
Dr. Madaus megbizásából

törvény értelmében. Ezért ezt csak egy új államvédelmi törvényben lehet szabályozni. Azután a házassági törvényt is megváltoztatná ebből a szempontból, mert a házasság nem lehet öncél, hanem a fajfenntartás szolgálatában álljon. *Reuter Prof.*

A községi egészségügyi közigazgatás gyakorlati útmutatója. *Kerbolt—Szparny.* (Novák-kiadás. Ára 30 P.)

Az orvosvezérünknek ajánlott mű értékét és jelentőségét az OKI főigazgatójának könyvismertetésnek is beillő előszava jellemzi. Szerzők a községi és körorvosi kar kimagasló tagjai, akik a szaktudás és gyakorlat adta biztossággal vezetik az olvasót abban az útvesztőben, melyet a rohamosan szaporodó közegészségügyi vonatkozású törvények, miniszteri és törvényhatósági rendeletek alkotnak. Vitathatatlan bevezetésük azon megállapítása, hogy »az egyre szaporodó hivatalos munkatöbblet a községi orvost is majdnem egészen elvonja az orvosi gyakorlattól és elsősorban egészségügyi hivatalnokká teszi. Ezt bizonyítja a könyv I. fejezete is, amely a községi orvos által vezetendő *ötven* féle nyilvántartást sorolja fel; megjegyezve, hogy a felsorolás nem teljes, mert egyes megyékben többet kívánnak. A könyv anyaga húsz fejezetre oszlik, amelyből a XI. tárgyalja a Zöld Kereszt ellátását, azzal a megjegyzéssel, hogy ennek részletes leírása külön kötetet tenne ki. Szerzők nagy érdeme, hogy az egyes fejezetekben nemcsak teljes világossággal mutatnak rá a helyes és szabályszerű formai elintézés összes alakiságaira, hanem röviden a tárgy célját, jelentőségét, értelmét is jellemzik, ami a művet érdekessé és élvezetessé, gondolatkeltővé teszi. A könyv alkalmas arra, hogy a községi orvosi tanfolyam anyagát rögzítse, a tanfolyamot nem végzettek és a helyettes községi orvosokat a tájékozatlanság okozta bizonytalanságtól és annak kellemetlen következményeitől megmentse, a visszacsatolt területek orvosaival a magyar közegészségügyet tömören és világosan megismertesse.

Referens szilárd meggyőződése, hogy a könyv anyaga legjobb bizonyítéka annak, hogy az orvosi ügykezelés a célszerűség és szakszerűség szempontjai szerint rendezendő.

Zemplényi Imre.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift. 41. sz. *Rüdisser E.:* Megfigyelések a vesegyulladások kórszármazásáról és kóroktanáról az 1941—42. évi téli háborúban keleten. *Corelli F.:* Hogyan lehet a lázemelkedés előtti rázóhideget megakadályozni? Megfigyelések a rázóhidegről és lázról. *Narath H.:* A tüdő, mint a vér iszapszűrője. *Dürbeck K.:* A Bang-kór therapiája. *Zenker R.:* Kirschner Márton. †.

Wiener Klinische Wochenschrift. 41. sz. *Amreich A. J.:* A nő rákjáról. *Auersperg hg.:* A migrain és kezelése. *Hatieaganu I. és Fodor O.:* Az idült hypoglykämia tünetcsoportja trichinosisban.

Schweizer Medizinische Wochenschrift. 41. sz. *Haemig E. és Heyden W.:* Influenzaszerű járvány tömeges tüdőinfiltratummal (viruspneumonia). *Ballon O.:* Újszülöttek hypoprothrombinanaemiájának prophylaxisa K-vitaminnal. *Feil L.:* Vastherapia Ferroredooxon Roche-al. *Junet R. és Alphonse P.:* A rheumás betegség egy ritka alakja: a Meynet f. csomósodás. *Vetter Lt.:* Fülészeti vizsgálat egy motorisált IK században. *Bucher O.:* Leonardo da Vinci mint anatomus. 42. sz. *Lutz W.:* Eccema és eccemaszerű bőrlobok. *Arnold M.:* Az extrapleuralis pneumothorax hatékonyságáról. *Jaffé R.:* Milyen tanulságokkal szolgál a Bilharzia cirrhosis a májcirrhosis problémáit illetően. *Kunz A. F.:* Laktoflavin-anyagcsere generalisált eccema két esetében túlnyomóan nyers diaeta mellett. *Oettel H.:* A hatásváltozásról. *Paikard R.:* Dermatosisok kezelése Fissan-készítményekkel. *Hoffmann W.:* Diptheria és vörheny intézeti kezelése. *Gubler E.:* Genfi szülésznők és egészségügyi rendészet.

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

MENFORMON
DIMENFORMON

KLIMAKTERIALIS PANASZOKNÁL ÉS MENSTRUATIÓS ZAVAROKNÁL

Mintát és irodalmat készséggel küld a magyarországi vezérképviselet

N.V. ORGANON
OSS (HOLLANDIA)

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

SEDYLETTA tabletta 30×0·015 gr

Általános hatású psychikus megnyugtató, kitűnő spasmolitikum | Szabadon rendelhető: OTI, MABI, MÁV, Székesfőv. S. A., DOBBI | Podmaniczky-gyógyszertár Budapest, VI

VEGYES HIREK

Hősi halált halt orvos. *Göbl Zoltán dr.*, Szatmárnémeti város társadalmának közkedvelt tagja, ki a nemzetvédelmi mozgalomnak is egyik szervezője volt s legutóbb mint orvos-százados teljesített szolgálatot, hősi halált halt. Orvosi rendünk hősi halottjának emlékét kegyelettel őrizzük.

A Gyógyhelyi Bizottság fürdős- és masszőrképző tanfolyama. A Budapesti Központi Gyógy- és Üdülőhelyi Bizottság az elmult évekhez hasonlóan most is megrendezi fürdős-, masszőrképző tanfolyamát Benczur Gyula prof. vezetésével. A tanfolyam december 7-én kezdődik, öt hónapig tart s azon férfiak és nők egyaránt résztvehetnek. Részvételi díj 100 pengő. Jelentkezés és részletes felvilágosítás a Gyógyhelyi Bizottságban (V., Vigadó-tér 3, távbeszélő: 181-280 és 180-965) mindennap 10 és 1 óra között.

Finnországban a főiskolák összes fakultását ismét megnyitották, miután három semesteren át zárva voltak.

Az Egyesült Államokban az elmebetegek száma kb. 600.000. Minden évben kb. 120.000 új beteg van, kiknek kezelése évente 200 millió dollárba kerül.

Orvoskari Naptárunk helyes adatai érdekében kérjük mindazon kartársainkat, kiknek neve a naptárban szerepel, hogyha nevük, hivatali beosztásuk, lakásuk, telefonszámuk az év folyamán megváltozott, azt szerkesztőségünkkel közölni szíveskedjenek.

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

HETIREND

Hétfőn, 26-án 7 ó. a Bp. Orvosi Kör ülése. *Sándor I.:* Sulfanylamidok használata a sebészi gyakorlatban.

Kedden, 27-én ½7 ó. a Bp. Orvosi Kaszinó ülése. *Hajós K.:* Az emésztőszervek allergiás betegségeiről.

Szerdán, 28-án 6 ó. a Közkórházi Orvostársulat ülése. *v. Cseley J.:* Hétéves megfigyelések tifuszos betegeken. — *Jobbágyi Gy.:* Az idült méhen kívüli terhesség operativ gyógyítása (laparatomia vagy kolpotomia?).

Szerdán, 28-án 6 ó. a Magy. Orvosok Röntgen Egyesületének ülése. Bemutatás: *Végh J.:* Csigolyasérüléssel szövődött haslövés esete. *Várady K.:* Diapositivkészítés fogfilmre. — Előadás: *Várady K.:* Méhenbelüli magzat koponyájának pontos mérése. *Ifj. Kováts F.:* Röntgenkép és thoracoscopia.

Pénteken, 30-án 6 ó. a Bp. Kir. Orvosegyesület ülése. Előadások: *Henszelmann A.:* Chyzer Kornél emlékezete. *Kubányi E.:* Féregnyúlványeredetű hashártyagyulladások kezelése hazai reconvalescens peritonitis serummal. Bemutatás: *Szecsey Gy.:* Tonsillectomia után kelettkezett peritonitis.

Budapest székesfőváros főpolgármestere.
2247/1942. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A székesfőváros közkórházainál megüresedett három al- és három segédorvosi (belbeteg osztályon egy al-, egy segédorvosi, tüdőbeteg osztályon egy alorvosi, sebészeti osztályon egy segédorvosi, szülő- és nőbeteg osztályon egy al-, egy segédorvosi) állásokra pályázatot hirdetek.

Az állást elnyerni óhajtók hozzám címzett szabályszerűen felbélyegzett kérvényeiket *Budapest székesfőváros közkórházai központi igazgatójának hivatalában* (VIII., Gyulay Pál-utca 2. I. em) 1942 október 31-én déli 12 óráig nyujtsák be.

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

Budapest, 1942 október 13-án.

Dr. Homonnay s. k., főpolgármester.

Budapest székesfőváros főpolgármestere.
2140/1942. fp. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Az 1934. évi XII. tc. 13. §-ában biztosított jogomnál fogva nyilvános pályázatot hirdetek a székesfőváros közkórházainál megüresedett egy röntgenlaboratóriumi végleges alorvosi állásra.

Felhívom mindazokat, akik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felbélyegzett kérvényüket 1942 október 29. napjának déli 12 órájáig hivatalomban (IV., Váci-utca 62—64. szám, I. em. 11) nyujtsák be.

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

Budapest, 1942 október 10.

Dr. Homonnay s. k., főpolgármester.

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

Expectin SOL. CSEPPEK

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

ELŐÁLLITJA ÉS FORGALOMBAHOZZA

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

10 gr. ára P 2.20

Uricedin

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

Magyarországi vezérképviselet:

Medichemia Gyógyszerkészítmények Gyára R.T.

Budapest, X., Hölgy-ucca 14

J. E. Stroschein

Chemische Fabrik K. G.

Berlin

DORMOVIT*

alvási zavaroknál

20—30 percen belül elaltat,

6—8 órás alvást biztosit,

friss ébredés mellett.

*) Furfurylisopropylbarbitursav

DIWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A.G., BERLIN-WAIDMANNSLUST

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

VITAPLEX „B" CHINOIN

(VITAPLEX „B_1"-CHINOIN)

HAZAI GYÁRTÁSÚ, KRISTÁLYOS B_1-VITAMIN KÉSZITMÉNY

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

TABLETTA : 20×1 mg, 20×3 mg

FŐBB JAVALLATAI: Beri-beri, különféle eredetű neuritisek, polyneuritis. Neuralgiák, ischias, migraine, herpes zoster. — Diabetes mellitus, hyper- és hypothyreosis. — Gyomor-, bélatonia, étvágytalanság, hyperemesis. — Myocardialis elváltozások, nephrosis. — Ulcus-étrend, gyomor- és bélrák.

86. évfolyam. 44. szám. Budapest, 1942. október 31.

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 »Orvostudományi közlemények«-kel együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 1000 lei, egyéb külföldre a belföldi díjak + portóköltség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyedévre negyede, egy hóra 2·50 P.
A »Magyar Orvosi Archivum« egész évre 10 P., 70 slk., 400 lei.

ACEDICON

a makacs köhögésnél

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

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

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

INGELHEIM

C. H. BOEHRINGER SOHN · INGELHEIM AM RHEIN

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

Expectin SOL. CSEPPEK

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

ELŐÁLLITJA ÉS FORGALOMBAHOZZA

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

10 gr. ára P 2.20

FERTŐZÉS LEKÜZDÉSÉRE

PARAGEN

Polypeptidek, fehérjebomlástermékek és chinolinszármazék kombinációja

Antibakteriális • Méregtelenítő • Ellenállástfokozó

Javallatok:

Fertőzéses, különösen heveny izületi rheumatizmus, heveny rheumatoid és azok súlyosbodó alakjai. Szeptikus megbetegedések. Toxikus fertőzésekben, mint diftéria, vörheny stb. a kezelés támogatására. Allergiás betegségek.

BAYER

»Behringwerke«
LEVERKUSEN

1, 3, 5 és 50 ampulla à 2 kcm

A HONVÉDSÉGNÉL ENGEDÉLYEZVE

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

BELLETOVAL (TABL.)

1 tabletta 0·25 mg belladonna összalkaloidát és 0·05 g butyl-aethylbarbitursavat tartalmaz

Indikációk: Ideges, izgalmi állapotok. Paralysis agitans. Migrén. Dysmenorrhoea. Hyperemesis.

Adagolás: Individuális. Általában 1—4 tabletta naponta, gyermekeknek megfelelően kisebb adagok.

Forgalomba kerül: 20 tablettát tartalmazó fiolákban.

Richter Gedeon Vegyészeti Gyár R.-T., Budapest X.

86. évfolyam. 44. szám. Budapest, 1942. október 31.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

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

TARTALOM:

Benkovich Géza: A heveny gyomorátfúródás műtéte. (523—524. oldal.)
Brenner József: A vérátömlesztés koraszülötteken. (524—526. oldal.)
Szolár Béla: Egy koponya-agysérülés esete. (526—527. oldal.)
Makara György és Scheitzné, Sulyomi Klára: Érdekes human-parazitológiai esetek. (527. oldal.)
Melléklet. Az Orvosi Gyakorlat kérdései. (85—88. oldal.)
Irodalmi szemle. (528—531. oldal.)
Vegyes hírek. (531—532. oldal.)
Hetirend. (532. oldal.)

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

A heveny gyomorátfúródás műtéte.

Írta: *Benkovich Géza dr.* tanársegéd.

A sebészi szakirodalom egyik kísértetként visszavisszatérő vitakérdése a gyomorátfúródás műtéti megoldása. Nincs év, hogy valahol, vagy a hazai vagy a külföldi irodalomban, akár körkérdés keretében, akár egyes közleményekben, sebészek ne mondanák el véleményüket e kérdésről. Álláspontjuk indokolására felsorakoztatják mind az elméleti elgondolások, mind a statisztikák egész fegyvertárát. Általánosan elismert irányelveket azonban, mint azt a nemrég e lap hasábjain megjelent közlemények is bizonyítják, megállapítani mindezideig nem sikerült. Ez nem is várható. Az egyes szerzők beteganyaga, mind a betegek általános erőbeli állapotát, mind az átfúródás és műtét között átlagosan eltelt időt tekintve, jelentősen különbözik egymástól. Nem véletlen, hogy az elsőleges csonkolás pártolói fővárosi sebészek. A főváros lakossága általában jobb szociális és egészségügyi viszonyok között él. Gyomorpanaszok esetén inkább áll módjában kímélő étrendet tartania. A vidék népe, ha gyomra nem tűri a rendelkezésre álló táplálékot, csak úgy tud diétát tartani, ha — koplal. Tekintve, hogy az átfúródásoknak csak kb. 10—15%-ában hiányoznak csak a hosszabb-rövidebb ideje fennálló gyomorpanaszok, a betegek legnagyobb részének ellenállóképessége az átfúródás időpontjában, a ki nem elégítő táplálkozás következtében már nagy fokban csökkent. A fővárosi ember részben magasabb értelmi színvonala miatt, részben, mert valamilyen biztosító intézet tagja, sokkal korábban fordul orvoshoz, mint a falu népe, mely szegénysége, de sajnos, sok esetben nemtörődömsége és zsugorisága miatt rendszerint már csak akkor hív orvost, ha a szokásos háziszerek már csődöt mondanak. A fővárosban a jól megszervezett betegszállítás perceken belül eljuttatja a beteget a megfelelő gyógyintézetbe. Vidéken, különösen a tanyavilágban a betegeket sokszor kilométereket kell szekéren szállítani a legközelebbi köves útig, ahol végre, jó esetben, a küldönc és telefon segítségével kihívott mentőgépkocsi felveszi és beszállítja a beteget. Sokszor azonban órákig tartó szekerezés és vasútazás után kerülnek a betegek a klinikára.

A fővárosi és vidéki viszonyok különbözőségét magam is közvetlenül tapasztaltam. Mint a Székesfővárosi Szent Rókus-közkórház sebészeti osztályának orvosa, alkalmam volt észlelni a fővárosi beteganyagot. A betegek nagyrésze az átfúródás után egy-két órával került a kórházba, ritkaság volt, ha az átfúródás és a műtét között több, mint 6 óra telt el. Az átfúródásokat elvarrással kezeltük. Eredményeink igen jók voltak, a halálozás csekély. Amikor a debreceni sebészeti klinikára kerültem, megdöbbentett a fekélyátfúródások nagy halálozási arányszáma. A betegek későn, nem ritkán 2—3 nappal az átfúródás után jutottak csak el a klinikára. *Szeleczky*, aki a Bruns Beiträgeben közelesen megjelenő munkájában feldolgozta a klinikán gyomor-nyombél-átfúródással 1924—41 között műtött 209 esetet, megállapította, hogy 1924—1933-ban átlagban 30 órával. 1934—1941-ben még mindig átlagban 15 órával az átfúródás után kerültek a betegek műtétre. A halálozás ennek megfelelően 54%, illetve 24% volt. Ezzel szemben a 6 órán belül műtöttek közül csak 7.5%-ot, illetve 2.8%-ot vesztettünk el, a 3 órán belül műtöttek közül pedig egyet sem.

A műtét régebben klinikánkon a fekély elvarrásában és hátsó anastomosis készítésében állott. Egy időben, az ily irányú közlemények hatására, arra alkalmasnak látszó esetekben, elsődleges csonkolást végeztünk. Az anastomosis azonban, mint az különben ma már általánosan elismert, a fekély gyógyulását nem mozdítja elő, sőt az anastomosis-betegség, az éhbélfekély keletkezésének veszélyével jár. Ezért az utóbbi években csak akkor végezzük, ha a fekély elvarrásával a gyomorszáj nagyon beszűkül. Az elsődleges csonkolással tapasztalataink nem voltak kedvezőek. 14 csonkolást végeztünk, 9-nél arra alkalmasnak látszó betegen, 5-nél azért, mert a fekélyt nem sikerült elvarrni. Előbbiek közül 1 beteget, utóbbiakból 4 beteget vesztettünk el. Véleményem szerint egyszerű elvarrással, illetve *Neumann-Braun* műtéttel ezek egyrészét is megmenthettük volna. Bár

az eljárás pártolói szerint a halálozási arányszám megfelelő esetekben nem nagyobb, mint át nem fúródott fekélyek csonkolásában, véleményünk szerint ez a körülmény nem elégséges ahhoz, hogy ezt a műtétet »Operation der Wahl«-lá avassa. Nem eléggé csábító az sem, hogy a beteget »egy ülésben egészségessé operálhatjuk«. Csak irígyelni tudjuk azokat a szerzőket, akik, mint az idézett *Judine* is, betegeik 75%-án el tudták végezni a csonkolást, mert megfelelő kiválogatást feltételezve, ez azt jelenti, hogy az esetek ¾ részében jó erőben lévő betegeket, röviddel az átfúródás után operálhattak. A 9%, sőt még az 5.2% halálozást is magasnak kell azonban tartanunk. Meggyőződésem szerint ezeknek a jó erőben lévő betegeknek is nagy része életben maradt volna, ha csonkolás helyett a műtő megelégedett volna az egyszerű elvarrással. Nem fogadható el az az érvelés sem, hogy a nagyon szakadékony szövetek kényszeríthetnek csonkolásra. A *Neumann*-, esetleg *Braun*-műtét még látszólag reménytelen esetekben is jó szolgálatot tehet, mint azt egy nemrég műtött esetem is bizonyítja:

38 é. fi. 2 éve gyomorpanaszok, melyek pár hete gyakrabban jelentkeznek. 12 órája tűrhetetlen hasi görcsök. Orvosa vakbélgyulladással küldi. Sovány, leromlott beteg. Jellemző átfúródásos tünetek. Azonnali műtét aether-altatásban. Hasürből nagy nyomással ürül szagtalan gáz és minden irányból nagy tömegű, ételmaradékokkal kevert, rostonyás, epés, zavaros izzadmány. A nyombél felső, vízszintes szárának alsó felszínén a hasnyálmirigy állományába is beterjedő, 1½×1 cm átmérőjű, egyenetlen, beszűrődött szélű nyílás, melynek szélein nyálkahártyaredők buknak elő. Elvarrást meg sem kíséreljük. Nyílásba 26 Ch° Nelaton-kathetert helyezünk és azt a sorvadt, áttetsző csepleszsel lehetőség szerint körülvesszük. 3 napig hashártyagyulladás tünetei, melyek lassan visszafejlődnek. Douglas-tályog keletkezik, melyet megnyitunk. A 11. napon eltávolítjuk a kathetert. A 38. napon a katheter helyén sarjadó sebbel panaszmentesen távozik.

A fekély elvarrható nem volt, csonkolás esetén a beteget minden bizonnyal elvesztettem volna.

Az átfúródott és át nem fúródott fekélyek csonkolásának műtéti eredményeit csak akkor hasonlíthatjuk össze, ha figyelembe vesszük, hogy át nem fúródott fekéllyel, bár megfelelő előkészítés után, olyan betegek is csonkolásra kerülnek, akiken, átfúródás esetén még az elsődleges csonkolás legrajongóbb hívei sem mernék elvégezni a műtétet. Az elsődleges csonkolás szószólói is csak fiatal, jó erőben lévő betegeket csonkolnak. Ha az át nem fúródott fekéllyel csonkolásra kerülő betegeket is ugyanilyen szigorú feltételek szerint válogathatnánk ki, ezek műtéti halálozása oly csekély volna, hogy senki sem kívánná az elsődleges csonkolás halálozásával összehasonlítani. Átfúródáskor természetesen műtéti előkészítésről beszélni sem lehet. Azt hiszem, a csonkolás legrajongóbb híve is furcsa szemmel nézne arra a sebészre, aki át nem fúródott fekélyt minden előkészítés nélkül, hogy *Bugyi* szavaival éljek, az utcáról a műtőasztalra téve a beteget, csonkolna.

A fekélyátfúródás miatt elhalt betegek halálának oka, mint azt klinikánk anyagán *Szeleczky* is megállapította, végeredményben a collapsus. Ez az átfúródási-, hashártyagyulladásos és műtéti collapsusból tevődik össze. Súlyossága, a külső tényezőkön kívül a szervezet egyéni collapsuskészségétől függ. Ezen készség megállapítására megbízható eljárásunk nincs, itt még a legnagyobb sebészi tapasztalat sem segít. A collapsus leküzdésére nincs megbízható módszerünk. Egyet tehetünk: az egyetlen, hatalmunkban lévő összetevőt, a műtéti traumát a lehető legkisebbre csökkentjük. Kétségtelen, hogy az egyszerű elvarrás a legkisebb műtéti beavatkozás, amelynél a csonkolás még a leggyorsabban dolgozó sebész kezében is sokkal nagyobb megterhelést jelent a szervezetre. A késői eredményeket tekintve, megállapíthatjuk, hogy az egyszerűen elvarrt fekélyek egy része is meggyógyul, a csonkolás sem hoz az életbenmaradottaknak minden esetben teljes gyógyulást. Tapasztalataink szerint azok a betegek is, kiknek fekélye az elvarrás után nem gyógyul meg, vagy később kiújul, a műtét után hosszabb-rövidebb ideig panaszmentesekké válnak. Ezt az időt felhasználhatjuk arra, hogy a beteget a másodlagos csonkolásra előkészítjük. Betegeinket eleinte havonta, később negyed-, félévenként ellenőrízzük. Ha panaszaik ismét jelentkeznének, elvégezzük a csonkolást, annál is inkább, mert előfordul, hogy a kiújult fekély is átfúródik. Egy betegünkön, aki a másodlagos csonkolásba beleegyezni nem akart, három átfúródást is észleltünk, egy-két éves időközökben.

A klinika fennállása óta műtétre került számos fekélyátfúródásban szerzett tapasztalataink és a fentiekben elmondottak alapján álláspontunk a következő:

A gyomornyombélátfúródás legjobb műtéti megoldása a fekély egyszerű elvarrása. Anastomosist csak nagyfokú szükület esetén, szükségmegoldásként végzünk. Ha az elvarrás nem sikerül, *Neumann-Braun* műtétet kell végezni. Az elvarrás után a betegek gyakran ellenőrízendők. Ha panaszok maradnak vissza, vagy jelentkeznek ismét, másodlagos csonkolást végzünk. Az elsődleges csonkolást egyes kiválasztott esetekben elvégezhetőnek tartjuk, de nem ajánlatosnak. Semmi esetre sem tekintjük azonban a fekélyátfúródás általánosan ajánlható typusműtétének.

A szfőv. Madarász-utcai csecsemő- és gyermekkórház közleménye. (Vezető főorvos: Flesch Ármin egyetemi magántanár.)

A vérátömlesztés koraszülötteken.

Irta: *Brenner József dr.* alorvos.

A húszas évek végén többen *(Soldin, Siegmund, Hollósi)* próbálkoztak avval, hogy satnya, koraszülött csecsemőket jobb fejlődésre bírjanak vérsavó, illetve terhesvérsavó vérbe vagy izomba fecskendezésével. Különösen ez utóbbi hatásától vártak sokat, pótolni vélvén a terhesség utolsó idejében ható gonadotrop hormon hiányát. Ez elgondolás alapján egy időben tüszőhormon készítményeket is adagoltak. 1929-ben *Krahulik*, 1930-ban *Jakabovics* vérátömlesztés javallatait felállítva megemlítik a befecskendezett vér jó hatását koraszülötteken, kiemelve, hogy az általános állapotuk javul, az asphyxiára és subnormalis hőmérsékletre hajlamuk csökken.

Osztályunkon mindig alkalmaztuk ezt a transfusios therapiát. 1936. óta bevezettük azt a koraszülöttek felnevelésébe is, eseteink száma a 200-at meghaladja. Statisztikailag eredményeink nem a legszebbek, mert közkórház lévén, a kilátástalan eseteket is felvesszük. Általában — sajnos —— teljesen

kihülve, 36, sőt 35° C alatti hőmérsékkel kapjuk őket, nem ritkán súlyos keringési zavarokkal, néha már bronchopneumoniával, sepsissel is.

A vérátömlesztés substitutiós és ingergyógymód. Tápanyagokat viszünk be. Védőanyagok juttatásával fokozzuk a koraszülöttek ellenállóképességét, kiknek antigénképző képességük fejletlen. Folyadékot pótolunk. A szétesö vörösvérsejtekből vas jut a szervezetbe, melynek — minthogy hiányoznak az utolsó terhességi hónapok — nem volt ideje vasat elraktározni. Vérzéscsillapítólag hat, *Ylppö* pedig sectiók során az agyban, gerincvelőben, bélben az erek áteresztőképessége és szakadékonysága következtében keletkező apró vérzéseket mutatott ki, melyek elősegítik a gyulladáskeltők betelepedését, dyspepsiák, enteralis sepsisek felléptét. A hőmérsékingadozásoknak a hőközpont fejletlensége, a testsúlyhoz viszonyított aránytalanul nagy bőrfelület és a bőr, bőralatti zsírpárna vékonysága mellett a koraszülöttek vérelosztásának különlegessége is oka. A vérátömlesztés következtében nő a vérnyomás, a vérelosztás egyenletesebb. Az idegen fehérje, a feltételezett »Reizkörper« hatására a szervezet általános teljesítőképessége, megújhodó készsége fokozódik.

Ami technikáját illeti, kivizsgált véradóinktól, de lehetőleg az anyától azonos csoportbeli vért adunk. Ha ez végbevihetetlen, IV. csoportbeli vért ömlesztünk át. Emiatt sohasem látunk káros hatást. Helyéül mindig a koraszülöttek jól kifejlett és hozzáférhető koponyavénáit használjuk. Vékony tűvel, helyes technikával minden nehézség nélkül akár másodnaponként fecskendezhetünk be vért sorozatosan, amit praeparatio mellett bajosan tudok elképzelni.

A koraszülöttség és életgyengeség nem azonos fogalmak. Vannak kis súlyú, 1200—1300 gr-os, hat és fél, hét hónapra született csecsemők, akik kezdeti súlyveszteségüket hamarosan pótolják, súlygörbéjüket szilárdan emelkedőben tartják, testhőmérsékletük megfelelő környezetben csekély ingadozással 36 és 37 fok marad, nyelési reflexük kezdettől fogva jó és hamarosan elég erősek, hogy mellről szopjanak. Ezzel szemben a kihordott kissúlyú ikergyermekek táplálásában és felnevelésében a legnagyobb nehézségekkel küzdhetünk.

Eseteink 33.6%-ában (74 eset) láttuk, hogy megfelelő ápolással és női tej táplálással, melyből a testsúly $^1/_5$—$^1/_6$-nak megfelelő mennyiséget adtunk, a súlygyarapodás kielégítő, ingadozás nélkül napi 15—20 g. Ezek között 16-nak születési súlya 1000 g-tól 1500 g-ig, 19-nek 1500 g-tól 2000 g-ig, 39 pedig 2000 g fölötti volt. Az 1500 g születési súly alattiak kórjóslata azonban kétséges. 8 esetben láttuk, hogy jó súlyemelkedés és kielégítő táplálékfelvétel mellett életük második, harmadik hetében asphyxia, légzőcentrumbénulás, szívmegállás folytán halál következett be.

Mi e gyógykezelés javallatának felállításakor általában a súlygörbét vesszük figyelembe. Két-három napi várakozás után, miközben igyekszünk $^1/_5$ testsúlynyi mennyiségű anyatejet koraszülötteinkkel elfogyasztatni, már megítélhetjük a súlygörbe alakulását. Amikor az magától kezd felfelé indulni és koraszülöttünk a továbbiakban is jól fejlődik, természetesen vért nem adunk. De mikor súlyállást, sőt lassú súlyvesztést tapasztalunk, beavatkozunk, hacsak valamilyen tilalom nem áll fent. Igy többszöri asphyxia, elkékülés esetén nem merjük a szívet mégjobban megterhelni. Ilyenkor csak tüneti kezelést folytatunk élesztőfürdőkkel, analepticum és excitánsokkal. 27 öt-tíznapos satnya koraszülöttünket az ilyen sorozatos légzőközpont elégtelenségek egyikében vesztettük el.

Mindig sorozatban alkalmaztuk az eredmény eléréséig. Esetenkint 5, legfeljebb 10 ccm-t ömlesztettünk át. Figyeltük hatását 1. a súlygörbe alakulására, 2. aluszékonyságra, akaratlagos izommozgásokra, síráserősségre, 3. nyelési, szopási készségre, 4. légzésre, szívműködésre, 5. hőingadozásra, 6. vízanyagforgalomra (sclerema, turgor), 7. esetleges betegségekre.

A súlygörbe alakulásában három fajtát különböztethetünk meg.

Láttunk koraszülötteket, akik súlyukban álltak, születési súlyukat sem érték el, hetenkint legfeljebb csak 20—30 g-ot gyarapodtak, sőt fogytak. Ha ezeknek másod-, harmadnaponkint 2, 3—5 vérátömlesztést adtunk, azt láttuk, hogy kezdetben lassú ütemben, majd mind gyorsabb iramban fejlődtek. A továbbiakban pedig hetenkint 100—300 g-ot gyarapodtak. Ezzel kapcsolatban élénkebbé váltak, táplálás közben felébredtek, rövidesen annyira megerősödtek, hogy mellről szívtak, jó színük volt, hőmérsékletüket melegítés nélkül is tartották, esetleges hányások megszüntek. 10 koraszülöttünket sikerült így kielégítő fejlődésre bírni. Volt közöttük 6 és fél hónapra született 1300 g-os is. A legfejlettebb 8 hónapra 2200 g-mal született.

A második csoportban 7 koraszülöttet észleltünk, akik meglehetősen kis súllyal születtek. 1350-től 1700-ig. Nehezen voltak táplálhatók. Lefejt tejet kaptak orrkanállal, vagy sondával. Nem nyeltek, táplálás közben is aludtak, nyöszörögve sírtak, kettőn alszár vizenyőt észleltünk, csak nehezen tudtuk a 36° feletti hőmérsékletet elérni. Súlygörbéjük egészen lapos volt. Ha egyik nap 10 g-ot gyarapodtak, másnapra elvesztették. Ha ezeknek hetenkint két vérátömlesztést adtunk, sikerült heti 60—100 g súlygyarapodást elérni. Jól megfigyelhettük a lökésszerű hatását, az egy-kétnapi ugrásszerű súlygyarapodást. Koraszülötteink élénkebbé váltak, hőmérsékletük mind kevésbbé ingadozott, könnyebben táplálhatók és nem hányják ki a nagyobb mennyiségű, testsúlyuk egyötödének megfelelő nőitejet. Nagyobb energiaquotienst elérve, általános erőbeli állapotuk is javult és így az első 5—6 héten átsegítve őket, végül is mellre téve, továbbra jól fejlődtek.

A harmadik csopodtban 12, 1150—2100 g születési súlyú koraszülöttet észleltünk, kikben megvolt a hajlam önként fejlődésre, azonban időnkint súlygyarapodásuk megakadt. Étvágyuk elromlott, hánytak, olykor gyakoribb, kissé hígabb székletet ürítettek, nyugtalanok voltak. Ilyenkor 1—1 vérbefecskendezésre súlyuk ismét megindult, újra jól táplálkoztak, székletük rendeződött. Igy kéthónapos korukig 1—8 vérátömlesztést adva, egyenletes fejlődést sikerült elérnünk.

Láttuk jó hatását táplálkozási zavarral behozott koraszülötteken. 2 nyolc hónapra 1900 g-mal született eddig mesterségesen táplált koraszülöttet hoztak be állandó hányással, gyakori híg, vizes székletekkel. Az egyik 5 napos volt, 450 g kezdeti súlyveszteséggel, a másik 3 hetes, ki születési súlyát még nem érte el. Mindkettő háromnaponkinti sorozatos vérátömlesztés mellett anyatej tápláláson két hét multán kielégítően kezdett súlyban gyarapodni, mely idő alatt a hányás fokozatosan elmaradt, a székletek pedig rendeződtek.

Egy öthetes, táplálkozási zavarban szenvedő koraszülöttet 2100 g súllyal vettünk fel. Testsúlya egyhetedének megfelelő anyatejet adva, hányása, hasmenése megszünt, de súlya állt. Ezután adagját óvatosan növelve, ismét romlottak a székletek. Néhány vérbefecskendezés után az egyötödre növelt adagot is bírta és súlyban megindulva, a továbbiakban jól fejlődött. Egy másik 2000 g-os koraszülöttön nagyobb energiaquotienssel igyekeztünk súlygyarapodást elérni. Az emiatt fellépő táplálkozási zavar néhány vérbefecskendezés után megszünt és betegünk jól tűrte a nagyobb mennyiséget. Hasonlót észleltünk egy másik 7 hónapra született 1600 g-os satnya, súlyos táplálkozási zavarban szenvedő csecsemőn, aki háromhónapos korára testsúlyát megkétszerezte, miközben 20 vérátömlesztést kapott.

Sajnos, nem mindig váltotta be a hozzáfűzött reményeket, mint fenti eseteinkben. Négy 1000 és 1800 g közötti betegünkkel csak annyit sikerült elérni, hogy állandó hányás és gyakori rossz székek közben súlyukat tartották. Tíz további 2000 g alatti pedig állandóan fogyott, míg végül elpusztult.

Ugyancsak kevés kilátással alkalmazhatjuk szövődményes tüdőlob esetében. 15 tüdőlobos esetünk közül csak kettő maradt életben.

További szép eredményeket láttunk még három esetünkben. Egyik 1000 g-mal született szépen fejlődő négyhetes betegünk, kinek combján kötőszöveti beszüremkedés támadt. Súlya megállt, lázas lett. Borogatásra és vérátömlesztésre a phlegmone visszafejlődött, a súlygörbe pedig rövidesen a régi ütemben emelkedett tovább. Láttunk fülmögötti tályogot 2200 g-os koraszülöttön bemetszés után rohamosan gyógyulni, hasonlóan egy háromhetes 1900 g-os csecsemőt otitissel hamar leláztalanodni és súlyban megindulni.

Finkelstein adatai szerint a koraszülöttek 5.5%-a vérbajos. Tíz esetben láttuk a veleszületett vérbaj klinikai jeleit. Igy nálunk is 5% körül mozog számuk. Ezek közül hármat sikerült bujakórellenes kezelés és sorozatos vérátömlesztés segítségével életben tartani.

Mint látjuk, a vérátömlesztés nagyértékű a koraszülöttek kezelésében. A súlygörbét általában kedvezően befolyásolja, általános erőbeli állapotukat javítja. Jobban táplálkoznak, a nagyobb mennyiséget jól tűrik, hamarosan annyira megerősödnek, hogy mellről szopnak. Koraszülötteink hőmérsékletüket egyenletesen tartják, táplálékukat jól kihasználják. A vérátömlesztés, mint fertőzésellenes tényező is jónak bizonyult.

Veszélyei között meg kell említenünk az asphyxiát. Előfordult két esetben, hogy röviddel a vérátömlesztés után, addig jó keringésű (rózsaszín bőr, jó érverés, hangos szívhangok) koraszülöttek hirtelen elkékültek, légzés-, szívmegállásban elpusztultak. Fejletlen érmozgató központjuk nem tudta kiegyensúlyozni a vérpályába bekerült 5 ccm folyadéktöbbletet. Természetesen ez a veszély fokozatosan fentáll a már kezdettől gyakran kékülő, állandó keringészavarral küzdő koraszülötteken és tüdőgyulladásban szenvedőkön. Utána lázat, hidegrázást, vérvizelést, avagy ugyanattól a véradótól adott többszöri átömlesztés után anaphylaxiát soha nem láttunk.

Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy rossz fejlődési hajlamú satnya koraszülötteken érdemes ezzel a más téren is igen hatékony gyógyító és megelőző kezeléssel kísérletezni, mert ha nem minden esetben érünk is el vele eredményt, mégis igen sokszor sikerrel segíthetjük át koraszülötteinket a legnehezebb első negyedévén.

M. kir. »vitéz Bertalan Árpád« 1. honv. eje. zlj.

Egy koponya-agysérülés esete.

Irta: *Szolár Béla dr.* orvos-százados.

1941. évi december hó 11-én 9h 30 perckor M. H. szakaszvezető szerencsétlen körülmények közt légcsavarsérülést szenvedett a fején. A repülőgép mellett, ahol a légcsavar lesujtotta, kb. egy liter vért veszített. Hordágyra tették azonnal és mentőgépkocsiba helyezték, miközben elsősegélyben részesítettem. A sérült eszméleténél volt ugyan, de szinte eszelősen nézett hol rám, hol pedig a fejsebéből tenyérnyi szélességben folyó vérre, amely a hordágyon könyöklő karján végigfolyva, tócsában állott mellette. Gyorsan kellett cselekedni, mert a vérzés erős volt. Mullpólyából laza göngyöleget készítettem és a haját nagyjából ujjal elsimítottam a fejseb területéről, amelynek szélén babnyi-borsónyi agytörmelékek voltak. Gyors pillantással láttam, hogy 2—3 helyről vérzik erősebben, de a koponya-agyhiány egész területét elfedi a bőséges vérzés. Ezután az elkészített pólyagöngyöleget a fejsebre nyomtam, erre még egy szétszedett kötéstípust tettem, majd turbánkötést alkalmaztam. Mindez már a mentőgépkocsiban történt menetközben és nagy örömömre szolgált, hogy a turbánkötést nagyjában már szárazon helyezhettem rá, ami valószínűvé tette, hogy a vérzés elállt vagy legalább is lényegesen csillapodott. Nyilván a laza géztömegben indult meg az alvadás, ami aztán átterjedt a sebzés területére is. Szoros sebtamponadot és nyomókötést szándékosan nem alkalmaztam, nehogy ezáltal a pólyagöngyöleg nagyon benyomuljon a sebbe és agyroncsolást okozzon. A sérült az úton nyugodtan viselkedett. Érverése fonálszerű, szaporasága 136 percenkint. Kb. 10 perc mulva a pápai Irgalmas-kórház sebészetén volt a beteg, ahol Dr. *Fónyi* Jenő főorvos azonnal műtétet hajtott végre rajta. Itt a helyzet a következő volt. A sérült az úton és a műtőasztalon is mindvégig eszméleténél volt, csupán beszélőképessége szűnt meg átmenetileg, noha az infúziós tű beszúrását enyhe »jaj« szóval fogadta. A nyugtalanul mozgó sérültre erélyes rászólásom láthatólag hatott, tehát bizonyos fokban az értelme is megvolt. A meglehetősen kivérzett sérült koponyáján, a jobb falcsont pikkelyének homloki felén, a középvonaltól 3 cm-re, élesen kezdődő vágás (légcsavar behatolási oldal) ferdén előre-lefele folytatódott a homlokcsont pikelyének nagyjából a szélét követve és a balszem külső sarka fölött kb. 3 cm-re végződött. Ezen a részen a folytonossági hiány mind a lágyrészeket, mind a csontrészeket illetőleg egyenetlen szélű. A sebzés hosszúsága 16 cm, mélysége, a légcsavar áthatoló részét tekintve, kb. 4 cm, ujjbetapintásra azonban, amikor is roncsolt agyrészek és csontszilánkok lettek eltávolítva, valamivel több. Maga az agy tehát legalábbis 3 cm mélyen sérült a középső részt tekintve. A homlokcsont pikkelye kb. gyermektenyérnyi területen körülírt és elemelkedett, ami által a seb mintegy 2 harántujjnyira tátongott. A seb szélein ekkor is láthatók voltak agytörmelékek, a lüktető agy enyhén vérzett, az agyhártya, főleg homloki részen, visszahúzódott. A kórházban gyorsan javult állapota, hamarosan visszatért beszélőképessége, kezd mind normalisabban gondolkodni. Hamar szállíthatóvá válik, honvédkórházba kerül további kezelésre. Mielőtt útnak indult volna, megvizsgáltam. Reflexei testszerte fokozottak. Kóros reflexe nincs, néha kis fokban tájékozatlan,

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Sulfamid ártalmak a csecsemőkorban.

A sulfamidszármazékok sokoldalú áldásos hatását ma már senki sem vonja kétségbe. Az alkalmazásukkal járó ártalmak és károsítások viszont oly ritkák és aránylag oly csekélyek, hogy az általános elterjedés szempontjából ezek nem képezhetnek akadályt. Valamely gyógyszer jó therapiás hatását azonban csökkenti és gátolja a legkisebb káros mellékhatás is, ezért ezeket elkerülni vagy kiiktatni rendkívül fontos feladat. Az ártalmak lehetősége megfontolásra int a szer adásának javallataiban, óvatosságra késztet az adagolásban és ébren tartja a figyelmet az állandó orvosi ellenőrzés szükségességét illetően.

A sulfamidszármazékok (paraamido-bensolsulfamid, sulfapyridin, sulfathiazol, stb.) irodalma ma már szinte beláthatatlan s az általuk okozott károsításokkal is számos szerző foglalkozott. Csecsemőkori vonatkozásban azonban még kevés közléssel találkoztunk. Egyrészt ezen közölt tapasztalatok, másrészt saját megfigyeléseink alapján szeretnők röviden vázolni ezen életkor különös pathologiás viselkedését a sulfamidszármazékokkal szemben.

A tapasztalatok azt mutatják, hogy a károsítások 3 okra vezethetők vissza. Az első tényező a helytelen nagy adagok nyujtása különösen akkor, ha ez nem egyenletesen, hanem szakaszosan, egyenlőtlen lökésekben történik. A második ok az elhúzódó tartós adagolás. Nem egyszer látjuk, hogy 10 napig, 2 hétig egyhuzamban is adagolják e szereket. E két adásmód helytelen voltát bizonyítja már az a tény is, hogy chemotherapiás gyógyhatáshoz a vérben mindig bizonyos concentratio elérése szükséges. Ezen felüli adás bactericid szempontból már felesleges és nem teljesen közömbös szerek esetén — mint amilyenek a sulfamidok is — bizonyos veszélyt rejt magában. Másrészt pedig, ha a specifikus védőhatást elértük, annak párnapi fenntartása elegendő a kór leküzdésére. Amennyiben a gyógyulás (láztalanodás, desintoxicatio, tüdőbeszűrődés oldódása vagy liquortisztulás stb.) nem következik be az első napokban, akkor nyilván más kórokozóval vagy más szövődményes kórformával állunk szemben s ilyenkor a szer további elnyujtott, protrahált adása nemcsak felesleges, de számos veszélyt is rejt magában. Tapasztalataink szerint a letalis kimenetelű csecsemőpneumoniákban a tüdőleoltás mindig staphylococcus vagy legalább is vegyes fertőzést mutatott. Az esetleg be nem következő láztalan állapot miatt tovább adagolt sulfamidkészítmény pedig allergiás túlérzékenységet okozva, maga is hozzájárulhat egy idő mulva a magas lázak kifejlődéséhez s így nem egyszer circulus vitiosusba kerülünk.

Mindezek mellett kétségtelen tény az is, hogy a károsítások harmadik okát az előre nem látható egyéni készségben (túlérzékenységben) kell keresnünk. Kevésbbé döntő, de figyelmen kívül még sem hagyható tényezők lehetnek még a pillanatnyi bélresorptiós és vizeletkiürítési (vese) viszonyok, amelyeknek befolyása van az egyenletes vérconcentratio kialakításában is.

Magának a károsításnak a tünetei csecsemőkorban is lényegileg megegyeznek azokkal, amelyeket a sulfamidkészítmények felnőtteken okoznak. Az előfordulás gyakoriságát és súlyosságát illetően azonban a csecsemőkornak sajátos tulajdonságai vannak. Ezenkívül ebben a korban láttunk — sehol másutt elő nem forduló — általános mérgezettséget is.

Az *általános tünetek* közül, az emésztőtractus kóros állapotára valló étvágytalanság, hányás, bevont nyelv csak részben írható a gyógyszer rovására, hiszen ismeretes, hogy bármely lázzal járó parenteralis betegség maga is okozhat csecsemőkön alimentáris tüneteket. A sulfamidokkal kapcsolatos subjectiv tünetek (főfájás, rossz közérzet, szédülés, stb.) természetesen e korban nem képezhetik panasz tárgyát, de jelentőségük különben sem nagy; ezt bizonyítja az is, hogy anyatejes csecsemők chemotherapiás kezelés alatt is jól szoktak szopni.

A felnőttkorban is ritkaságként észlelt *vérképző-rendszeri* károsítást (agranulocytosis) csecsemőkorban nem írtak le. Anaemiák, nagyobb leukopeniák kifejlődésére csak az elhúzódó adagolás vezethet. Viszont számolnunk kell azzal, hogy anaemiásokon könnyebben támadhat bármely chemotherapiás gyógyszerártalom. Gyakori azonban csecsemőkön a *methaemoglobinaemia*. És pedig minél fiatalabb korban alkalmazzuk e szereket, annál valószínűbben számolhatunk a fellépésével. Koraszülötteken szinte az esetek felében látható kisebb-nagyobb mértékben, néha kisfokú légszomj kíséretében.

Nem ritkák sulfamidadás kapcsán különböző typusú *exanthemák* sem. Láthatunk úgy urticariát, mint morbilliform és scarlatiniform, néha még erythema nodosum-szerű kiütéseket is. Ezek eredetét kétségtelenül bizonyítják azok az esetek, amelyekben a szer újraadásakor az allergiás bőrtünetek megismétlődtek. Láttunk olyan kisgyermeket is, akin csak igen intensiv diffus bőrpír jelent meg, főleg az arcon, először bensolsulfamidok adására, később sulfathiazol első dosisára is. A kiütéseket nem egyszer láz előzi meg, ami téves diagnostikai feltevésekre vezetve, újabb sulfamidadagok beiktatásával csak fokozhatja a káros hatást. Máskor csak általános bőrviszketést okoznak e szerek.

Idegrendszeri tünetek közül isolált neuritis sulfamidkezelésre csecsemőn csak nagyon ritkán jön létre. Súlyosabb máj- vagy vese-*parenchyma*-ártalom pedig csecsemőn a legnagyobb ritkaság.

Mindezeknél sokkal súlyosabb következményeket rejt magában a chemotherapia utáni általános *intoxicatio*. Ilyen állapotot csak fiatal csecsemőkorban észleltünk s főleg olyankor, amikor vagy közvetlenül előtte máj-parenchyma-károsodás volt feltételezhető (icterus neonatorum) vagy pedig kétféle sulfamidkészítményt meglehetős nagy adagban egymás után adtunk (főleg sulfapyridin utáni bensolsulfamid-kezeléskor, valószínűleg az előbbitől sensibilissé tett szervezetben az utóbbi szer erősebben toxikus volta miatt jött létre a mérgezéses állapot).

A chemotherapiás ártalmak *prognosisa* — eltekintve a most említett általános mérgezettségtől — nem rossz. Megelőzésük, az egyéni érzékenység szemmeltartása mellett, a helyes adagolástól függ. Itt is hangsúlyozni akarjuk, hogy a napi adag mennyisége csecsemőn elsősorban nem a kortól, hanem a

súlytól függ éspedig súlyos fertőzések esetén (pl. meningitis cerebrospinalis epidemica) az első kétnapi adag testsúly/kg-ként 0.20 gr, enyhébb fertőzésekben 0.15—0.10 gr, mert csak e mennyiség egyenletes, napi 4—6 részre elosztása mellett remélhető a kellő nagyságú, állandó vér-titer. Harmadnegyednap az adag a felére csökkenthető, majd az ötödik-hatodik napon, további csökkentés után a szer nemcsakhogy elhagyható, de el is hagyandó, hogy elejét vegyük a megszokásnak. Esetleges recidivában inkább pár nap mulva újra adjunk egy 3 napos lökésadagolással sulfamidkészítményt.

A *gyomorpanaszokat* egyrészt parenteralis, illetve rectalis alkalmazással, másrészt az amúgy is hypacid csecsemőn sósavpepsin egyidejű adásával, a methaemoglobinaemiát viszont 2 cm³ 2%-os methylenkék vagy katalysin sec. Hennig i. v. injiciálásával könnyű megszüntetni. Különben is a csecsemőkori sulfamidártalmak *gyógyítására* enyhébb esetben elegendő a szer azonnali elhagyása, bő folyadékbevitellel (teáztatás, infusio); súlyosabb esetben, intoxicatios tünetek mellett pedig infusio és kellő időben egyéb antitoxikus kezelés (C-vitamin naponta 300 mgr. i. v., gluthatoxin napjában 2-szer 0.05 gr. i. v., máj 2 cm³ i. m., cardiacum per os vagy injectio stb.) s főleg ismételt 50—100 cm³ csoport-vér transfusiok adása mindig eredményre vezet.

Minthogy azonban tudjuk, hogy egyéni túlérzékenység esetén a leggondosabb gyógyszeradagolás mellett is keletkezhetnek kellemetlen és nem várt ártalmak, ezért minden sulfamidszármazék nyujtása alatt feltétlenül gondos orvosi ellenőrzést kell ajánlanunk. Máj-parenchyma-laesio lehetősége esetén pedig célszerű a sulfamidkezelést elkerülni.

A kezelt egyén biologiai és kórtani viszonyai szempontjából, csecsemőkorban talán minden más kornál könnyebben jöhetnek létre kisebb-nagyobb károsítások. Viszont, a csecsemő még hiányosabb immunbiologiai reactiokészsége folytán, talán éppen a csecsemők gyógykezelésében jelenthetik e szerek — helyes alkalmazás mellett — a legnagyobb áldást.

Frank Kálmán dr.
egyet. tanársegéd.

Anyagvétel parasitologiai vizsgálatra és az eredmény értékelése.

II.

BÉLFÉRGEK.

A bélférgek petéje kiürül a széklettel. A pete alapján meg lehet határozni milyen féreg van a betegben. A vérvizsgálat, röntgen, rektoskópos vizsgálat, vagy serologiai reactio csak ritkán ad útmutatást, a székletvizsgálat azonban elég megbízható. A féreg fajának meghatározására szükség van, mert a tünetekből. vagy a magától eltávozó féregből ezt csak igen ritkán állapíthatjuk meg. A gyógykezelés és a kórkép megítélése pedig a különféle bélférgeknél változik.

Egyszerű, nativ székletvizsgálatban csak akkor találjuk meg a petéket, ha a fertőzés erős. Többnyire azonban a bélben csak kevés féreg van. A különféle férgek napi petetermelése különböző. Egy nőstény *Ascaris* pl. naponta 200.000 petét rak, egy *Trichuris (Trichocephalus)* pedig legfeljebb 2—400-at. Fajonként is változik annak valószínűsége, hogy a széklet-próbában petét találjunk. Megbízható eredményt csak nagyobb mennyiségű, legalább 1—2 gramm széklet feldolgozásával várhatunk.

A laboratóriumban petedúsító eljárásokkal lehet a féregpetéket a székletemulsióból — úsztatva vagy ülepítve — kiemelni és vizsgálni A különféle dúsító eljárások nem egyformán jók a különböző petékre, így rendesen legalább kétféle dúsítást végzünk.

A férgek peteürítése nem mindig egyenletes. Előfordulhat, hogy ha csak néhány féreg van, éppen a vizsgálat napján nem találunk petét. Még elegendő széklet gondos vizsgálata is adhat tévesen negativ eredményt.

A sikertelenség függ a véletlentől, a feldolgozott anyag mennyiségétől, a vizsgáló módszertől és a vizsgáló személy gyakorlottságától. Ezért ha gyanunk alapos, mindig célszerű a vizsgálatot megismételni. Ismételt vizsgálattal 15—25%-ban sikerült petét kimutatni.

A peték elkülönítése alaki tulajdonságai alapján nem nehéz. Mégis nagy gyakorlatot kíván, hogy a sokféle székletalkatrész közt a petét biztosan megtaláljuk és biztosan elkülönítsük petéhez igen hasonló növényi és állati anyagtól, műtermékektől, szabadon élő férgek és rovarok petéitől. Nagy jártasságot kíván a pseudoparasita leletek megítélése.

A székletvizsgálat eredménye kb. 80%-ban megbízható és rendesen egy vizsgálat már elegendő, hogy közönséges férgek, mint *Ascaris, Ankylostoma, Hymenolepis, Trichuris* stb. masszív fertőzését megállapítsuk, vagy kizárjuk. Kivétel két féreg, melynek petéje nem keveredik a széklethez. Az *Enterobius (Oxyuris) vermicularis* petéit az anus-redőkbe rakja, a *Taeniák* ízei pedig csak időszakosan ürülnek ki. Petéiket csak ritkán találjuk meg és a vizsgálati anyagot a rendestől eltérő módon kell beküldeni.

Nem vezet eredményre a székletvizsgálat, ha csak hím férgek vannak, pl. 1—2 him *Ascaris*, mert ezek petét természetesen nem ürítenek. Ugyancsak hetekig nem találunk petét a székletben fertőzés után, mikor a férgek még nem érték el nemi érettségüket és nem kezdték meg a peterakást. Nem találunk petét az eleven szülő *Trichinella* fertőzésben. A lárvák a bélfalon át a keringésbe, majd az izmokba jutnak, a székletben legfeljebb szerencsés véletlen folytán találhatunk eltávozó bél-Trichinella férget.

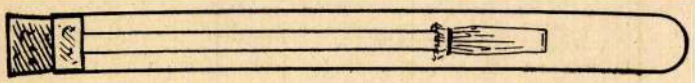
Féregpete vizsgálatra általában 3—5 grammnyi — kb. zölddiónyi — székletet elegendő beküldeni. Célszerű inkább többet beküldeni, mint kevesebbet, hogy az esetleg szükséges különleges vizsgálatot, pl. peteszámolást is el lehessen végezni. Az anyagot lehetőleg tiszta edénybe ürített székletből frissen vegyük. A vizsgálatot nagyon zavarja, ha a széklethez föld vagy idegen anyag keveredik. Ha idegen széklettel is keveredhet, téves lelet a következmény. Legegyszerűbb a széklet beküldésére a szabályos hármas tokban levő üveg széklettartályokat használni. Az üvegedényt félig töltjük meg széklettel, megtöltésére fel lehet használni a dugóba erősített kanalat. A vizsgálat megbízhatóságát emeli, ha a széklet több helyéről emelünk ki egy-egy kisebb darabot. Akár néhánynapi székletből is összegyüjthetjük a vizsgálati anyagot. A peték nem mennek a székletben tönkre, hosszú ideig jól felismerhetők. Nem fontos, hogy az anyagot azonnal beküldjük a laboratóriumba, kivéve, ha egyidejüleg kívánjuk a vizsgálatot a bélprotozonokra is. Termé-

szetesen, ha a féregrész vagy arra gyanus képlet távozik, azt *is* küldjük be vizsgálatra.

A férgek ártalmának megítélésére vagy féregűző kúra eredményének meghatározására qualitativ vizsgálaton kívül meghatározhatjuk a peték számát. A férgek nagyrésze elég egyenletesen üríti petéit. Ha a székletemulsióban meghatározzuk a peték számát és átszámítjuk a széklet mennyiségére, úgy következtethetünk ebből a férgek számára. *Ankylostomasis*-ban pl. egy nőstény napi petetermeléséből 1 gramm székletre 44 pete jut. A peteszámból még nagy pontossággal következtethetünk a férgek számára.

Az *Enterobius (Oxyuris) vermicularis* petéjét spontán ürített székletben csak ritkán találjuk meg. A nőstény féreg petézés előtt a végbélnyílás környékére vándorol és részben ott rakja le petéit, részben elpusztul, megreped és a peték a végbél környékén szétdörzsölődnek, megtapadnak az anus-redőkben, a vakaródzó kézen és a fehérneműben. Csak kevés pete jut a széklet felületére.

A székletvizsgálattal csak a fertőzések 25—30%-át sikerül megállapítani. A köröm alól vett kaparék vizsgálata is több fertőzést mutat ki, mint a székletvizsgálat. Diagnostikai célra az anorectalis tájékról kapart anyag felel meg. Különféle üveg- és fémkaparók használhatók, legjobb az *M. C. Hall* által ajánlott cellophanlappal bevont pálca.



Cellophannal bevont kaparóbot anorectalis anyagvételre.

Az üvegcső, bot vagy ceruza végére közönséges befőttes üvegre való vékony cellophanból vágott lapcskát húzunk és ezt gumikarikával leszorítva erősítjük meg. A végbélredőkben megtapadó anyag enyhe kaparásra, forgatásra ráragad a cellophanra és hajlatai közé. A kaparót üvegcsőben küldjük a laboratóriumba, ahol a cellophant vizes tárgylemezen könnyen kisimítják. A rajta tapadó anyag teljes egészében áttekinthető. A kaparást lehetőleg reggel végezzük. Bár ez a legmegbízhatóbb vizsgálati módszer, mégsem elégedhetünk meg egyetlen negativ lelettel. Ha biztosan ki akarjuk zárni a fertőzést, szükség lehet a vizsgálat megismétlésére négy ízben.

A *Taenia solium* és *saginata* érett ízei néhány napos időközben szakadnak le s többnyire épen távoznak a széklettel együtt. Ha az íz a vizsgálati anyagba kerül, felismerése könnyű, ha szétdörzsölődött, a petéket találhatjuk meg. Érthető azonban, hogy a székletvizsgálattal mégis sokszor nem sikerül kimutatni. Taeniasis gyanujánál lehetőleg néhány napon át gyüjtött nagyobb mennyiségű székletet küldjünk be a laboratóriumba és közöljük, hogy *Taenia* vizsgálatról van szó.

Ne feledkezzünk meg arról, hogy kísérőírást mellékeljünk. Jegyezzük fel a beteg nevét, korát, lakcímét és foglalkozását. Irjuk meg mire van gyanunk, milyen vizsgálatot kérünk. Végül a beküldő orvos írja rá olvashatóan saját nevét és címét is, mert különben az eredményre hiába vár.

Makara György dr.
O. K. I. osztályvezető.

Ritka idegen test a nyelőcsőben.

A nyelőcsőben megakadt idegen test a kisgyermekkorban nem tartozik a ritkaságok közé.

Ismeretes tény, hogy a kis gyermek minden kezeügyébe kerülő tárgyat a szájába vesz, szopogatja, nyalogatja, nyelvével forgatja, ha már foga is van, megrágja, majd kiköpi, vagy lenyeli. Az egész kis tárgyak közül néha egy-egy kivételesen, a valamilyen okból véletlenül megnyilt hangrésen át a légutakba juthat, erős köhögési inger esetleg felszínre hozhatja, ha ilyen módon nem ürülne ki, akkor csak bronchoskopia segítségével távolítható el. A nagyobb tárgyak, a melyeknek átmérője nem haladja meg a nyelőcső átmérőjét, megakadhatnak a nyelőcső természetes, vagy szerzett szükebb részeiben s csak művi beavatkozással, — oesphagoskopiával, — távolíthatók el. A szakszerűen elvégzett oesophagoskopia alig jár veszéllyel, ha az eltávolítás ilyen módon nem sikerül, a bevezetett cső tágító hatása alatt az idegen test lecsúszhat a gyomorba, úgy mint az alábbi esetben is történt.

Előzmények: 15 hónapos leánygyermek gondozását a szülők a megbízható háztartási alkalmazottra bízták. Mikor a cselédlány a kisgyermeket néhány percre magára hagyta, előzetesen letette a játszószobába és néhány darab játéktárgyat helyezett melléje. Alig volt távol néhány percig, már hallotta a gyermek sikoltását, azonnal visszament és látta, hogy a gyermek elkékült, levegő után kapkod, mire felkapta az ölébe, ebben a pillanatban a kisgyermek nyelt egyet, megkönnyebbedett, arcszíne is visszatért és a szájába mutatott. Telefonon értesítették a gyermek édesanyját, aki hazasietett és a kisgyermeket a közeli Szt. Rókus kórházba vitte. Az orvos a nyugodtan lélegző, semmiféle fájdalmat nem jelző gyermeken idegen testet, vagy sérülést nem látott, ezért hazabocsátotta őket. A gyermeket visszavitték a lakásukra, ez után kb. ½ óra mulva láttam.

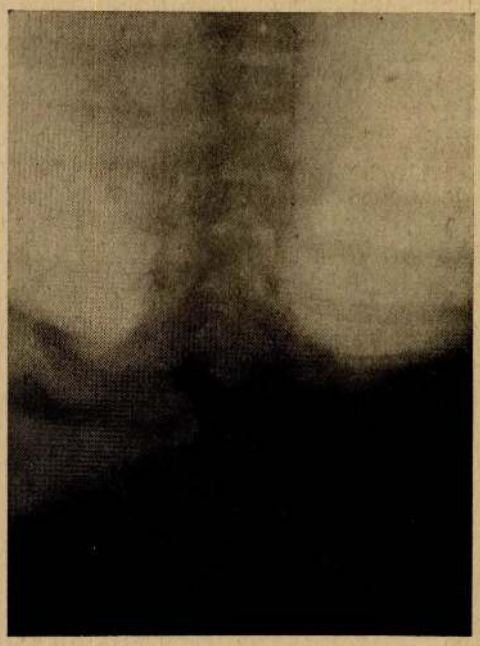
A gyengén fejlett, táplált leánygyermek mellkasi szervein kopogtatási és hallgatódzási eltérés nem található, a ki- és belégzés egyenletes, mindkét mellkasfél légzéskor egyenlő kitérést mutat. Szájban, garatban, torokban idegen test, vagy sérülés nem látható. Folyadéknyelés akadálytalan, ezért nyugodtan megvárva a másnap reggelt, elvégeztük a röntgenvizsgálatot, ennek megtörténtéig pépes és darabos ételek adását megtiltottam. Már az átvilágításkor kiderült, hogy a nyelőcsőben a III-ik háti csigolya magasságában egy fém idegen test látható 3 legömbölyített széllel, ez pedig egy felhúzható rúgójú játéktárgy kulcsa, amely, mint az ábra mutatja, ferdén helyezkedik el, így akad meg a nyelőcső természetes szűkületében. Az eltávolításra az orr-gége-klinika egyik tanársegédét kértük fel. A helyi érzéstelenítésben végzett oesophagoskopiával az idegen testet megfogni, illetve eltávolítani nem sikerült. Vizsgálat közben a szem ellenőrzése mellett bevezetett cső tágító hatása alatt látni lehetett, amint az idegen test a gyomorba lecsúszott. A naponta történt röntgenellenőrzéssel megállapítottuk, hogy az idegen test 6 napig időzött a gyomorban és a 8-ik napon a széklettel kiürült.

Ha az idegen test lejutott a gyomorba, sorsa még nincs teljesen elintézve, ha hosszabb ideig tartózkodik ott, a pyloruson fekélyképződést, ha a széle, vagy vége nem sima, hanem hegyes-szúrós, még átfúródást is okozhat, ez esetben sürgős műtéti beavatkozás indokolt. Nem indokolt a műtét, ha a gyomorba jutott idegen test sima, kerek szélű, mint egy másik esetemben történt:

Egy orvoskollégánk fia kihozott az édesatyja rendelőjéből egy üres leukoplast-dobozt, ennek fedőrészébe hasonló alakú és nagyságú kemény kaucsuk zsetont akart belnyomni. Mikor ez nem ment símán, a szájába

* Bemutató előadás a Magyar Gyermekorvosok Társasága 1942 febr. 10-i ülésén.

vette és ráharapott, hogy összenyomja, közben az öccse szólt hozzá, válaszolni akart neki, de elfelejtette, hogy a szájában, a fogai között van valami és így lenyelte a már összenyomott tárgyakat, amelyek a pylorus tájékán helyezkedtek el külön-külön mind a két darab. Kb. 14 napig a helyzet változatlan volt. A szülők türelmetlenkedtek, a consultáló sebész már felvetette a műtéti eltávolítás gondolatát, amelyet napról-napra kellett kitolnom, míg görcsoldó és hashajtó szerek segítségével sikerült a spontán távozást elérni.



Amersbach szerint a légutakba került idegen testet mindig komolyan kell venni, de hasonló komolysággal kell venni csecsemőkön, kisgyermekeken a nyelőcsőben megakadt idegen testeket is. A környezet bemondása nélkül ezek igen gyakran rejtve maradnak, ha csak véletlenül nem fedezik fel őket, mert az ilyen korú gyermekek sohasem panaszkodnak. Sajnos az anamnesis nem mindig megbízható, de minden adatot figyelembe kell venni, sokszor még ha a gyanu alaptalan is. Helytelen a szülők panaszát elutasítani azzal, hogy látható tünete, vagy jele a nyelőcsőben megakadt idegen testnek nincsen. Az azonnal felismert és megállapított idegen test prognosisa komoly jelentőségű, de sokkal komolyabb a fel nem ismert, vagy helytelenül kezelteké.

Ha az idegen test a nyelőcsőből lejutott a gyomorba, kivételesen visszacsúszhat ismét a nyelőcsőbe és újabb oesophagoskopia válhat szükségessé. Ha az idegen test szúrós-hegyes tárgy, pl. gombostű, varrótű, nyitott biztosító tú átfúrhatja a gyomor, vagy a bélnyálkahártyáját. Így történt *Melchior* esetében:

Nyolchónapos gyermek nyitott biztosítótűt nyelt, ez megakadt a nyelőcsőbejáratban, a fogóval végzett eltávolítási kísérletkor lecsúszott a nyelőcsőbe és innen a gyomorba. Ekkor végzett röntgenvizsgálat a gyomorban a pylorus előtti elhelyeződést mutatott. 2 nap mulva a gyermek lázas lett, a bal bordaív alatt érzékenység mutatkozott. A megejtett hasi műtétkor kiderült, hogy a tű átfúrta a duodenum leszálló részét, ennek megnyitása után sikerült a tűt eltávolítani, a máj alsó részén 2 sárgás-gennyes folt volt. A gyermek szerencsésen meggyógyult.

Léderer és *Böttner* idegen test esetében sűrű bárium pép etetését ajánlják, ezzel a Röntgen ellenőrzés is tökéletesebb, maga az idegen test ezen péppel vonódik be és az eltávozás is könnyebb lehet. A reflexes pylorus görcs oldására atropin és papaverin injectiókat adnak, ezenkívül normacol-t 2 óránként 1—1 kávés kanállal, majd ricinus olajat, vagy más hashajtót. Ezen eljárás szabad bélpassage esetén használható, de nem ajánlatos, ha előzetesen valamilyen okból hasműtét történt, vagy gyanu van hasban levő összenövésekre. *Leon* szerint a sima tárgyak még hosszabb idő után sem okoznak bajt, akár 60 napig is maradhatnak a gyomorban, de a nyelőcsőből sürgősen el kell távolítani, a bélből csak akkor, ha az átfúródás veszélye fennáll, vagy az idegen test a bél falzatához odanőtt és bélelzáródás fenyeget, más esetben nyugodtan meg kell várni a spontán távozást.

Ezen eset tanulságai a következők:

1. Idegen test nyelése esetén a környezet bemondását mindig figyelembe kell venni.

2. A nyelőcsőben fennakadt idegen test gyanuja esetén a Röntgen vizsgálat mellőzése és oesphagoskopia segítsége nélkül végzett eltávolítási kísérlet műhibának tekintendő.

3. Ha az idegen test már lejutott a gyomorba, vagy bélcsatornába, a várakozás feltétlenül indokolt, kivéve, ha átfúródás fenyeget, ez esetben azonnali hasműtét végzendő.

4. Megkísérelhető báriumsulfatos sűrű pép adása, papaverin-atropin injectió kíséretében, elősegíti normacol, vagy más a bélhuzamban megduzzadó anyag és hashajtó adagolása.

Fritz Sándor dr, gyermekorvos.

A gyulladásos mandulák röntgentherápiája.

Válasz Zsebők Z. megjegyzésére. (O. H. 42. sz.)

Zsebők Zoltán dr. »A gyulladásos mandulák röntgentherapiája« című közleményemre tett megjegyzésére a következőkben válaszolok.

1. Rövid közleményem címében is benne van, hogy olyan gyulladásos tonsillák sikertelen röntgenbesugárzásáról számolok be, mikor őszerinte is absolut indicatio volt a műtétre. Betegeim mandulájában kivétel nélkül kimutatható volt a röntgenbesugárzás előtt a híg genny és detritus. Két betegemen én magam, kettőn pedig más szakorvos állapította meg, hogy a focalis infectio forrása kétségkívül a röntgenezett tonsilla volt.

2. Közleményemben *nem* írtam azt, hogy a röntgentherapia összefüggésbe hozható a később kifejlődött mandulakörüli tályoggal. Csak azt említettem, hogy a röntgentherapia *dacára* is ismétlődött a gyakori gyulladás, annyira, hogy mandulakörüli tályog is fejlődött.

3. Úgyszintén azt sem írtam, hogy a röntgenezés következménye lett volna a műtétkor tapasztalt erősebb vérzés és összenövés. Csak azt lehet közleményemben olvasni, hogy a kétoldali mandulakörüli tályog többszöri felmetszésére bekövetkezett gyógyulás utáni 5. héten végrehajtott tonsillaexstirpatio a nagyfokú összenövések és erős vérzés miatt elég nehéz volt. Gégészek előtt köztudomású, hogy többszöri peritonsillaris tályog után erősebb hegesedés és összenövés következtében a későbbi mandulakiírtás mindig erősebb vérzéssel jár.

Orsó László dr.

különben meglepően javult az állapota. Augusztus 21-én vonult be csapatához többszöri kórházi kezelés és egészségügyi szabadság után. Most is fokozottabbak reflexei, emlékezése azonban teljes, csak igen kis fokban zavart. Ezt láthatólag röstelli és leplezésére ügyesen mesélget. A homlokcsontja főleg baloldalon még mindig elemelkedő kissé és így a heg lépcsőzetesen kb. fél cm-re enyhén beeső. Egyébként egészséges, normalis ember benyomását kelti. Érdekes a dologban az, hogy noha az agysérülés helye, ennek is az első, bemeneti szakasza a motorikus kéregmezők szomszédságában van, leszámítva az említett reflexfokozódást, lényegesebb izgalmi jelenséget nem észlelünk. Hogy aztán az agyhegesedés, vagy a koponyasérülés utókövetkezményeként nem fog-e traumás epilepsia kitörni rajta, azt még nem tudjuk. Jellemző a beteg állapotára, hogy hivatásos állományú tiszthelyettesnek akarták átvenni és csakis nyomatékos orvosi közbelépésre kerülhetett felülvizsgálatra.

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

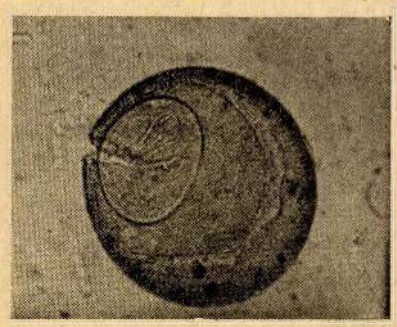
Érdekes human-parazitológiai esetek.

Első hymenolepis diminuta-fertőzés.

Írta: *Makara György dr.* és *Scheitzné, Sulyomi Klára.*

Erdélyi iskolásgyermekek székletvizsgálata során két olyan parasitát találtunk, melyet eddig hazánkban emberben még nem észleltek. Mindkettő a ritka élősködők közé tartozik. Felbukkanásukat a parasitologiai vizsgálatok megszaporodása óta már vártuk. A *Hymenolepis diminuta (Cestoda)* tulajdonképen az egér és patkány bélférge. Az irodalomban mintegy 100 emberi fertőzés ismeretes, de Közép-Európában még nem észlelték.

A jellegzetes petéket *C. V.* 8 éves szárhegyi (Csík vármegye) leánygyermek székletében találtuk meg 1941 novemberében. A székletben még *Trichuris trichiura*-peték voltak. A *Hymenolepis*-peték mind a nativ vizsgálatban, mind dúsítással megtalálhatók voltak. Konyhasós, dúsított készítmény egy cseppjében 5—8 pete volt. A nagy, sárgásbarna kerek peték leginkább *Taenia*-petékre hasonlítanak, csak jóval nagyobbak. A külső, barnás petehéj finom radiális csíkoltságú felületén hatszögletes rajzolat van. A külső és második burok között széles, világossárga egynemű tartalom van. Az onochosphera többnyire excentricusan helyezkedik el és körülötte kivehető a harmadik petehéj. Belsejében a hat horog szépen és élesen látszik. Az onochosphera 36x24 mikron, a horog hossza 12—15 mikron volt. A peték szabályos gömbalakúak, átlagos átmérőjük 95 mikron. Hat pete mérete a következő volt: 80.5x84, 91x91, 91x92, 91x98, 92x98, 108.5x108. A peték külső burka a fedőlemez nyomásra és talán a tömény só hatására megrepedt (lásd kép) és a repedésen a két burok közti tartalom kiöblösödött.



Egy megrepedt Hymenolepis diminuta pete.

A gyermek beteg nem volt, panaszairól bővebbet megtudni nem sikerült. Vérkészítményt kaptunk, benne 5½% eosinophilia volt. Vérkép: eo. 5½%, st. 2%, se. 51%, ly. 37%, mo. 4½%.

A vizsgálat ismétlését azonnal kértük, de a körülmények szerencsétlen összjátéka miatt csak 48 nap mulva kaptuk meg, mikor a gyermeken a kórházban *Filix mas*-kúrát végeztek és az utána gyüjtött székletet küldték be. Ekkor már — mint várható volt — csak *Trichuris* petét találtunk, a *Hymenolepis* már eltünt. Vizsgálati anyagot kaptunk a gyermek szüleitől és 13 éves testvérétől és a köztük élő macskából. A vizsgálat negativ volt. A családtagok vérkészítménye lényeges eltérést nem mutatott.

A *Hymenolepis diminuta* emberben igen ritka. Érthető ez, a fertőzési mód miatt. *Faust* (1929) 46 esetről, *Szidat* és *Wigand* (1934) 70 emberi fertőzésről tud, azóta további 25—30 eset van az irodalomban. Ezek többsége meleg égöv alatt — Indiában — fordult elő. Európában csak néhány eset ismeretes. Spanyolországból egy, Olaszországból tizenkét eset és Oroszországból hét. Közép-Európában még nem észlelték.

A féreg a galandférgek *(Cestoda)* osztályába, a *Hymenolepididae* családjába tartozik. Emberben egy másik, nálunk is elég közönséges faj fordul elő, a *Hymenolepis nana (Taenia nana)*. Ez a *Hymenolepis diminutá*-tól tetemesen különbözik: petéje kisebb, fehér, a petehéjak közt filamentum található. A féregnek horogkoszorúja van, míg a *Hymenolepis diminutá*-nak nincs.

A *Hymenolepis diminuta* a patkány és egér vékonybelében él. Néhány cm-nyire a pylorus alatt tapad. 15—60 cm hosszú teste többszáz lapos ízből áll. Petéje csak rovarban fejlődik tovább. A rovarban kifejlődő cysticercoid-dal fertőződik a rágcsáló, s alkalmilag az ember. A lárvát eddig kb. 30 féle rovarban találták meg, leggyakoribb közti-gazdák a liszt-moly és annak lárvája *(Aesopia farinalis)*, a lisztbogár lárva *(Tenebrio mollitor)*, a patkánybolha, fülbemászó és ritkábban a svábbogár. A féreg Magyarországon is közönséges és így emberi fertőzésre megvan az alkalom. A legtöbb ismert emberi eset gyermekek sorából került ki, akik az ételbe kerülő rovart kevésbbé veszik észre.

A fertőzés tünetei hasonlóak más *Taenia*-fertőzéshez. Bizonytalan helyi és általános panaszok, étvágyeltérések és reflectorikus tünetek fordulnak elő. Gyakran nincsenek tünetek. Emberből a férgek rövid idő mulva maguktól eltávoznak. Orvoslására *Cestoda*-hajtószereket ajánlanak.

Novák Rudolf és Társa kiadásában megjelent

ORVOSI MŰSZÓTÁR

Szerkesztette: dr. TORDAY FERENC c. tan.

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

Az 505 oldalas munka ára 16.— pengő.

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET.

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

Rohamban operált epehólyaggyulladás és epekőbetegség. *Ryozo Ohno.* Bruns Beitr. 172. 3. Szerző 1924. óta 106 cholecystektomiát végzett roham idején 1.88%-os műtéti halálozással. Az elsődleges sebgyógyulás az esetek 64%-ában következett be, az átlagos kórházi ápolási idő 23.4 nap volt. Műtéti eredményei nem kedvezőtlenebbek az irodalomban ismertetett idült szakban végzett műtétek eredményeinél. 48h-val a roham kezdete után tartja legkedvezőbbnek a beavatkozást, de 48h-n túl, sőt 6 órán belül is operált. 15 megfigyelt eset egy évvel a műtét után egészséges és teljesen munkaképes volt. Bakteriumok az esetek 65.4%-ában voltak kimutathatók. (G. 43.)

Kazár György dr.

A combtörés kezelésének eredményei az utóbbi hat év folyamán. *E. Friendl.* Bruns Beitr. 172. 3. Az innsbrucki sebészeti klinikán kezelt 230 zárt comtörést ismerteti, a törések oka, alakjai, helye és kezelése szempontjából. Meghatározza az egyes törések átlagos kórházi ápolási idejét, a kimeneti állapotukat. Megállapítása szerint medialis combnyaktörésnél szögeléssel a kórházi ápolási idő átlag 4.3 héttel rövidül meg. A kezelés eredménye is jelentősen jobb, mint konzervativ eljárással. Lateralis combnyaktörést és trochantertáji törést konzervativen kezeltek. A combtörésnél általában drótextensiót használtak. Véres kezelésre az esetek 2.2%-ában került sor. A szögelés és drótextensió sohasem okozott komolyabb szövődményt. (G. 42.)

Kazár György dr.

TÁBORI EGÉSZSÉGÜGY ÉS HADISEBÉSZET

Rovatvezető: *Sereghy Emil.*

Mozgóháborúban hassérülten végzett megfigyelések. *Struppler D. D.* Militärarzt 1942/2. Haslövéseknél, kivéve teljesen kilátástalan eseteket, mindig sürgősen műtétet végeztek. Mostoha viszonyok között a műtőkocsit használták. A szakorvosi vizsgálat előtt a hosszú szállítás miatt morphium injectiót adtak, hiszen a kórisme úgy az átlövésnél, mint bentrekedt lövedéknél már a lövés irányából megállapítható. Csak kevés esetben (testhossz vagy feneklövés) volt nehéz a kórismézés. Az előfordult haslövések 52%-a volt átlövés, 48%-ban bentrekedt a lövedék. Bentrekedt lövedéket csak akkor távolítanak el, ha az könnyen megtalálható, külön nem keresik. Az összes gyomorlövések egyéb szervek sérülésével társultak és halálhoz vezettek. Májsérültek felét sikerült megmenteni. Röntgennel megállapított »akadt« lövéseket konzervative kezelték. A veselövések csaknem mindegyike szövődött egyéb hasi szerv sérülésével, 20% volt gyógyítható. A hólyagsérülések mind intraperitoneálisak voltak, igen későn került kezelés alá s mind meghalt. A beteg megfigyelésére rendszerint nem sok időt pazaroltak, hanem a vérkeringés megfelelő helyreállítása után (infusio, transfusio) azonnal műtétet végeztek. Eseteik 1.05%-ában nem volt javalt a műtét. Vizsgálatnál általában elegendő a hashártyaüreg sérülésének felismerése. A be- és kilövési nyílás feltárása és szádolása a hasüreg megnyitása előtt külön műszerrel történik. A hashártya sérülését, — ha nem vezettek ki rajta drâncsövet — többnyire elzárták. A hasöblítés előnyei vitásak, a hasüreg kitörléséhez nedves kompresseket és villamos szívőkészüléket használtak. A hasüregben lévő vérömleny eltávolítása igen fontos, mert többnyire elgennyed. Ha a lőesatorna iránya kétséges, akkor műtét közben teljesen át kell vizsgálni a hasüreget. Igen gondos és óvatos munka szükséges, hogy a mesentérium ne rongálódjon (vérnyomás, süllyedés, bélperistaltica átmeneti bénulása). A hashártya mögötti bélrészeket is gondosan át kell nézni. A hashártya mögötti vérömleny eltávolítása két okból fontos: elsősorban kitűnő táplálója fertőző csíráknak, másodszor nehezen befolyásolható bélhüdések előidézője. A nagy hashártyamögötti vérömlenyeknél az esetek kétharmadát vesztették el bénulásos bélelzáródásban. A hashártyagyulladás ellen a savó alkalmazásával kapcsolatbn egyöntetű véleményt alkotni nem tudtak. A gyógysavóval kezelt esetek közül életben maradt 50%, meghalt 50%. A savó nélkül kezeltek közül életben maradt 37%, meghalt 63%, viszont igen súlyos esetben gyógysavót nem alkalmaztak. Nincsen egységes állásfoglalás a hasüreg draenage-ja, vagy teljes elzárása tekintetében. A szerző kimondott hashártyagyulladás esetében szádolta a hasüreget (mindig csővel), egyébként szádolás nélkül zárta a hasat. Az operált hassérültek 23.2%-a életben maradt. (Sz. 31.)

Somogyi B. Pál dr.

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

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

LEANDIN-CHINOIN
A NERIUM OLEANDER LEVELEINEK DIGITALISHATÁSÚ GLYCOSIDÁJA
CARDIALIS DECOMPENSATIO
minden esetére. Különösen javallt kezdeti állapotban, továbbá digitalist nem türő betegeknél, extrasystoliánál és prophylaktikus kezelésre
Solutio Tabletta Suppositorium

Neohexal

sec. sulfosalicylsavas hexamethylentetramin

a húgyutak coli-, strepto-staphylogen fertőzéseinél. E szer vizeletpangásnál (prostatitis), kőképződésnél és idegen-test-cystitisnél is indikált.

Csomagolás: Üvegcsőben 20 drb 0.5 g-os tabletta

J. D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

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

Digitalis Pandigal

TISZTA GLYKOSIDÁT TARTALMAZÓ DIGITÁLIS LANATA KÉSZÍTMÉNY

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

Törzskönyvi szám: 1739—1742.

TELJES DIGITÁLIS HATÁS
TÖKÉLETES MEGBIZHATÓSÁG

Magyar gyártmány!

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

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

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

A lázas vetélés kezeléséről. *Neumann.* (Zbl. Gynäk. 2. 89—942.) A lázas vetélésnek egységes és megbízható gyógymódjától még igen messze állunk. Szerző arra a kérdésére igyekszik feleletet adni, vajjon a kezelésben haladást jelent-e a vegyi gyógymód bevezetése a sulfonamid készítményekkel kapcsolatban. 4—5 napon keresztül napi 10 cm³ 2,5%-os, vagy 5%-os prontosilt adott izom közé betegeinek. Ha pár napon belül nem következett be láztalanodás, 20 cm³ detoxint adott vivőérbe, amely a szervezet ellenállóerőinek mozgósítására szolgált. 43 oly módon kezelt beteg közül 38 azonnal láztalanná vált; három esetben ez csak 2, vagy több nap után következett be: két esetben eredménytelen volt a kezelés. Egy beteg meghalt, de ezt igen súlyos vérmérgezéses állapotban, elkésve vehették kezelésbe. Véleményét a következőkben foglalja össze: 1. Műtéti beavatkozás előtt a lehetőség szerint előbb mindig ki kell várni a láztalanságot, amiben a szerzők nagy többsége egy nézeten van. Az ellenkező véleményen lévők, bizonyos megkötésekkel ugyan, de műtéti beavatkozást ajánlanak (Schulz és Winkler). Ezek mellett szól az életveszélyes vérzések esetében szükségszerűen elvégzett műtéti beavatkozások jó eredménye. 2. A vegyi gyógymód jól beválik, ha a szervezet ellenálló-erőit valamely alkalmas szerrel (detoxin) mozgósítjuk. 3. A kórfolyamat lokalizálódásánál, vagy áttétek képződésénél a kezelés eredményei lényegesen kisebbek. 4. Valódi sepsisnél eddig minden gyógymód csődöt mondott. A lázas gyermekágyi megbetegedéseknél a prontosildetoxin gyógymóddal olyan kezelési lehetőséget vél megadni, amely alkalmas arra, hogy az esetek legtöbbjében azonnali láztalanodást tegyen lehetővé és így a betegség időtartamát lényegesen megrövidítse. (O. 26) *Bereznay István dr.*

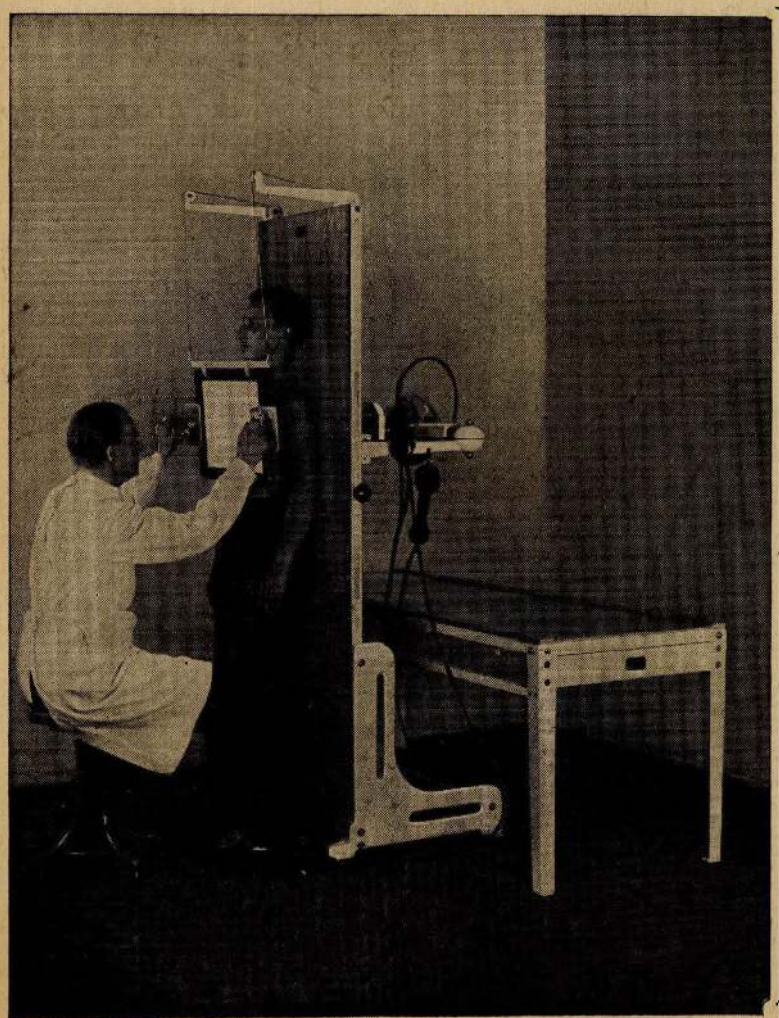
A fenyegető és már fel nem tartóztatható vetélés elkülönítő kórismézése. *Heinemann.* (Geburtsch. u. Frauenhk. 1942. 1.) Klinikailag a vetélések elkülönítésében fontos szerepet játszik annak megítélése, hogy fenyegető vetélésről van-e szó, vagy pedig olyanról, amely már nem állítható meg. *Küstner* szerint a terhesség megtartására nincs remény akkor, ha a magzat elhalása már bekövetkezett, vagy pedig a pete tapadási helyéről leválva a méh üregébe került. Erős vérzés esetén meg kell állapítani, hogy a vérzés a méhszájból ered-e, vagy a méhből. Még erős vérzés esetén is arra kell törekedni, hogy a terhességet megtartsuk. Kilátástalannak látszik a terhesség megtartását célzó minden eljárás akkor, ha a nyakcsatorna már nyitott, ujj számára átjárható s a burok megrepedt. A nyakcsatorna tágasságát idősebb terhességnél másként kell mérlegelni. Felvetődik a kérdés, meddig kíséreljük meg a terhességet megtartani vérzés esetén s meddig van szó csak fenyegető vetélésről. Ha 1—2 heti kezelés után a vérzés csökkenés helyett fokozódik, már nem számíthatunk a terhesség megmaradására. Fontos a terhességi reactio elvégzése is, továbbá annak megvizsgálása, hogy a colostrum tejjé alakult-e át. A terhességi reactio erősségének csökkenése elhalásban lévő magzatot bizonyít, ha esetleg a vetélés még nem is következett be. *Schultz* rámutatott arra, hogy tejnek megjelenése az emlőkben elhalt magzat mellett tesz bizonyságot. Ugyanezt állapította meg *Martius* is vizsgálatai kapcsán. Ez a jel egymagában természetesen nem bizonyító s csak ha a többi jelekkel összhangban van, akkor mondhatjuk azt, hogy a magzat elhalt s minden további conservativ eljárás kilátástalan. Minden kétes esetben fontos és célszerű a vérző terhes asszony intézeti kezelése. (O. 27)

Rerrich Ervin dr.

ORR-, TOROK-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

Terhességi nyálkahártyaelváltozások a felső légutak területén. *Schreiner:* (Mschr. f. Ohrenheilk. etc 76 Jg. 8 H.) Szerző anyagául 500 gravida szolgált a terhesség III—X. hónapjában. A felső légutak területén a következő nyálkahártyaelváltozásokat találta. Az *orrban:* rhinitis sicca anterior mintegy 33%-ban fordult



AZ ÚJ

SIEMENS

vizsgálógolyó

különösen alkalmas a magánrendelő kiegészítésére, mert

beszerzési költsége rendkívül kicsi,
üzemköltsége legkisebb,
teljesítménye meglepően nagy,
tüdő 100 cm-re 0·3 sec.
medence 70 cm-re 3 sec.
fog 0·2—0·6 sec.
intenzitása szabályozható,
bekapcsolható bármely konnektorba,
szállítható; a gép csak 12 kg.

Illusztrált katalógust, árajánlatot készséggel küld:

MAGYAR SIEMENS REINIGER MŰVEK R.-T.
RÖNTGEN- ÉS ORVOSTECHNIKAI GÉPGYÁR
BUDAPEST, VI., NAGYMEZŐ-U. 4. TEL.: *224-860.

elő és a szülés után 1—2 hét mulva visszafejlődött. Három esetben typusos rhinitis vasomotoria lépett fel a terhesség alatt, mely dacolva minden kezeléssel, a szülés után spontán megszűnt. Az esetek mintegy 8%-ában tartós orrdugulásról panaszkodtak a betegek; ezeknél feltűnt az alsó kagylók duzzanata és élénkvörös színe. Epistaxis 6.6%-ban szerepelt, mely valószínűleg az érfalak thyreotoxikus elváltozására vezethető vissza. A *szájban:* a fogak kisebb-nagyobbfokú romlása közismert. Gingivitis mintegy 57%-ban fordult elő, még pedig 3 féle alakban: simplex, hypertrophicans és ulcerosa. A *gégében:* szerző az esetek mintegy 15%-ában találta a gége hátsó fala, a regio interarytaenoidea és a hangszálagok nyálkahártyájának fellazulását és fokozott válladékképződést; laryngitis sicca 19%-ban szerepelt. Oedemás elváltozás egyszer sem fordult elő. Szerző e jelenségek összefoglalására a laryngopathia gravidarum elnevezést ajánlja.

Ajkay Zoltán dr.

A felső ajak elephantiasisa. *Dornauf.* (Arch. f. Ohren-, Nasen-, etc. 151. Bd. 1. H.) A felső ajak elephantiasisának aetiologiájáról ezideig eltérőek voltak a nézetek. Egyesek nyirokpangással magyarázták, mások az ajakban lévő nyálkamirigyek hyperplasiájával és hypertrophiájával. Szerző eseteivel kapcsolatban világosságot akar deríteni e kérdésre. Megfelelő plasticai műtétek után betegei szép eredménnyel gyógyultak, az eltávolított szöveteket pedig beható mikroskópiai vizsgálat alá vette. Ekkor kiderült, hogy minden esetben egy nem specificus, idültsarjadzásos gyulladás szerepelt az ajak kötőszöveti rétegében, amely nemcsak annak teriméjét növelte, de keménységét is fokozta. A kimetszett szövetdarabokban nyálkamirigyeket nem talált, a nyirokpangást pedig, mint az elephantiasis okát, elveti.

Ajkay Zoltán dr.

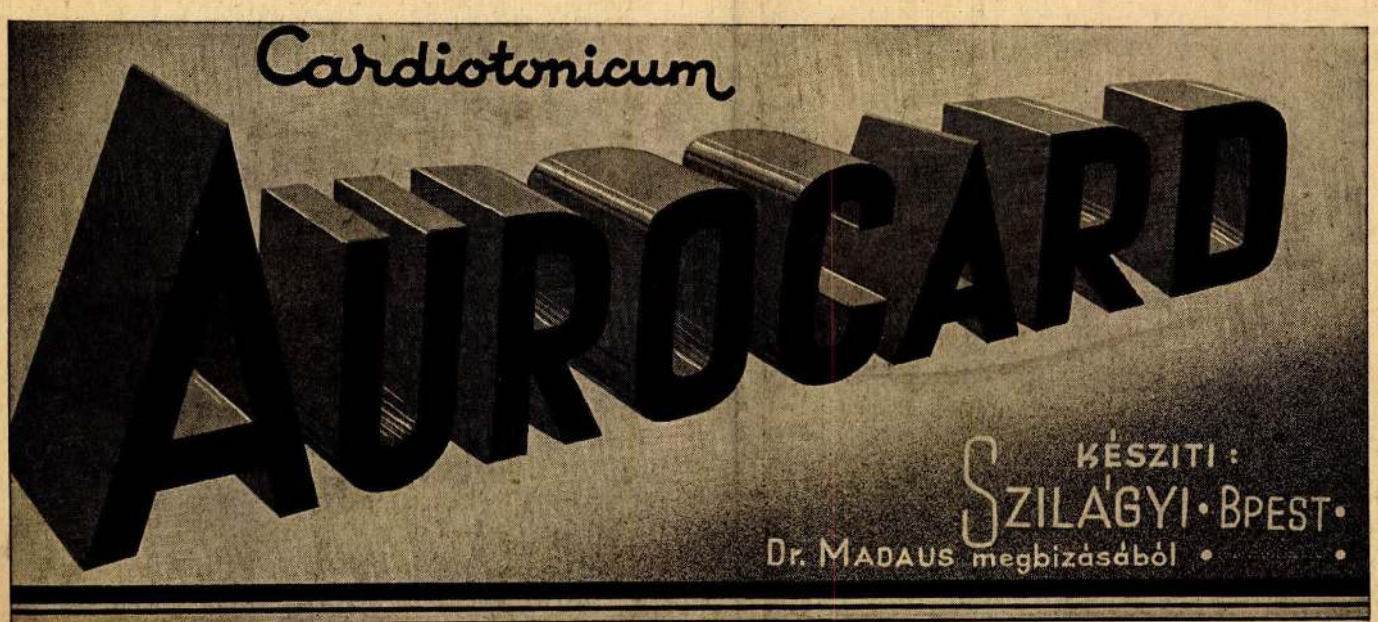
VEGYES HIREK

Hősi halált halt orvos. *Scholtz Gusztáv dr.* orvos, zászlós a partizánokkal vívott küzdelemben hősi halált halt. Hősi halottunk emlékét kegyelettel őrizzük.

Személyi hirek. A Kormányzó legfelsőbb elhatározásával *Solymossy András dr.* tart. orvoszászlósnak, az ellenség előtt tanusított vitéz és önfeláldozó magatartásáért dicsérő elismerését adományozta a hadiszalagon a kardokkal. — Hitler vezér és kancellár a népgondozás terén szerzett kimagasló érdemeik elismeréséül *Demkó Antal dr.* orvosvezérőrnagynak és *Frank Richárd dr.* ny. orvosvezérőrnagynak a német népgondozási édemrend másodosztályát adományozta.

Boros József prof. meghívása. A müncheni és a frankfurti orvos egyesület meghívására Boros prof. Münchenben nov. 11-én, Frankfurtban pedig nov. 17-én előadást tart filmbemutatókkal a tricuspidalis billentyűbántalmakról.

Johan Béla belügyi államtitkár f. hó 23-án a Bp. Kir. Orvosegyesületben »A magyar közegészségügyi munka útja« címen tartotta meg nagy horderejű Balassa emlékelőadását, melyet *Keresztes-Fischer Ferenc* belügyminiszter is meghallgatott. A szűnni nem akaró tapssal fogadott nagysikerű előadás után *Bakay Lajos* professzor, az egyesület elnöke nyújtotta át az előadónak a Balassa emlékérmet, az egyesület legnagyobb kitüntetését, mellyel magyar orvos munkáját megkoszorúzhatja. Az előadás a Népegészségügy folyóiratban egész terjedelmében fog megjelenni.



BÉHEXOS: CUKORINJECTIO B_1-VITAMINNAL
„CERTA" GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R.T. BUDAPEST

Megnyitották a Szent István-kórház új sebészi és fogászati osztályát, melyet f. hó 24-én adtak át rendeltetésének. Az új pavillon földszintjén a fogászati és sebészeti osztály több rendelőhelyisége, a fogászati műtő, a laboratórium, a Röntgen-szoba, két közös kórterem és négy különszoba van. Az első emeleten helyezték el a műtőket, a kórtermeket, a fürdőszobákat, tálalóhelyiségeket, a második emeleten a 6—8 ágyas kórtermet és mellékhelyiségeket. Az épületben mindenütt beépített szekrényekkel biztosították a tágas folyosók és termek tisztántartását. A pavillonban, amelynek felépítése 850.000 pengőbe került, százkét betegágy van.

Egészségtudományi Közlemények címmel új folyóirat jelent meg, mint melléklete egyik legrégibb folyóiratunknak az »Egészség«-nek, *Darányi Gyula, Molnár Vilmos* és *Vitéz István* szerkesztésében. A szerkesztőbizottság tagjai sorában legkiválóbb higienikusaink foglalnak helyet, kiknek intézetéből kikerülő értékes közegészségügyi munkák méltó helyhez juthatnak az új folyóirat hasábjain, mely a most megjelent első számában is nyolc kitűnő munkát s azok németnyelvű összefoglalását közli. Szerény kifogásunk csak a táblázatok helypazarló volta ellen van a mai papírszűkében.

Németországban a gyermekek vitaminellátása kapcsán az elmult tél folyamán 2.2 millió iskolásgyermeknek a tanerők 186 millió napiadag C-vitamint adtak. A csecsemőgondozás keretén belül pedig 1.75 millió anyának és gyermeknek 264 millió napiadag C-vitamint adtak. A terhes nők C-vitamin-mész készítményt kaptak. Az eredmények oly jók, hogy a következő télen ezt megismétlik.

HETIREND

Kedden, 3-án, 6. ó. a Bp. Kir. Orvosegyesület Orr-, Gége-, Fülészeti Szakosztályának ülése. Bemutatás: *v. Tátrallyay (Wein) Z.* és *Rehák P.:* Érdekes tumoresetek. Előadás: *Halm T.:* A tengeribetegség.

Kedden, 3-án, ½7 ó. a Bp. Orvosi Kaszinó ülése. *Grosszmann F.:* Újabb gyógyeljárások a gyermekkori nephrosisnál.

Csütörtökön, 5-én, ½6 ó. a Bp. Kir. Orvosegyesület Orthopaediai Szakosztályának ülése. Bemutatás: *Lovich E.:* »Térdizület lövési sérülésének gyógyult esete«. Előadás: *Lovich E.:* »Háborús csonttörések gyógyítása új műtéti eljárással«. *Kopits J.:* »Hadiorthopaedia a mult világháborúban szerzett tapasztalatok alapján«. Közgyűlés: Titkári jelentés. Jelölő bizottság beszámolója. Tisztújítás.

Pénteken, 6-án, 6 ó. a Bp. Kir. Orvosegyesület ülése. Előadások: *Keller K.:* Activ légzési gyakorlatok módozatairól (alveolaris szénsavnyomásmérés alapján). *Csiky-Strauss Á.:* Tapasztalatok a csirtalan szénpor sebészi alkalmazásában. Bemutatások: *Friedrich L.:* a) Gyomorlues gyógyult esete; b) Lymphogranuloma inguinala gyógyult esete.

A frontátvonulások áttekintése 1942 július második feléről. A július 16-ától 31-éig terjedő időszak frontátvonulásokban a normálisnál lényegesen gazdagabb volt. Különösen július 19—22-e között és július 27—28-ikán volt a frontalis megterhelés szokatlanul súlyos mértékű. A betörési frontok száma 37 volt (5 erős, 16 mérsékelt, 16 gyenge fejlettségű). Érdekes továbbá, hogy ebben az évszakban, amelyben máskor felsiklási frontok csak egészen kivételesen szoktak fellépni, ezúttal a felsiklási frontok száma aránylag tekintélyes volt: 2 mérsékelt és 2 gyenge fejlettségű felsiklási front érkezett.

A budapesti frontátvonulások részletes történetéből kiemeljük a júl. 16—18. közti aránylag nyugodtabb időszakot; júl. 19-ének hajnali felsiklási frontját és az utána gyors egymásutánban következő hét betörési frontot; júl. 20-ának három betörési frontját; júl. 23-ának két felsiklási frontját és este 21 órai, heves zivatarral kísért betörési frontját; a júl. 23—24-ikei éjszaka halmozottan fellépő betörési frontjait; júl. 25-én délelőtt és 27-én hajnalban egy-egy gyenge felsiklási frontot; a júl. 27—28-ikai halmozott betörési frontokat (közülök 28-án hajnali 4 órakor egy erős fejlettségű betörési frontot); a júl. 29-ikei teljesen frontmentes napot; végül a júl. 30—31-ikei, nagyobb időközökben fellépő frontoktól eredő mérsékelt fokú frontalis megterhelést.

Aujeszky dr.

LIQUOR **HYPNOBROMID**
Kellemes ízű hypnoticum és sedativum
Összetétele evőkanalanként: Aethylmorphin hydrochl. 0.005 gr Codeinum hydrochl. 0.01 gr Paraldehyd 0.50 gr Natr. bromatum 0.75 gr aromás syrupban

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

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

Megjelent DR. UDVARDY LÁSZLÓ:
Belgyógyászati röntgendiagnostika
750 oldal műnyomó papíron, 538 képpel
egész vászonkötésben ára: 75.— P.
Megrendelhető: KEMÉNY JÁNOS Debrecen 12. Belklinika

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

VALOVOSAN-CHINOIN
Petefészekelégtelenség ideges tünetei ellen
40 és 100 tabletta

A SALICYLSAV BIZTOS FELSZIVÓDÁSA A BŐRÖN ÁT:

RHEUMASAN

A SOUVERAIN

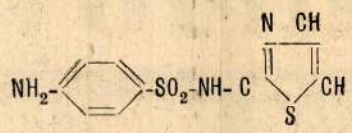
analgeticum
antirheumaticum
és antineuralgicum

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

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

CIBAZOL

p-aminobenzolsulfamidothiazol



Peroralisan hatékony, kitűnően türhető chemotherapiás szer bakteriumos fertőzések kezeléséhez.

Lobaris- és broncho-pneumonia
Heveny agyhártyalobok
Heveny és idült gonorrhoea
Más localizált coccusfertőzések
Általános coccusfertőzések

Cibazol tabletták á 0.5 g
Csomagolások 20 és 250 drb.-bal
Ampullák á 5 kcm (1 gr Cibazol-Na)
Csomagolások 5 és 50 drb.-bal

Kísérleti mintát az orvos uraknak kívánságra készséggel küld:
Jakitsch János Budapest, V., Rudolf-tér 5.
A Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel, (Schweiz) képviselője.

Uricedin

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

Magyarországi vezérképviselet:

Medichemia Gyógyszerkészítmények Gyára R.T.

Budapest, X., Hölgy-utca 14

J. E. Stroschein

Chemische Fabrik K. G.

Berlin

DORMOVIT*

alvási zavaroknál

20—30 percen belül elaltat,

6—8 órás alvást biztosit,

friss ébredés mellett.

* Furfurylisopropylbarbitursav

DIWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A.G., BERLIN-WAIDMANNSLUST

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

425408 — AZ ATHENAEUM IRODALMI ÉS NYOMDAI RT. NYOMÁSA, BUDAPEST. FELELŐS: KÁRPÁTI ANTAL IGAZGATÓ.