ORVOSI HETILAP

ALAPITOTTA:

MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-BEN

FOLYTATTÁK:

ANTAL GÉZA, HŐGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY ÉS SZÉKELY ÁGOSTON

SZERKESZTI ÉS KIADJA A VALLÁS- ÉS KÖZOKTATÁSÜGYI MINISZTER ÚR TÁMOGATÁSÁVAL ÉS MEGBIZÁSÁBÓL A MAGYAR ORVOSI FAKULTÁSOK SAJTÓBIZOTTSÁGA:

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

442

FELELŐS SZERKESZTŐ:

VÁMOSSY ZOLTÁN

EGYETEMI TANÁR

Hiányi 27,30 szám

1942

NYOLCVANHATODIK ÉVFOLYAM

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

P.-6 1

THENAEUM IRODALMI ÉS NYOMDAI R.-T. BUDAPEST

F 46/1942
XV/108

II. sz. SEBÉSZETI KLINIKA
KÖNYVTÁRA
Bp. VIII., Baross-u. 23-25
R. 22: 25.
Leltári szám:
F 46/192

TÁRGYMUTATÓ

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

	Oldal
Adenyltrifoszfát élettani és orvosi jelentősége	173
Agranulocitosis röntgen mélytherápiás kezeléséről	332
Allergiás betegségek histaminases vérkezelése	174
Anyagcsere kísérletek különféle táplálékfehérjékkel	101
Anyatej B_1 vitamin tartalma	465
Aorta tövének az aortitis luica röntgenképére emlékeztető körülírt tágulata vegetatív stigmatisatióval bíró betegeknél	379
Appendicitis és helminthiasis	4
Arteriolák működéséről decompensált szívbajokban	317
Állati mirigyek és szervek gyüjtése és értékesítése	417
Árpanyák jelentősége egészséges és beteg csecsemők táplálásában	383
Bacillaris vérhas kezelése sulfaguanidinnal	501
Banti kór operált esete	381
Belső szervek elektromos chemotherapiája	563
B_1 vitamin hatása a szívre és az erekre	163
B_1 vitamin hatásmódjáról	320
Bélféreg kapcsán előforduló béláfúródások	294
Bokatörés repülőgéppel végzett forduló közben	73
Botmankó	572
Bőrjelenségek táplálkozási zavarok kapcsán	39
Brown—Sequard syndroma érdekes esete	585
Campeanu-féle vitában egy példa	55
Campeanu módszeréhez még egy szó	182
Cukorbajos betegek középfülgyulladása és csecsnyúlványának sequestrálódása	199
Cukorbetegek maradék cukorvizelésének megszüntetése hazai alkáliás glaubersós gyógyszerekkel	342
Cukortápcsőre hatása a vércukorszintre	224
Cystadenoma pancreatis (operált és gyógyult)	355
Csecsemőhalandóság elleni küzdelem fejlesztésének útja	512
Csecsemők lappangó dob- és csecsüreg gyulladásáról	64
Megjegyzés a cikkre	94
Válasz	121
Csecsemők otogen sepsise	557
Csecsemőkori bélfertőzések chemotherapiája	536
Csecsemőkori középfülgyulladás és Leiner kór	586
Csecsemőkori toxicosis pathologiája	87
Csecsemőkori icterus esetek	285
Csontvelőgyulladás (heveny) kóroktanához	175
Degeneratio corneae granulosa nonfamiliaris esete	6
Dick reactio és Dick pseudoreactio	140
Dolantin a sebészi fájdalomcsillapításban	176
Dolantino-mániáról	235
Elektromos diastole (T-P távolság) érésének jelentősége	116
Endomyokardialis bántalmak elektrokardiographiás diagnosisa a tengelyelmélet alapján	77
Epeutak körüli mirigyek megnagyobbodásából származó betegség	318
Erythrodermia desquamativa és az exsudatív diathesis	394
Élősdis bőrbetegek eosinophiliája	115
Érbefecskendezések okozta elzáródások megakadályozása	293
Féregnyúlványlobbal társuló nagycseplesz csavarodás	308
Filaria sanguinis esete	502
Fogcsúcs körüli granulómákból készült antigén	491
Foglalkozás hatása a szaporodásra	416
Fossa supraclaviculárisban levő idegen test	538
Főhn-hatás megfejtésére, új kísérletek	509
Frontbetegség. (Újabb)	573
Füleredetű süllyedéses tályog	296
Fürdőzés általános gyógytényezőitől mit várhatunk?	413
Ganglion pterygopalatinum és környéke bénítása	595
Garatmögötti tályog fiatal csecsemő korban	359
Gázvi enyőről	620
Gerinctáj Rtg sugárzásával bőrbetegeken elért gyógyeredmények	461
Gerincvelőérzéstelenítés után bekövetkezett kollapsus kezeléséről	356
Gégecysták	598
Gümőkóros egyéneken végzett mandulakiirtás értéke és javalata	28
Gyomorátfúródáskor szabad-e csonkolást végezni?	428
Gyomorlues operált esete	261
Gyomorrák kilyukadásáról	1
Gyomortuberculosis másodlagos rákos burjánzással	103
Hastyphus orvoslásához adatok	283
Helminthiasis és appendicitis	4
Henning—Norpoth-jelenség gyomorhurutos betegeken	53
Heveny gyomorátfúródas conservatív műtéte	357
Megjegyzés a cikkre	411
Válasz	459
Heveny gyomorátfúródás műtéte	523
Hévvizek thermofil baktériumai	221
H mvesszősérülés gyógyult esete	214
Howe-féle fibrinogen meghatározás értékelése	129
Hörgőbe áttört vesekörüli tályog	619
Human-parazitologiai esetek: Hymenolepis diminuta fertőzés	527
Leishmania donovani fertőzés hazánkban. Fasciola hepatica az orrüregben	562
Isosporahominis fertőzés	574
Wohlfahrtia magnifica lárva fülmyasisban	587

Oldal

Hydrodynamikai paradoxon jelentősége a vérkeringés élettanában 547
Hypoglykalmiás betegség (spontan) 29
Hypophysis átültetés a sympathicus beidegzés bekapcsolásával 403
Idegeredetű vizeletrekedés műtéte 187
Idült sipolyok kezelése fémpálcikákkal 396
Insulint lehet-e pótolni? 259
Insulinpótló szerrel kísérletek.. 429
Ismeretlen fertőző betegség 477
Ivóvíz ellátás és ellenőrzés Kievben 437
Járványos gyermekbénulásról 622
Kaparékok összecserélésének elkerülése 291
Kénesős húgyhajtókkal kezeltek szerveinek kénesőtartalmáról 63
Későn felfedezett syphilis-esetek gyakoriságáról 211
Késvezető eszköz 214
Koponya-agysérülés esete .. 526
Koponyatörés érdekes fülszövődménye 40
Landouzy-féle typhobacillosis gyógyult esete 89
Lágyéksérv incarceratio esete 139
Légembóliák életveszélyességének elhárítása a légmell kapcsán 534
Légi sebesültszállításokkal kapcsolatos tapasztalatok 127
Liquor C-vitamintartalmáról ideg- és elmebetegségekben.. 606
Lokalizálható lelki tünetekről.. 389
Maláriásokon megfigyelések .. 188
Mellékvese kéreghormonnal kezelt gyermekkori sprue 405
Mellkasi geny öblítő-szívó kezelése 548
Meningococcussepsisből gyógyult négyhetes csecsemő 151
Munkásversenyzők szívvizsgálatának tanulságai 464
Musculus rectus abdominis és az arteria epigastrica önkéntes szakadása 51
Musculus semitendinosus ficamának operált esete 415
Mustárgázsérülések kezelése vitaminos kenőccsel 321
Műtét utáni tetanus 597

Oldal

Műtéti collapsus esetek 49
Myxoedema nagy hydrothorax-al 454
Nagygörbületi fekélyből keletkezett gyomor vastagbél sipoly 581
Nagy magassághoz alkalmazkodásról 15
Nem lueses positiv Wassermann-reactio 105
Nonnenbruch-féle hapatorenalis tünetegyüttes keletkezéséhez. 571
Nucleus ruber stato-tonicus működéséhez 18
Orrmelléküreggyulladásokból eredő szemüregi szövődmények 584
Orrnyálkahártya lymphogranulomatosisa 380
Othaematoma therapiája. 489
Ozaena kezelése adrianol emulsióval 395
Ötvegyértékű arsenvegyületekkel tízéves tapasztalatok a lues gyógyításában 125
Peritonsillitis detrituosa bőr- és gyógytana 247
Permanganatos bórsavpor a seb fertőzés megelőzésében és gyógyításában 181
Petefészek eredetű hasüri vérzések 197
Pilocarpin hatása a perfringens antitoxin képződésére 213
»Pitvari« ritmus 367
Pleuritis interlobaris ritka röntgenképe 558
Postvaccinatios enkephalitis 16 hónapos gyermeken 106
Priscol iontophoresis hatása a vérképre 478
Prostata hypertrophia hormonkezelése 560
Revival értékéről tíz évi tapasztalat 439
Rostanyás tüdőlob gyógyítása sulfapyridinnel és ultraseptyllel 273
Röntgen-castratio terén 13 év tapasztalata 535
Röntgensugár hatása a tejelválasztásra emlőgyulladások kezelésekor 392
Sebkezelés ultraseptyl oldattal.. 346
Seminoma kórismézése 453
Sinusextrasystolék vezetési zavarral 269

Oldal

Sipolyműtétek 341
Sklerodermás betegek vérképe 623
Spontan hypoglykaemiás betegség 29
Sprue kezelése mellékvese-kéreghormonnal 405
Sulfamid készítmények a fül-, orr-, gégegyógyászatban 369
Sulfamid oldatok és kenőcsök fényvédőhatása 331
Sternalis csontvelő 13 évvel a splenectomia után 582
Stilben környéki érhatásának mechanismusáról 451
Still-Chauffard-féle tünetcsoport 608
Synthetikus tüszőhormon-kenőcs nőgyógyászati alkalmazása.. 222
Szatmári kiütéses typhusjárvány 605
Szádlás nélküli epekőműtéti tapasztalatok 165
Szájfenék és állalatti phlegmonék 149
Szemtekei kötőhártya elsőleges amyloidosissal 370
Szívműködés és műtét 511
Távolhatástünetek operált meningioma esetében 344
Torzult csípőizület gyógyítására új műtét 25
Tüdőatelectasia röntgendiagnosztikája 499
Typhus abdominalis chemotherapiája 307
Typhusos bélátfúródás műtéte.. 430
Ulcus phagedenicum genitale gyógyítása. 487
Urticaria pigmentosa esetek .. 167
Vastagbél volvulusa 237
Veleszületett csípőizületi ficam (önként gyógyult) 271
Vérátömlesztés koraszülötteken 524
Vérhas chemotherapiája 485
Vizeletrekedés (idegere detű) műtéte 187
Zenei jellegű érzékcsalódások lehangoltság esetében 365

Rövid közlemények a törvényszéki orvosi gyakorlatból. Heti Krónika:

Hirtelen halál echinococcus-tömlőnek a vena cava inferorba törése folytán 310
Heti krónika 425, 447, 472
Irta: Korbuly György

KLINIKAI ELŐADÁSOK, ÖSSZEFOGLALÓ SZEMLÉK, ORVOSTÖRTÉNELEM

Az első kolerajárvány Magyarországon 205
Bársony serlegbeszéd 257
Búcsúzunk Hóman Bálint, Szily Kálmántól és üdvözöljük az új kultuszminisztert 339
Hősihalott orvosok emlékművének leleplezése 245
Johan államtitkár kitüntetése .. 329
Két rendelet 568
Levél a szerkesztőhöz 57
Orvostörténetírás története Erdélyben 376

ÉLETRAJZOK, NECROLOGOK, UTILEVELEK, CONGRESSUSI JELENTÉSEK

Oldal

Budapesti Orvosi Kamara közgyűlése 553
Élet és Kórtani Szakosztály 50 éves ünnepe 84
† v. Horthy István 427
Magyar tbc.-orvosok kongresszusa Balatonkenesén 34
Meynert Theodor † 305
Orvosi élmények Belga-Kongóban 10, 21, 33
† Pekár Mihály 533
† Torday Ferenc 305

ORVOSI ÉS KÖZEGÉSZSÉGI KÉRDÉSEK

Aktualitások 543
Az Orsz. Közegészségügyi Intézet 1940. evi jelentése 91
Beszámoló az 1941. XV. t.-c. alkalmazásáról 445
Házassági tanácsadás 44
Közkórházaink 1940-ben 353
Magyar gyermekvédelem időszerű kérdései 328
Orvosi nyelvünk helyes magyarsága 617
Székesfőváros anya- és csecsemővédelmének vezetése 203
Szovjet-orosz egészségügyi viszonyok 145, 156
Tanítóképzés és egészségtan.... 67

SZERZŐK NÉVMUTATÓJA

	Oldal
Adamcsik Ferenc	103
Ajkay Zoltán	296
Alföldy Jenő	247
Anda Tibor	176, 415
Aujeszky László	509
Ádám Lajos	355
Áts Mária	465
jékei Balogh Ádám	214
Banga Ilona	173
Barakovich Kálmán	501
Baráth József	429
Bálintffy Jenő	214
Bános Alajos	585
Bendek László	305
Benkovich Géza	523
Berencsi György	129
Binder László	571
Biró János	477
Bollobás Béla	127
Bonkáló Sándor	344
Bottyán Imre	491
Brenner József	524
Bugyi István 357,	459
Cseh Imre	291
Cserey-Pechán Albin	400, 475
Csernátony László	512
Csiky-Strauss Árpád	51
Czédly Teréz	395
Dajbukát Jenő	145, 156
Daka Mihály	573
Darabos László	461
v. Dombos Kátó László	213
Döbrentey Ilona	439
diósadi Elekes György	376
Engel Károly	63
Erdélyi Gyula	103
Erényi Júlia	585
Erődi Antal	489
Fabinyi Géza	586
Farkas Károly	105
Ferenczi Sándor	89, 188, 381, 430
csokalyi Fényes Pál	182
Fónyi Jenő	165
Fórizs Lóránt	235
Fornet Béla	413
Fraknói József	346
Fridrich Géza	478
Friesz Jenő	478
Gaál István 151,	394
v. Galambos József	465
Gábor György	116
Gefferth Károly	271
Gidró László	620
Gombos Imre 4,	294
Goreczky László	221
Gorka Sándor	533
Góth Endre	320
Góth Margit	320
Gugi Tibor	28
György Ede	94
Győry György	197, 341
Hainiss Elemér 39,	87
vitéz Haynal Imre	379
Horányi Béla	606
Heger Flóris	307
Horváth Boldizsár	25
Humayer Károly	199
Illényi András	213, 221
Jóna István	535
Juba Adolf	365, 389
Kadvány Sándor	392
Károlyi István	331
Kecskés Zoltán	40, 64, 121, 359
Kereszty Alfonz	367, 464
Keresztessy Tibor	149
Kertész Béla	445
Kémeri Dezső	487
Kiss Elemér	55
Kolbenheyer Zoltán	619
Komáromy Pély Mihály	605
Kopasz Ernő	582
Koppány Tibor	139
Korányi András	283
Kluge Endre	58
Kovács Ernő	106
Kramár Jenő	485
Kubányi Endre	403
Kubinszky Ernő	417
Kuna Aladár	437
Lelkes Zoltán	29
Leszler Antal	499
Liposits Elemér	342
Lukács József	405
Magyary Kossa Gyula	205
Majoros János	370
Makara György	527, 562, 574, 587
Marczell István	560
Marik Miklós	1, 187
Marsovszky Pál	317
Matolay György	428
Matolcsy Tamás	356
Matuschek Béla	237
Mayer György	53
Mártonfi István	293, 534
Mecsér Ferenc	273
Mező Béla	181
Mészáros Antal	18
Mészáros Gábor	259
Milkó Vilmos	411
Molnár István	451
Molnár József	595
Móra Sándor	511
Mosonyi László	416
Müller Ferenc	125
v. Nagy Károly	318
Nagy Lajos	224
Nánay Andor	581
Orosz Tibor	605
Páli Kálmán	222
Pázsit Pál Antal	548
Perémy Gábor	101
Petrányi Gyula	101, 451
Policzer Miklós	608
Polyánszky Tibor	584, 598
Rejtő Sándor	557
Ratkó Ferenc	321
Rehák Pál	380
Reischl Edgár	285
Sajgó Győző 396,	563, 572
Sármai Ernő	101
Scheitz László 10,	21, 33
Scheitzné, Sulyomi Klára	527, 574
Schill Imre	269
Scholtz Gusztáv 15,	73
Somogyi Zsigmond	203
Sós József	465
Szabó Gábor	310
Szabó Miklós	383
Szandtner György	308
Szauberer Margit	167, 536
Szeleczky Gyula	453
Szende Béla	369
v. Szenttornyay Sámuel	622
Szél József	502
Szép Jenő	623
Szinegh Béla	6
Szirmai Frigyes	140
Szodoray Lajos	211
Szőke Sándor	174
Szolár Béla	526
Ungváry László	77
Valkányi Rezső	261
Vámos László	115
Vámossy Zoltán	85, 91, 245, 247 305, 329, 339, 353, 553, 617
Vásárhelyi Béla	163, 454, 558
Verebély Tibor	49
Viczián Antal	573
Wuits Milán	538
Zahumenszky Elemér	597
Zemplényi Imre	45, 68, 328, 544
Zsebők Zoltán	332
Zselyonka László	547
Zsindely Sándor	568

SYNTESTRIN

SYNTHETIKUS TÜSZŐHORMON

1 amp. (1 mg) 10,000 i. e. természetes tüszőhormonnak felel meg

A petefészek csökkent müködéséből vagy hiányából eredő genitális és extragenitalis megbetegedések esetén

Injectió *Dragée* *Linguetta* *Kenőcs* *Suppositorium*

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

DOPIDRIN

TABLETTA

centrális élénkitőszer

Fokozza a physikai és psychikai teljesítményeket. Depressiós állapotok kezelésében frappáns eredmények! Kellemetlen mellék- és utóhatásokat nem okoz.

Dr. WANDER gyógyszer és tápszergyár rt., Budapest

Különféle fertőzések nagyhatékonyságú és jól türhető chemotherapeuticuma:

ULTRASEPTYL-CHINOIN

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

86. évfolyam. 1. szám. Budapest, 1942. január 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. *Jugoszláviában* az Avala bármely kirendeltségénél az »O.H.« számlájára. *Romániában: Borsos Béla dr.* Arad, Str. G.Gringorescu 5. *Slovákiában: Eleőd Solt.* Handels u: Kredit-B. Bratislava. *Egyéb külföldről:* az előfizetést levélben küldött dollár-chequeben kérjük a kiadóhivatalba.

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

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

Gargalizálás helyett

Silargetten

Chemische Fabrik von Heyden Aktiengesellschaft, Radebeul-Dresden

Magyarországon forgalomba hozza: Walter és Dummel, Budapest V, Mérleg utca 10

A 342.460/1941. B. M. sz. rendelet alapján az Államkincstár illetőleg a Közgyógyszerellátás (Közalapok) terhére újabban engedélyezett Richter-készítmények:

AMBESID SOLUBILE inj. 6×2 ccm.

AMBESID SOLUBILE inj. 6×5 ccm.

ADIGAN inj. 3×1 ccm.

ADIGAN sol. 15 gr.

BETACID MITE tabl.

BISMOSALVAN 20 ccm.

BISMOSALVAN 50 ccm.

DILURGEN 5×1 ccm.

DILURGEN 10×1 ccm.

DILURGEN 5×2 ccm.

DILURGEN 10×2 ccm.

EPHEDRIN TABL. »Richter« 20×0.05 gr.

GLANDUBOLIN inj. 100 E. 3×1 ccm.

KALMOPYRIN tabl. 10×0.5 gr.

KALMOPYRIN tabl. 20×0.5 gr.

OVARIUM tabl. »Richter« 40 db-os, 100 db-os

PARAAMINOBENZOL-SULFAMID tabl. »Richter« 20×0.40 gr.

PARAAMINOBENZOL-SULFAMID tabl. »Richter« 10×0.40 gr.

PERHEPAR inj. 6×2 ccm., 3×5 ccm.

PERHEPAR inj. 6×5 ccm., 2×10 ccm.

INSULIN »Richter« 100 E., 200 E.

SULFAPYRIDIN tabl. »Richter« 24 db-os

TOPHOSAN tabl. 10×0.5 gr.

TOPHOSAN tabl. 20×0.5 gr.

VEROPYRON tabl. 10×0.5 gr.

VEROPYRON tabl. 20×0.5 gr.

VITAMIN B_1 tabl. »Richter« (Biamin) 20×1 mgr.

VITAMIN B_1 inj. »Richter« (Biamin) 3×10 mgr.

VITAMIN C tabl. »Richter« (Proscorbin) 10×0.05 gr.

VITAMIN D tabl. »Richter« (Ergosterin irrad)

VITAMIN D sol. »Richter« (Ergosterin irrad)

VITAMIN A + D sol. »Richter« (Halsterin)

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. 1. szám. Budapest, 1942. január 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:

Marik Miklós: A gyomorrák kilyukadásáról. (1—4. oldal.)
Gombos Imre: Helminthiasis és appendicitis. (4—6. oldal.)
Szinegh Béla: Degeneratio corneae granulosa nonfamiliaris esete. (6—8. oldal.)
Irodalmi szemle. (8—10. oldal.)
Könyvismertetés. (10. oldal.)
Scheitz László: Orvosi élmények Belga-Kongóban. (10—12. oldal.)
Lapszemle. (12. oldal.)
Vegyes hírek. (12—13. oldal.)
Hetirend. (13. oldal.)

A Pázmány Péter Tudományegyetem I. számú sebészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: † Verebély Tibor ny. r. tanár.)

A gyomorrák kilyukadásáról.

Írta: *Marik Miklós dr.* egy. tanársegéd.

A gyomorrák ritka, de súlyos szövődménye a kilyukadás. *Laennec* 1824-ben írt le először ilyen esetet s azóta tizenhárom hasonló tárgyú közlemény jelent meg. *Aird* összefoglaló munkájában, a világirodalomból összegyüjtött 79 esetről számolt be az utolsó hat esztendőben pedig ez a szám 87-re emelkedett, nem számítva a nagyobb gyomorrák-statisztikákban megemlített, de részletesen nem közölt néhány esetet.

A közlemények kis számából téves lenne arra következtetni, hogy a kórforma csak szórványosan fordul elő, mert ha végignézzük a gyomorrákról szóló irodalmat, azt találjuk, hogy nem a kilyukadás, hanem a helyesen kórismézett, idejében műtétre került és főképpen meg is gyógyított rákos gyomorkilyukadás a ritka. Igy néhány statisztika anyagának 4—5%-ában szerepel szabad hasüri kilyukadás. *Anschütz* és *Konjetzny* összeállítása szerint pedig általában 3—5%-ban fordul elő, ami azt jelentené, hogy a gyomorfekély a ráknál csak háromszor gyakrabban lyukad ki.

A gyakorlatban ez az arány mégis túlzott, mert például az I. sz. sebészeti klinikán 26 év alatt operált 1080 gyomorrákos beteg közül csak *hétnek* volt szabad hasüri kilyukadása, míg ugyanezen idő alatt a fekélyes átfúródás közel nyolc százalékban fordult elő. *Yamamoto* a fukuokai II. sz. sebészeti klinika 1200 gyomorrákkal operált betege között csak egyetlenegyet talált, ez pedig azt igazolja, hogy más a sebészeti és más a kórbonctani anyag, mert az ilyen betegek nem mind kerülnek műtétre és sokszor még műtét alatt is nehezen állapítható meg a pontos kórisme és csak a boncolás vagy a második műtét után derül ki az alapbetegség. Erre jellemző példa az I. sz. sebészeti klinika következő esete.

H. A. 31 éves nyomdászt gyomorátfúródás kórismézésével belklinikáról helyezték át, ahol két hete kezelték gyomorfekéllyel. Műtét alkalmával közvetlenül a pylorus mellett a gyomorban, az elülső falon kétpengősnyi heges fekélyt találtunk, melynek közepén lencsényi lyuk volt. A nyílást elvarrtuk és mivel a varrás után a gyomorszáj beszűkült, gyomorbélösszeköttetést végeztünk. A beteg 16 nap alatt zavartalanul gyógyult. Félesztendő mulva vérhányással, hurutos panaszokkal, erősen lesoványodva került vissza a klinikára. A második műtétkor közvetlenül a pylorus mellett ökölnyi rákos daganatot találtunk mirígyáttételekkel.

Miljanic teljesen hasonló esetet közölt, *Haberer* és *Henle* pedig egy-egy esetüket gyomorfekélyátfúródásnak tartották, ezért gyomorcsonkolást végeztek, a szövettani vizsgálat alkalmával azután kiderült, hogy mind a kettő rák volt.

A rákos kilyukadás azonban még a műtétre nem került és tévesen kórismézett esetekkel is ritkább, mint a fekélyátfúródás. Ezt elsősorban avval magyarázhatjuk, hogy míg a fekély keresztülrágja magát a gyomorfalon, addig a rák inkább a gyomor felületén terjed el, a gyomorfal megvastagodik, beszüremkedik, ezért megemésztődése lassabban halad előre, tehát a daganat környékén már a kilyukadás előtt összenövések képződhetnek és így inkább átterjedés, vagy letokolódott tályog keletkezik, kilyukadás és általános hashártyagyulladás helyett. Másodszor kétségtelen, hogy a kilyukadás legtöbb esetben az emésztőnedvek hatására jön létre a rákos beszüremkedés miatt rosszul táplált, szétesett gyomorfalon, már pedig a rákos gyomor emésztőnedvtartalma, a fekélyessel ellentétben, rendszerint igen csekély. Klinikákon a gyomorrákkal műtétre került betegek 67%-a anacid volt és csak 2%-a hyperacid.

Yamamoto szerint, mivel az esetek egyrészénél csak a szövettani vizsgálatkor derült ki, hogy rákos kilyukadása volt a betegnek, valószínű, hogy inkább a fekélyből keletkezett rákok hajlamosak a kilyukadásra. Ezt azonban sem klinikánk, sem mások eseteinek szövettani vizsgálata nem bizonyítja. Sokkal valószínűbb, hogy a kilyukadásra leginkább hajlamos gyomorszáj melletti daganatok, fejlődésük kezdetén, amikor még fekéllyel összetéveszthetők, fokozott, vagy rendes savtermeléssel járnak, hasonlóan a patkóbél és a gyomorszáj fekélyeihez és a helyi erőművi viszonyok mellett ezért hajlamosak a kilyukadásra.

Az emésztőnedvek oki szerepét igazolja *Gruber*, valamint *Borrmann* egy-egy boncolt esete, ahol a daganatban képződött, egészen *jellegzetes peptikus fekély*, a gyomor kilyukadásához vezetett. A készítmények szövettani vizsgálata igazolta, hogy a rákos, beszüremkedett izomzat miatt rossz vérellátású gyomornyálkahártyán másodlagosan keletkeztek a fekélyek.

A szabad sósav jelenlétén kívül más tényezők is hozzájárulhatnak a rákos gyomor kilyukadásához. Feltűnő, hogy az összes közölt esetekben, továbá saját betegeinkben is a kilyukadt rákos daganatok legnagyobb része *ürös rák* volt. Nem ritka a szétesésre hajlamos, velős és kocsonyás rák. *Aird* szerint 92%-ban, a *gyomorszáj* melletti, ritkábban a *kishajlaton* ülő, elülső fali daganatok lyukadtak ki, ami az erőművi és vegyi hatásoknak legjobban útjába kerülő helyek jelentőségét bizonyítja.

Elősegítheti a rákos gyomor kilyukadását a környezetből, vagy a külvilágból származó sérülés is. Ilyen szerepe lehet pl. a röntgenvizsgálatnak, mint *Sereghy* két esetében és a nehéz székelésnek is.

Kizárólag a rákos gyomorkilyukadásra jellemző tünetek nincsenek. Ezért érthető, hogy a közölt esetekben csak háromnál lehetett előre megállapítani a pontos kórismét, sőt néhány esetben még műtétkor sem tisztázódott a betegség lényege és az csak a keletkezett kiújulás, vagy boncoláskor derült ki. Természetesen a rákos kilyukadások jórésze fekélyátfúródáshoz hasonló tünetekkel jár, úgymint hirtelen keletkezett nagy fájdalom a gyomorgödörben, összeomlás, erős izomvédekezés és bélbénulás. Egyrészük, hasonlóan a fedett átfúródásos fekélyekhez, bizonytalan eredetű hasi megbetegedés képében, vagy ismeretlen eredetű hashártyagyulladás tüneteinek kíséretében jelentkezik.

Tapasztalat szerint a gyomorfekély átfúródása nőkben ritka, klinikánk anyagában 2.6%. Ezzel ellentétben a rákos kilyukadások egyharmada nőbetegek között jelentkezett, tehát ha nőbeteg kerül gyomorátfúródással műtétre, már előzetesen is rákra kell gondolni.

A betegek kora nem jellemző a rákos kilyukadásra, mert a közölt eseteknek csak 50%-a volt 40—60 év közötti, hasonlóan a fekélyes betegekhez. Ezek után kétségtelen, hogy a rákos kilyukadás kórismézét műtét előtt teljes bizonyossággal csak akkor lehet megállapítani, ha már előzőleg kiderült, hogy a betegnek rákos daganata van.

A betegség kórjóslata rossz. *Aird* gyüjtőmunkája szerint a műtét utáni közvetlen halálozás 58%. A beteg sorsa attól függ, hogy a beteg hány órával a kilyukadás után kerül műtétre, van-e szabad sósav a gyomrában és operálható-e a daganata vagy sem. Tapasztalat szerint a fekélyes átfúródás óta eltelt idő arányos a gyógyulási lehetőséggel, bár néhányszor kedvező esetben 24, sőt 48 óra mulva is aránylag jó állapotban kerül a beteg műtétre, úgyhogy sikerrel operálható. Rák esetében ilyen kivételt nehezen lehet elképzelni, tekintettel a rákos gyomor nagy és erősen kórokozó csiratartalmára és a rákos szervezet csökkent ellenállóerejére. Tehát a korai műtét még kívánatosabb, mint fekélyes átfúródáskor. *Brunner* vizsgálatai szerint kilyukadás után az eredmény szempontjából igen fontos, hogy milyen számban tartalmaz a gyomor kórokozó csirákat. *Friedrich* és *Weber* pedig kísérletekkel bizonyították, hogy a savanyú gyomornedv erősen csökkenti a csirok életképességét, tehát a sok kórokozót tartalmazó rákos gyomor kilyukadásakor a beteg sorsa részben attól függ, hogy gyomra mennyi szabad sósavat tartalmazott. A rákos kilyukadások műtéte alkalmával szerzett újabb tapasztalatok szerint sokkal kedvezőbbek az eredmények, ha a daganat operálható, vagyis ha nincsenek áttételek, összekapaszkodások és a daganat kiterjedése nem vet gátat a gyökeres műtétnek.

Gyógyítására a következő műtéti eljárásokat ajánlották. 1. Egyszerű szádolása a lyuknak és környékének, 2. a nyílás elvarrása szádolással, vagy anélkül, 3. a daganat egyrészének kimetszése és a nyílás elvarrása, 4. a nyílás elvarrása és új gyomorbélösszeköttetés, 5. elvarrás és vékonybélszájadékkészítés, 6. vékonybélszájadékkészítés, 7. gyomorcsonkolás. *Horn, Aird, Milianicz, Yamamoto*, ha a gyomorcsonkolás elvégezhető, minden esetben ezt tartják a helyes eljárásnak, míg *Chavannaz* és *Brunschwig* szerint nem szabad csak elvarrást végezni, mert a csökkent ellenállóerejű beteg szempontjából, a lehető legkisebb beavatkozás a helyes és gyomorcsonkolást csak akkor ajánlanak, ha a beteg meggyógyult, összeszedte magát és még operálható a daganata. Ezzel szemben érdekes, hogy a konzervatív módszerekkel gyógyítottak halálozása 54%, míg *Aird* közleményében szereplő gyomorcsonkolással gyógyított 7 beteg közül egy sem halt meg.

Az átfúródott gyomorfekély műtéti kezelésére *Haberer* ajánlotta először a gyomorcsonkolást abban az esetben, ha a körülményekhez képest a beteg általános állapota jó, a keringési viszonyok kielégítőek és a helyi viszonyok a gyomorcsonkolásra alkalmasak. A közölt jó eredmények után egyesek a rákos kilyukadás műtéti megoldására is ajánlották a gyomorcsonkolást. Az irodalomban mégis csak néhány olyan esetet lehet találni, ahol kilyukadás miatt sikerrel távolították el a rákos daganatot.

Horn 1923-ban még csak két gyógyult esetet *(Baumann, Thiéde)* talált a világirodalomban, később *Hänle* közölt egy esetet, melyet fekélynek tartott és ezért végzett gyomorcsonkolást nála. *Huber* újabb két esetet írt le 1931-ben, utána *Aird* már 7 gyógyult esetről számolt be. 1936-ban *Haberer* mint különlegességet említi esetét, melyet szintén fekélynek gondolt és az eltávolítás után bizonyosodott be, hogy kilyukadt rákot operált. *Yamamoto* 1938-ban közölt esetének érdekessége, hogy betegüknek rákos daganatát már a kilyukadás előtt felfedezték és így a beteg pontos kórismével került műtétre, és *Rehfuss* szerint vizsgálva gyomrának összes savtartalma 52, szabad sósava pedig 36.6 volt műtét előtt.

Klinikánk legutolsó esete szintén a gyomorcsonkolással gyógyított betegek közé tartozik és *Yamamoto* betegéhez hasonlóan gyomordaganatát már a műtét előtt az I. sz. belklinikán kórismézték. Daganata közvetlenül műtétreküldése előtt nehéz székelés közben lyukadt ki. Adatai a következők:

T. Sz. 53. é. férfi 1940 aug. 16-án kereste fel az I. belklinikát. Hat hónap óta, különösen étkezés után görcsös gyomortáji fájdalmai vannak, az utóbbi hetekben naponként 3—4-szer hányt. A hányadék mennyisége olykor elérte az egy litert. Félév alatt 25 kg-ot fogyott. A beteg erősen lesoványodott, nyálkahártyái halványak. Tapintáskor a nyomorszáj tájékán fájdalmas terimenagyobbodást lehetett érezni. Mája egy haránt-ujjal meghaladta a jobb bordaívet. A szakaszos próbareggeli legmagasabb értéke 50 perc után 40—56 volt. A vörösvérsejtek száma: 4.150.000, haemoglobin tartalma 80%, fehérvérsejtszáma pedig 9000 volt. Wéber-, Wassermann-reactio: negativ, vérselytsüllyedés 5 mm volt. Gyomorröntgenvizsgálat adatai a következők: horogalakú, kissé tágult, csökkent tónusú, alsó pólusával két ujjal a csípőtaréj alá érő gyomor, a pép felett kétujjnyi

gyomortartalom. A gyomorszáj és a nyombél kezdeti része nem tölthető fel, a peristaltica renyhe, a gyomor alsó részére nem halad rá. A gyomorszáj helye összeesik a tapintható terimenagyobbodással. Három óra mulva a gyomorban egynegyed maradék. A röntgenvizsgálat utáni napon reggel nehéz székelés közben a beteg hirtelen igen heves, görcsös fájdalmat érzett a gyomortájékán, amely állandóan fokozódott, csuklott, hányingere volt, de nem hányt. Hasa deszkakemény lett és a fehérvérsejtek száma 15.600-ra emelkedett. A belklinika véleménye szerint a beteg gyomorszáj előtti daganata kilyukadt és sürgős műtét céljából áthelyezték klinikánkra. A műtétet a kilyukadás után 3½ óra mulva helyi érzéstelenítésben végeztük. Felső-középső hasmetszéssel nyitottuk meg a hasüreget, melyből azonnal zavaros, kevés röntgenpépet tartalmazó, levegővel kevert váladék ürült. A betegnek a röntgenvizsgálattal egyező helyen, a gyomorszáj előtt, almányi, dudoros felszínű daganata volt, melynek alsó részén, közvetlenül a gyomorszáj mellett csaknem fillérnyi nyílás foglalt helyet. A gyomorszáj közelsége és a daganatos gyomorfal törékenysége miatt elvarrás szóba sem kerülhetett. Ezért és mivel a betegnek látható áttételei nem voltak, csak a gyomorszáj előtt, a nagyhajlat mentén volt néhány eltávolítható borsónyi mirigye, gyomrát csonkoltuk. — A gyomor- és nyombélcsonk ellátása után Verebély—Neuber-féle gyomor-bélszájadék képzést végeztünk. A hasüreget a benne lévő zavaros váladék kiitatása után élettani konyhasóoldattal kiöblítettük és a hasfalat szádolás nélkül zártuk. A beteg másnap sokkal könnyebben érezte magát, harmadnap beöntésre kevés széke volt, szelek távoztak, negyedik nap ricinus után bőségesen székelt, leláztalanodott és zavartalanul gyógyult, a 15. napon távozott. Daganata ürös rák volt.

Meglepő volt a beteg teljesen zavartalan, síma gyógyulása, idős kora, erősen leromlott súlyos állapota és a nagy műtét ellenére. Valószínű, hogy szerencsés gyógyulását a korai műtét és a meglehetősen üres gyomor mellett, elég magas gyomorsavtartalmának köszönhette. Gyógyítására helyes eljárás volt a gyomorcsonkolás, mert a nyílást elvarrni nem lehetett, viszont operálható daganata volt és a kilyukadás óta csak néhány óra telt el.

Klinikánk többi esetének rövid kórtörténeti kivonata a következő:

1. *B. F.* 39. é. férfi, két hete belklinikán feküdt, gyomorfekély kórismével. Műtét előtti nap hirtelen igen erős gyomorgörcse keletkezett, mely eddigi fájdalmainál hevesebb volt. Felvételkor a beteg csuklott, nyelve száraz, érlökése percenként 130, hasa deszkakemény volt. Műtétkor a gyomorszájon tojásnyi daganatot találtunk, melynek elülső felszínén fillérnyi nyílás volt. A kis- és nagyesepleszben mogyoró-, diónyi áttételek voltak. A nyílást megpróbáltuk zárni, de a törékeny gyomorfal miatt ez nem sikerült, ezért a nyílásba csövet, köréje bőven jodoform gazet helyeztünk és a hasfalat zártuk. A beteg műtét után félnapra meghalt.

2. *B. F.* 51 é. férfi, félesztendeje fogy, étvágytalan. Félnappal jelentkezése előtt nehéz székelés közben hirtelen hasgörcsei keletkezett, mely állandóan fokozódott. Hányingere volt, szék, szelek nem távoztak. Felvételkor a has puffadt, igen feszes, a köldök felett homályosan férfiökölnyi terimenagyobbodást tapintottunk. A has megnyitása után a máj alól gázzal vegyes büzös-eves, genyes váladék ürült. A kishajlat közepén férfiökölnyi daganatot találtunk, melynek elülső felszínén három cm széles nyílás volt. A kiscsepleszben nyirokmirigy áttételeket találtunk. A kilyukadás helyére gumidraint és nagymennyiségű jodoform gazet helyeztünk. Alatta pedig gyomorsipolyt készítettünk. A beteg 24 óra mulva halt meg.

3. *R. S.* 57 é. férfi, ¾ éves gyomorpanaszok. Az utóbbi időben rohamosan fogyott. Étkezés után gyakran hányt. Műtétkor kishajlat közepén dudoros felszínű daganatot találtunk, melynek elülső felszínén lencsénél nagyobb nyílás tátongott. A nyílást elvarrni nem tudtuk, ezért csepleszt rögzítettünk rá és efölé gumicsövet, köréje pedig bőségesen gazecsíkot helyeztünk. A beteg félnap mulva halt meg.

4. *K. F.* 42 é. férfi, hat hónap óta fogy, étvágytalan. Jelentkezése előtti napon, munkaközben hirtelen óriási gyomorgörcse keletkezett, amely nemsokára az egész hasra átterjedt. Jelentkezésekor hasa kőkemény, nyelve tapadós, érverése szapora volt. A has megnyitásakor a gyomron a felső és középső rész határán inkább a nagyhajlat felé, az elülső falon ülő gyermektenyérnyi daganatot találtunk, melynek közepén lencsényi lyuk volt. A nyílást elvartuk, a hasüreget kiöblítettük és a kilyukadás helyére vioform-gazet helyeztünk, majd a daganat alatt gyomorsipolyt készítettünk. A beteg 21 óra után meghalt.

5. 39 éves nőbeteget hoztak a klinikára általános hashártyagyulladás kórismejével. Műtétkor közvetlenül a pylorus mellett, a kishajlaton dudoros felszínű daganatot találtunk, melynek mellső felén fillérnyi nyílás volt. A törékeny gyomorfal miatt a nyílást elvarrni nem tudtuk, ezért csepleszszel borítottuk és környékét vioform-gazeval szádoltuk. A beteg 15 óra mulva meghalt.

Ezek a betegek a kilyukadás után mind 8 órán túl kerültek műtétre, tehát kifejlődött általános hashártyagyulladással, kettő közülük igen rossz állapotban és csak kettőnek volt a daganata operálható, akiknél, mivel még aránylag jó állapotban kerültek műtétre, meg lehetett volna kísérelni a gyomorcsonkolást. A lyukat elvarrni csak egy betegnél sikerült, míg a többinél az elvarrást a törékeny gyomorfal miatt nem lehetett megnyugtatóan elvégezni.

Érdemes megemlíteni, hogy négy fedett átfúródással műtétre került gyomorrákos betegünk közül, akiknek a daganatát gyomorcsonkolással eltávolítottuk, három meggyógyult.

Eseteink kapcsán két kérdésre szeretnénk választ adni. Először is mikor érdemes operálni a rákos gyomorkilyukadást, másodszor műtétre való esetben mi a célszerű eljárás.

Láttuk, hogy az összes közölt esetekben csak háromszor sikerült műtét előtt megállapítani a pontos kórismét és legtöbbször gyomorfekélyátfúródás címén került a beteg műtétre. Ezért azokat a feltételeket, melyek mellett a fekélyátfúródás sikerrel operálható, alkalmazhatjuk a rákos kilyukadásra is. A két rokon kórforma között különbség csak abban van, hogy míg a fekélyes átfúródást abban az esetben is érdemes operálni, ha a helyi viszonyok a gyomorcsonkolásra nem alkalmasak, mert az egyszerű elvarrással gyógyított betegeknek is, kb. 40%-ban végleges a gyógyulása, addig a rákos kilyukadást sikerrel csakis akkor operálhatjuk, ha a beteg daganata eltávolítható. A rákos kilyukadás szempontjából kedvező, hogy leginkább a pylorus és az elülső fal daganatai lyukadnak ki a szabad hasüregbe, melyek eltávolítása ifj. *Verebély* vizsgálata szerint gyakrabban keresztülvihető, mint a kisgörbület és a cardia daganataié. Ezek után azt mondhatjuk, hogy a rákos gyomorkilyukadást akkor érdemes operálni, ha a beteg 8 órán belül, kielégítő általános állapotban, jó keringési viszonyok kíséretében kerül műtétre, daganata gyökeresen eltávolítható és ha műtét előtt hyperacid volt.

A szerzők egyrésze még ezen feltételek jelenlétében is, csak elvarrást ajánl, mert a súlyos állapotban lévő betegen a lehető legkisebb beavatkozást tartja helyénvalónak és a daganat eltávolítását csak akkor kísérelné meg, ha a beteg meggyógyult és szervezete már kipihente az első műtétet. Ezzel szemben a beteg sorsa, ha gyomorcsonkolásban jártas és megfelelő segédlettel rendelkező *(Haberer)* sebész kezébe kerül az előbbi feltételek mellett, inkább a hasüregbe került kórokozó csirok mennyisége és milyenségétől függ. *(Friedrich* és *Weber)*, mint a műtét nagyságától. Másodszor a nyílás el-

varrása, amint azt saját anyagunknál is tapasztaltuk, igen sokszor teljesen lehetetlen, ha pedig mégis sikerül, annak tartósságában a magunk részéről erősen kételkedünk, mert a daganatos gyomorfalba helyezett varratok feltétlenül átvágnak. Harmadszor klinikánkon sokszor láttuk, hogy nagy, kifekélyesedett, eves-rákos gyomordaganat eltávolítása után, a rendszerint súlyos általános állapotban műtétre került betegek teljesen zavartalanul gyógyulnak és sokszor meglepő gyorsan összeszedik magukat, amit a rákos daganat mérgező hatása alól, hirtelen felszabadult szervezet tökéletesebb gyógyulási készségével, hashártyájának erélyesebb védekezőképességével magyaráztunk. Véleményünk igazolására szolgál, hogy rákos gyomordaganatok gyökeres műtéte után 34.5% és gyomorbélszájadékképzés után, amikor a daganat bentmaradt, 35% volt klinikánk halálozása. Ezért rákos gyomorkilyukadás után *a hashártya védekezőképességének helyreállítása miatt* is igen fontosnak tartjuk a daganat eltávolítását. Negyedszer az elvarrás után később végzett gyomorcsonkolás csaknem ugyanakkora veszélyt jelent a beteg életére, mint kedvező tényezők jelenlétében az elsődleges gyökeres műtét és lehetséges az is, hogy a második műtét alkalmával a daganat már nem operálható, vagy a beteg nem vállalkozik az újabb műtétre.

Ezért abban az esetben, ha a rákos kilyukadást érdemes operálni, gyógyítására jártas sebész kezében mindig a *gyomorcsonkolást* tartjuk a legcélszerűbb műtétnek. Azon esetben, ha a daganat nagysága, a helyi viszonyok, áttételek vagy a beteg állapota miatt nem tudunk gyomorcsonkolást végezni, meg lehet kísérelni az elvarrást, szádolással vagy anélkül, ajánlatos azonban ilyenkor vékonybélszájadékképzést is végezni.

Az I. sz. Sebészeti Klinika 7, valamint a világirodalomban 1824. óta közölt 87 eset kapcsán nyert véleményünket a következőkben foglalhatjuk össze: A gyomorrák kilyukadása a szabad hasüregbe ritka megbetegedés, mely a *műtétre kerülő* gyomorrákok között 1%-ban fordul elő. Régebben műtéti kezelését teljesen eredménytelennek tartották, ezzel szemben — amint azt az újabb irodalomban közölt 9 és saját esetünk is bizonyítja — gyomorcsonkolással jó eredmény érhető el.

A kilyukadt daganatok leginkább ürös rákok, melyek a pylorus táján, az elülső falon foglalnak helyet és nem ritkán fokozott savtermeléssel járnak. A rákos kilyukadás kórisméje nehéz, rendszerint fekélyátfúródással tévesztik össze. Keletkezésében szerepel a daganat szétesésén kívül a gyomor fokozott emésztőnedvtartalma és kiválthatja erőművi behatás is (röntgenvizsgálat, nehéz székelés stb.). Tünetei legtöbbször gyomorfekélyátfúródásra jellemzőek, ritkábban ismeretlen eredetű hashártyagyuladás formájában jelentkeznek. Kórjóslata függ a kilyukadás óta eltelt időtől, a beteg állapotától, a gyomor sósavtartalmától és a daganat operálhatóságától. Ha érdemes operálni gyomorcsonkolást végezzünk, ha nem érdemes, meg lehet próbálni a nyílás elvarrását és vékonybélszájadék készítését.

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

A nagyszőlősi állami kórház sebészeti osztályának közleménye. (Igazgató-főorvos: Osgyáni Árpád.)

Helminthiasis és appendicitis.

Írta: *Gombos Imre dr.* mb. főorvos

A bélférgek által okozott elváltozások és kiváltott tünetek gyakran súlyos sebészi megbetegedések képét mutatják, melyek különös és nehéz helyzet elé állíthatnak bennünket. Bélférgektől mentes vagy féregfertőzést csak szórványosan mutató vidéken ez komoly problémát nem jelent, nem úgy a súlyosan fertőzött helyeken — ilyennek tekinthető, legalább is a kórházi tapasztalatok alapján, a felvidék északkeleti területe, s Kárpátalja jórésze — hol jelentőségük sebészi szempontból sem becsülhető le. A fertőzés mértékéről pontos kimutatást adni nem tudunk. Kórházi betegeken való gyakori előfordulásuk azonban e vidék súlyos fertőzöttségét mutatja. E közlemény célja a fertőzés, sebészi szempontból való jelentőségének vizsgálata. Gyakori, különösen a nyári hónapokban észlelt eseteink, továbbá más osztályok adatai igazolják, hogy a helminthiasis e vidéken lépten-nyomon felbukkanó, sebészi szempontból is komoly probléma. A megoldások, eredmények s következmények különlegességei, külön felkészültséget követelnek s velük jó előre számolni kell az orvosnak.

A féregtan gazdag irodalmában, sebészi vonatkozásokra is bőven van utalás. Vakbélgyulladás kórképét utánzó esetek és tünetek leírása azonban szórványos. Észleléseink után, ezekhez próbálunk adatokkal járulni.

Vakbélgyulladás vagy ehhez hasonló tünetek és panaszok kiváltásában a bélférgek közül, legalább is a mérsékelt égövön az oxyuris után, mindjárt az ascarisoknak van a legnagyobb szerepük, majd a trichocephalusok következnek. Eseteinkben is az ascaris lumbricoides szerepel első sorban. A gyakori kólikás tünetek kiváltásában, vagy akár egy komoly gyulladásos folyamat előidézésében, a bélférgek szerepe nem eléggé tisztázott. Találtak jól fejlett ascarist üszkös, széteső féregnyulványban, legtöbbször azonban a féregnyúlvány enyhe, következményes gyulladáson kívül más elváltozást nem mutatott. Valószínűbb, hogy a vékonybélben, főleg az alsó szakaszokban élősködő férgek a vakbél tájékán fennakadnak, összegyülnek, s ott egyrészt tömegükkel, másrészt a bélfal gyulladását okozó hatásuk, részint mérgező anyagcsere termékük folytán pangást, kitágulást okoznak. (Stasis). Emellett a mérgező, nem fajlagos anyagok közvetlen hatása, a bélfal gyulladásos elváltozásainak létrehozásában is fontos szerepet játszik. A bélfal gyulladását ezen kívül egyesek, a körülírt területen való állandó mozgás s így a nyálkahártyára gyakorolt mechanikus ingerek következményének tartják, mások a férgek azon sajátos szokásának, hogy kimarják a nyálkahártyát, mely így másodlagosan fertőződve, gyulladásba jön. A mérgező termékek izgató hatására, az ileocoecalis záróizomzatban, egy állandó görcsös összehúzódás jön létre, ez már maga is pangást, kitágulást okozhat, a kiürülést minden esetre súlyosbítja. Egyes férgek, különösen az ascarisok, a vékonybélből a vastagbélbe való átvándorlásuk alkalmával a záróizomzat gyűrűjében fennakadnak, ott tovább időznek, s így a Bauhin-billentyű elégtelenségét okozzák. Állítólag ebben keresendő a kólikás panaszok főoka.

A betegek hosszú ideig panaszmentesek lehetnek, a vakbéltáji panaszok és tünetek, a pangás és kitágulás egy bizonyos fokánál kezdődnek csak s nem egyszer súlyos vakbélgyulladás képét mutatják. Ennek megfelelően műtét alkalmával, a vakbél és alsó vékonybélkacs tágulását, pangást, hol inkább gyulladásos tüneteket találunk. Máskor pedig a tapintható ascaris kötegeken, kisfokú bélfalvizenyőn és vérbőségen kívül egyéb elváltozás nem látható. Eseteinkben is főleg belövellt, vagy gyulladásos falu bélkacsokat találunk, lényegesebb tágulás vagy a féregnyúlvány gyulladásos elváltozása nélkül. A féregnyúlvány súlyosabb gyulladásai, irodalmi adatok szerint is ritkábbak, az üszkös szétesö folyamatok pedig csak elvétve fordulnak elő. Hogy nem minden bélférges beteg kerül vakbélgyulladásos tünetekkel kórházba, annak oka többek között a féregnyúlvány egyénenkint változó szövettani és működésbeli különbségében is kereshető. Egy ép féregnyúlvány nyálkahártyája igen aktiv elválasztással bír, ilyen esetben az elzáródás könnyen vezethet akár egy heveny féregnyúlványlob kifejlődéséhez. Azon egyéneknél, akik csökevényes, részben hegesen elzáródott, vagy sorvadt féregnyúlvánnyal s ennek megfelelően elválasztást alig végző nyálkahártyával bírnak az elzáródás következményei és tünetei elmaradnak.

A bélférgeknek tehát, úgy a heveny, mint idült féregnyúlványlobok, vakbél-táji gyulladások kiváltásában nagy szerepe van. Hogy a féregnek a féregnyulvány üregébe történt behatolása, nemcsak kólikás panaszokat, hanem súlyos gyulladást is okozhat, sok esettel igazolt. *Sachner* leírja két esetét, hol a kifejezett vakbélgyulladásos tünetek miatt történt műtétnél, a beteg féregnyúlványban, jól fejlett férget talált. *Bow-Boweri* egy esetében a kifejezetten gyulladásos féregnyúlványban taenia saginatát, mások ascarisokat találtak. A betegek nem tudtak bélférgükről. A kólikaszerű tünetekkel járó s a féregnyúlvány lényeges gyulladását nem mutató folyamatot nevezik *Aschoff* után »ascarises stb. appendicopathiá«-nak, szemben a hasonló klinikai tüneteket mutató »typhlitis verminosa«-val, melyre a vakbélfal vérzéses, fekélyes vagy tumorszerű megvastagodása, genyes gyulladása jellemző, nem egyszer következményes betürem-kedéssel. Műtét előtt pontos kórisme megállapítása, alig lehetséges. A klinikai kép, fehér vérsejt szám, láz, legtöbbször megerősítik a féregnyúlványgyulladás kórismét. A láz viselkedéséből ugyan, főleg gyermekeknél, valami támpontott kellene kapnunk, mert miként *Zeifert* nagyszámú összehasonlításából megállapította, a láz kb. tíz éves korig felel meg a féregnyúlvány kóros elváltozásának, tehát mennél súlyosabb az elváltozás, annál magasabb a láz, felnőtteknél ez a szabályszerűség nincs meg, sőt gyakran fordított a viszony. Ha tehát fiatalabb korú betegnél magasabb hőemelkedés nincs, kifejezett klinikai tünetek, elesettség, stb. ellenére, felvehető egy nem valódi feregnyúlványgyulladás lehetősége, melynek mint később látni fogjuk, a hashajtás s egyéb vizsgálatok elvégzése (petevizsgálat) szempontjából van jelentősége.

Hogy a féregfertőzés lehetőségére e vidéken mindig gondolni kell, számos esetünkből, néhány érdekesebbet az alábbiakban ismertetünk.

1. R. L. 17. é. erdőmunkás, 1 hét óta jobbalhasban göresös fájdalmak, hányinger, hányás, láz, kíséretében. Hosszabb idő óta étvágytalan. Kp. táplált, sápadt fiú. Mac-Burney pont fölött kifejezett nyomási fájdalom, izomvédekezéssel. Fvs: 7800. T: 37.1. Másnap a T: 37.8-ra szökik, fájdalmak nem szűnnek, hány, ezért műtét.

Lelet: féregnyúlvány ép, valamivel hosszabb a rendesnél. A vakbéltől felfelé eső csipőbélkacs, mintegy 25 cm-nyi szakaszon haragosan erősen belövelt, gyulladásos, vaskos. Féregnyúlvány eltávolítása. Műtét után még napokig 38°-ig terjedő lázas állapot. Harmadik nap hashajtásra ascarisok távoznak. Santonin-kúra után lesz csak láztalan. Gyógyultan távozik.

2. V. J. 7 é. fiú, 2 nap óta heves alhasi fájdalmak. Időnként székrekedés. Keveset és erőlködve vizel. Anyja szerint 1 hónapja alig eszik. Láza nem volt. Kissé sápadt, elesett beteg benyomását teszi. Has puffadt, a vakbéltájék nyomásra fájdalmas, legerősebben a Mac-Burney-pont. Fvs: 8000. T: 37.2. Megfigyelés. A második napon enyhe hashajtásra szék, tele ascarisokkal. Erélyes kúra után rohamos javulás, napról-napra jobb közérzet és állapot mellett, hatodik napon gyógyultan távozik. Vizelési panaszai teljesen megszűntek.

3. Sz. A. 15 é. hajadon. 3 nap óta jobbalhasi fájdalmak. Menses rendben. Többször hányinger. Étvágytalanság, bágyadtság, jól táplált, de sápadt leány. Vakbél felett kifejezett nyomási fájdalom, tömörület, izomvédekezés nélkül. Gyomortáji érzékenység. Fvs: 6000. T: 37.2. Jobbalhasi görcsök fokozódnak, többször hány, ezért műtét. Kisujjnyi vastag, igen hosszú féregnyúlvány, gyulladásos tünetek nélkül. Vakbél felett az első csipőbélkacsokban, nyalábokban tapintható, vaskos kötegek. Bélfal tapintásánál talán kissé vaskosabb. Féregnyúlvány-eltávolítás. Hashajtással ascarisok ürülnek. Beteg kúra után, 8-ik napon gyógyultan távozik.

4. T. M. 7 é. leány. Orvosa »abscessus paranephritikus« kórismével küldi kórházba. Egy hét óta jobb bordaív alatti, főleg ágyéktáji fájdalmak. Székrekedés. Étvágytalanság. Sápadt, sovány leány. Has erősen puffadt, ágyéki tájon erős nyomási fájdalom, mely előre, a vakbéltáj felé is terjed, itt kifejezett izomvédekezés. Fvs: 8200. T: 39°-ig. Vizelet: negativ. Vesetáji szurcsapolás: negativ. Széklet csak többszöri erélyes hashajtási kísérlet után van, benne ascarisok tömege. Állandó 39°-ig terjedő lázas állapot. A láz erélyes Santonin-kúra után, hirtelen megszűnik. Fájdalom, haspuffadás eltűnik. Többnapi megfigyelés után a beteg gyógyultan távozik.

5. T. J. 17 é. leány. Felvétele előtti napon kezdődő jobbalhasi fájdalmak. Állandó hányás, hidegrázás, lázzal. 2 hete erős hüvelyi folyás. Jól táplált, de sápadt nő beteg. Vakbéltáj felett, éles nyomási fájdalom, kifejezett izomvédekezéssel, homályosan tapintható, mély tömörülettel. Egész has nyomásra érzékeny. Külső nemiszervek belövelltek, jellegzetesen zöldessárga folyása miatt vizsgálat go.-ra, mely positiv. Méh környéke érzékeny, de szabad. T: 38.2. Csuklás, hányás. Go.-s hashártyagyulladásra is gondolunk, ezért megfelelő kezelés mellett, további megfigyelés. 2-ik napon hányás közben a hányadékban ascarisokat találunk. Santonin-kúra után láztalan lesz, fájdalmak megszűnnek, jó közérzet. További kezelésre a bőrosztályra áttesszük.

Régebbi s ujabb eseteink egybevetéséből kitűnik, hogy a bélférgek által okozott elváltozások s ezek tünetei sebészi szempontból is igen változatosak. Fenti esetek ismétlődése csaknem hetenkint előfordul. Ezek megfigyelése és tanulmányozása az egyetlen mód, hogy a különös s néha valóban meglepő tüneteket mutató eseteket, kellően felkészülve fogadhassuk és megoldhassuk. *Hosemann* említi, hogy az ilyen vidéken az elkülönítő kórismében a bélférgek első helyet kell, hogy elfoglalják. *Garins* komolyan figyelmeztet a féregnyúlvánnyal kapcsolatos szövődményekre. Tizenhét ilyen esetből, hol az átfúródás helye letolakódott s jóindulatúnak látszott, 6 volt halálos. Ugyancsak komolyan kell venni az appendicopathiákat s a bizonyos »colica appendicularis« kórismézésénél soha ne mulasszuk el a féregvizsgálatot, mondja Ő.

Boncleletek bizonyítják, hogy lehetnek a féregnyúlványban férgek anélkül, hogy klinikai tüneteket okoznának. *Schachner* és mások szerint a férgek valódi féregnyúlványgyulladást nem is okoznak.

Schlössmann viszont beszámol 6 esetről ahol az üszkös és átfúródott féregnyúlványban ascarisokat talált, s ezt kellett, hogy tartsa a gyulladás okának. Sőt több esetében az átfúródásos nyíláson keresztül, az ascarisok a szabad hasüregbe is kivándoroltak.

Hogy mennyiben lehetnek és milyen módon, komoly féregnyúlvány gyulladás okozói, ha nem is egészen tisztázott kérdés az bizonyos, hogy férgek által fertőzött vidéken a vakbélgyulladásos tüneteket mutató betegek száma gyakoribb *(Leduc.)* Ezt saját megfigyeléseink is igazolják s a sorrendben a második leggyakrabban megtalálható féreg az ascaris lumbricoides. *Sagredo* szerint a férgek által kiváltott tünetek másodlagos fertőzés eredményei, amennyiben a férgek befurakodása helyén, a nyálkahártyán keletkezett hiányok és csatornák, legtöbbször másodlagosan fertőződnek. *Burfield* és *Bailey* vizsgálatai, kik féreg fertőzöttek boncolásánál, minden alkalommal találtak petét, a féregnyúlvány nyálkahártyája alatt, bizonyítják, hogy e szerv kedvenc búvó és tartózkodási helye a férgeknek. Áll ez különösen az ascarisra, mely hajlamos a belekből egyéb természetes nyílásokba behatolni *(Hosemann).*

Kérdés már most a tünetek sokaságában, van-e támaszpontunk, melynek alapján az u. n. »appendicopathiákat« a »typhlitis verminosától«, vagy a súlyosabb helyi féregnyúlvány lobtól elkülönítjük? Mikor operáljunk? Hashajtót adhatunk-e, s mily esetekben? stb.

Idevágó irodalmi közlések, s észleléseink alapján, alábbi szempontok értékesíthetők és útbaigazítók lesznek. Így a kórelőzményben, a vakbélgyulladásos panaszok mellett, kezdődő vagy enyhébb vérszegénységre utaló tünetek, mint szédülés, fejfájás, súlycsökkenés, étvágytalanság stb. jóval előbb megtalálhatók. Feltűnő, hogy legtöbb beteg bélférgéről nem tud, vagy csak röviddel a súlyosabb panaszok jelentkezése előtt, veszi azt észre. Ami talán azzal hozható összefüggésbe, hogy a férgek csak tömeges elszaporodásuk mellett üríttetnek ki észrevehető menniységben. A vakbélgyulladásos panaszok is, a nagyfokú elszaporodásuk után lépnek fel, így az általános leromlás, vérszegénységgel járó panaszok és tünetek, mindig megelőzik a vakbélgyulladásos tüneteket. Jellemző a fakó, szürkés-sápadt szín, általában feltűnő az általános állapot leromlása, ami kifejezettebb méreteket akkor ölt, ha sok a féreg a belekben *(Ritschel).* A fakószürke bőrszín előidézésében, a vérszegénység mellett, a féreg által elválasztott mérgező anyag felszívódása is szerepet játszik *(Faust).* A vérszegénység kifejlődését, a férgek vérelszívása, a gyakori gyulladásos hasmenés, a tápanyagoknak a férgek által való felhasználása, az elválasztott anyagcseretermékek mérgező hatása stb. okozza. Így a fenti tünetek jelentkezése annál feltűnőbb, minél régebbi a fertőzés s mennél nagyobb a belekben a férgek száma. Gyulladásos eredetű hasmenéseket eseteinkben nem észleltünk, inkább gyakori székrekedést. Valószínűleg az is csak hosszabb ideje fennálló fertőzés után jelentkezik. Kifejezett eosinophyliát csak első esetünkben találtunk, hol a beteg erősen vérszegény külleme valószínűvé tette a fertőzés régebbi voltát. Mérsékelt fehérvérsejt-szaporulat minden esetünkben volt, emellett lényegesebb hőemelkedés általában nincs, kivéve első és negyedik esetünket, hol az első esetben kimondott »typhlitis verminosa« állott fenn s a negyedik esetben is valószínűleg az egész vakbél és felhágó remese falának gyulladását találtuk volna, ha műtétre kerül. Ez magyarázná a lázat és a kifejezett positiv vakbéltáji leletet talán ötödik esetünkben is. Féreg által okozott vakbéltáji izgalmak, valódi féregnyúlványgyulladás tapintási leletét adhatják, nem ritka az izomvédekezés vagy a mélyben tapintható homályos tömörület sem. Jellemző s legtöbbször megtalálható azonban a gyomortáji érzékenység és fájdalom (gyomorba vándorolt ascarisok izgató hatása), ami fontos elkülöníthető tünet lehet.

A hashajtást, ha csak nincsenek kifejezett vakbélgyulladás tünetei, elvégezhetjük. Legtöbbször oly tömeges a férgek jelenléte, hogy drasztikusabb hashajtók vagy speciális szerek alkalmazása nélkül is ürülnek ki a székkel. Első és harmadik esetünkben is, ha kissé merészebbek vagyunk és hashajtást végzünk, (ami a műtéti lelet szerint, különösebb veszély nélkül lett volna elvégezhető) akkor a műtéti beavatkozást elkerüljük. Ezen eseteinkben is minden bizonnyal, a nagytömegű férgek és a bélfal lobosodása, nem pedig a gyulladást alig, 3-ik esetünkben pedig ne mis mutató féregnyúlvány váltotta ki a vakbélgyulladás tüneteit. 2—4-ik esetünkben gyerekről lévén szó hashajtást próbáltunk meg, eredménnyel. 5-ik esetben a szájon át távozó ascaris igazított útba.

Ne elégedjünk meg tehát a bizonyos »colica appendicularis« vagy »enteritis« kórismével. A legjellegzetesebb vakbélgyulladásos vagy egyéb megbetegedésre utaló tünetek esetén is jusson eszünkbe a fertőzés lehetősége, s ez esetben várhatunk és legtöbbször hashajtást is végezhetünk. Sőt bizonyos esetekben féregkúra is megpróbálható, aminek az azonnali petevizsgálat szempontjából van jelentősége. Így a hosszabb megfigyelést és vizsgálatot elkerülhetjük. A beteget lehetőleg izolálva, székét fertőtlenítve gátat vetünk az esetleges kórházi fertőzésnek s legalább minden kórházba kerülő beteget megszabadítunk a férgétől. Nem utolsó sorban pedig elkerüljük a felesleges műtétet.

A kolozsvári Ferenc József Tudományegyetem szemklinikájának közleménye. (Igazgató: Horváth Béla ny. r. tanár.)

Degeneratio corneae granulosa* nonfamiliaris esete.

Írta: *Szinegh Béla dr.* klinikai tanársegéd.

A szaruhártyadegeneratióknak két nagyobb csoportja ismeretes.

Az egyik csoportba azok a szaruhártyaelfajulások, illetőleg dystrophiák tartoznak, amelyek szabályszerint egy család több tagján jelentkeznek, tehát familiárisak. Ujabb szerzők inkább öröklődő dystrophiákról beszélnek. Ezek az esetek alakjuk szerint igen változatosak. Leírtak göbös, foltos, rácsos, pontszerű, diadémformájú családi szaruhártyaelfajulásokat. A különböző formák egy és ugyanazon családban is előfordulhatnak *(Zani),* tehát pathogenetikailag rokon kórformák. E kérdés beható tárgyalásával *Bücklers* monographiája foglalkozik.

A másik csoportba tartozó szaruhártyadystrophiákra jellemző, hogy eredetükben sem familiáritást, sem örökletes tényezőket kimutatni nem lehetett, tehát egyazon családnak csak egyetlen tagja

* Az egyetem orvostudományi karának tudományos ülésén tartott bemutatás alapján.

betegszik meg. Az ebbe a csoportba tartozó eseteket, más szervek, különösen a csontok, izületek eltéréseivel kapcsolatban írták le az egyes szerzők. Distiosis multiplex-szel, chondrodystrophiával, májnagyobbodással, elmegyengeséggel kapcsolatban írtak le nemfamiliáris szarudystrophiát. *Boumann* és *Ellis* ezeket a degenerativ elváltozásokat gargoylismus néven gyüjti össze. Jellemző tünetek: a nagy, groteszk fej, torz végtagok, koponyatorzulások (akro-, oxy-, brachy-, skaphokephalia, olympusi, homlok, hydrokephalus), csomós kidudorodások a koponyavarratok mentén és a koponyaalapon, nagy, vagy kettős sella, az ékcsont torzképződése, dorsolumbalis kyphosis, mozgáskorlátozottság a nagy izületekben, lép- és májnagyobbodás, a boncolás az agyban és az opticusban lipoiddegeneratiót mutat.

Ujabban *Sagher* közli egy 13 éves leány kórtörténetét, akin idegrendszeri elváltozások, nevezetesen az egész testre kiterjedő enyhe choreaszerű rángások, kétoldali abducens- és jobboldali obliquus-paresis kiséretében támadt nemfamiliáris szarudystrophia. E szerző kórelkülönítő jelentőséget tulajdonít a familiáris formákkal szemben annak a ténynek, hogy mind az ő esetében, mind az irodalomban leírt nemfamiliáris szarudystrophiák eseteiben az epithel épnek találtatott és az elváltozás a szaru parenchymájának elülső harmadára szorítkozott, ellenben a családi formákban, különösen a *Groenouw*- félében a szaru hámját az elváltozás előboltosítja.

Sagher figyelmen kívül hagyta *Salzmannnak* 1925-ben megjelent közlését, melyben a szerző a *Groenouw*-féle formához hasonló nemfamiliáris szaruhártyadystrophia 23 esetét közli, melyeket klinikáján tíz és fél év alatt gyüjtött össze. Ezekben az esetekben a göbös elváltozások az egyébként ép szaruhámot előboltosítják. A göbök a családi formában észlelhetőknél jóval nagyobbak, és az esetek nagy részében a szaruhártya felszínesen ereződött. Néhány esetben *Salzmann* ereződést nem talált. A kórkép gyakorisága a szerző szerint a többi szembetegségekhez viszonyítva 1:2420. A gyakorisági arányszám nők és férfiak között 18:5. *Salzmann* szerint a kórkép kapcsolatosnak látszik a keratoconjunctivitis ekzematosával, melynek nyomai az esetek nagy részében fellelhetők.

A második közlés az irodalomban, a közelmultban jelent meg egy amerikai szerző, *Muir* tollából, ki kétoldali *Salzmann*-féle szaruhártyadegeneratio esetét közli, amelynek vonatkozását lezajlott kreatoconjunctivitis ekzematosához valószínűnek tartja.

A betegség rendkívüli ritkasága mellett szól, hogy *Salzmannnak* aránylag sok esetén kívül az irodalomban második ismertetett eset a miénk, melynek részletes kórrajza a következő:

P. A. 32 éves asszony. 1941. V. 19-én jelentkezett a klinikán.

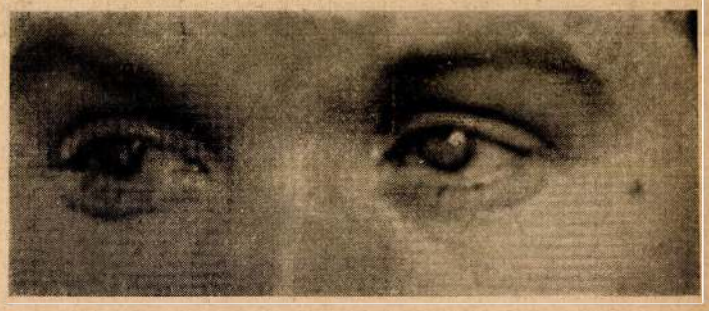
Kórelőzmény: Gyermekkora óta gyengén lát a balszemére. Nyolc évvel ezelőtt fehér folt keletkezett a jobbszemén, mely két év mulva nagyobbodni kezdett, tehát hat év óta ezen a szemén is nagyon gyenge a látása. Kezelés eredménytelen.

Rendes időre született, rendesen fejlődött. Négy elemit végzett, jó tanuló volt. Havivérzése 17 éves kora óta rendes volt. Két éve asszony, egy egészséges gyermeke van. Családjában, rokonságában szembetegség, elmebaj nem fordult elő. Szülei, testvérei egészségesek. Négyéves korában a jobb bokája kifordult. Azóta jobblába a fejlődésben kissé visszamaradt.

Jelen állapot: Közepes testalkotású, arca kissé puffadt, lymphatikus alkatra emlékeztető. A nyirokcsomók testszerte tapinthatók.

1. ábra. Degeneratio corneae granulosa nonfamiliaris o. u. Exudativ diathesis.

Mindkét szaruhártyában, a parenchyma elülső harmadában bőven erezett, az ép hámot több helyen elődomborító, szürkés-kékes, csomószerű, szabálytalan, göbös elváltozások észlelhetők, a jobboldalon főleg a szemrés területében, baloldalon csaknem az egész szaruhártyában.



2. ábra. Fényképmagyítás a két szemről.

A peripheriás részek a jobb corneán áttűnőek, a bal corneán hegesek. Szemek többi része rendben. Tensio ujjal jó. Szaru érzékenysége nem zavart. A látáséleség a jobboldalon 1.5 m-ről, a baloldalon 0.3 m-ről ujjolvasás.

Tüdők tiszták, hasiszervek épek.

Ivarszervekben semmi kóros.

Ideggyógyászati vizsgálat: Jobb lábszára vékonyabb, lábfeje rövidebb, talpa erősen homorú, a lábhát domborúbb a normalisnál. Lábfejtartása kissé equinovarusban. Baloldali lábszára és lábfeje rendes. Jobb Achilles-reflexe hiányzik. Jobb bokaizületének activ és passiv mozgásai korlátozottak. A térdhajlítók és a peroneus által innervált izmok gyengébbek. A peroneusfunctiók is csökkentek. Jobblába hidegebb, Chwostek-tünet mindkét oldalon.

Általános vizsgálatok: Alapanyagcsere: +0%. Specifikus dynamikus hatás: +20%. Vércukor: 84 mg. Vérnyomás: 132/80 Hg/mm. Vörösvérsejt: 3,800.000, fehérvérsejt: 6000, haemoglobin: 72%, festődési index: 0.93. Minőségi vérkép: jug. 1%, stab. 1%, segm. 58%, eo. 2%, ba. 3%, lympho.: 32%, ma. 3%. Vérselytsüllyedés: 1 óra mulva 60 mm, 2 óra mulva 90 mm. Vizelet: fehérje, genny, cukor: negativ. Wa.-reactio: negativ. Tebeprotinpróba II. higítással: positiv. Serumcalcium: 13 mg%. C-vitaminürítés nagymértékben csökkent. Serumcarotin: 40 ccm. A-vitamintartalom 9.5 I. E.

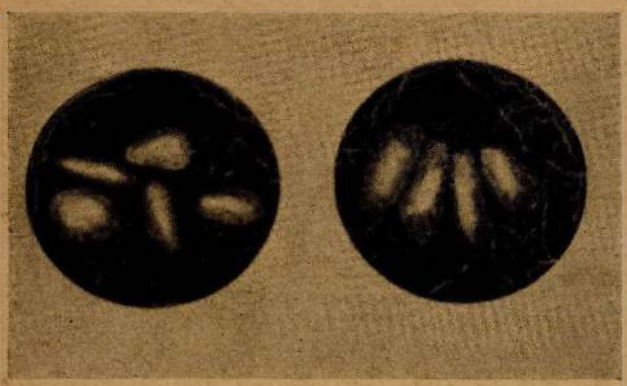
Lefolyás: Helyi kezelésre alkalmaztunk dionin-, insulin-, vitaminos kenőcsöket és röntgenbesugárzást, továbbá pupillatágítókat. Általános kezelésül előbb

kísérletként naponta 10 mg B₁-vitamint adtunk bőr alá, majd ex juvantibus rubrophen-kúrát vezetünk be, másodnaponként 5—5 ccm-t érbe és a közbeeső napokon 4 tablettát belsőleg.

VI. 27-én, miután előbb 10-szer 10 mg B₁-vitamint és 10-szer 5 ccm és 40 tabletta rubrophent kapott, valamint az említett helyi kezelést, állapota alig változott. A csomók mintha kissé laposabbak lettek volna és a látás valamivel jobb lett, a jobbszemen ugyanis ekkor 2 m-ről, a balszemen pedig 1 m-ről olvas ujjakat.

A beteg tanácsunk ellenére távozik a klinikáról és így további sorsát nem kísérhettük figyelemmel.

Epikrisis: Az eset több szempontból tarthat számot érdeklődésre. Kasuistikai jelentősége, hogy a degeneratio corneae granulosa nonfamiliarissal foglalkozó harmadik közlés és a leírt huszonötödik eset, magyar részről pedig az első. A klinikai kép nagyjából megegyezik *Salzmann* és *Muir* eseteivel. A csomók, illetőleg göbök a családi formában észlelhetőknél nagyobbak, nagyjából oválisak. A cornea ereződése kifejezett, mint *Muir* esetében és *Salzmann* eseteinek nagy részében. Amíg a nonfamiliáris formában az ereződés gyakori, addig a familiaris formában az csak kivételes *(Landenberger).*



3. ábra. Rajznagyítás a jobb- és baloldali szaruhártyákról.

Az eset részletes vizsgálata lehetővé tette, hogy a kór eredetét több oldalról megvilágíthassuk.

Felmerült az a nézet, hogy a familiáris forma szaru-tuberculosis *(Wehrli).* Azonban bebizonyult, hogy e betegség elfajulási zavar, illetőleg dystrophia *(Fleischer, Paderstein, Fuchs).* A dystrophia oka ismeretlen. *Ladenberger* esete összefüggésben látszik lenni keratoconjunctivitis ekzematosával, mely betegség jelenléte e szerző szerint serkentőleg hat a dystrophia gyógyulására. A nemfamiliáris formában a keratoconjunctivitis ekzematosa jelenléte gyakori és valószínűleg ez magyarázza meg az ereződés gyakoriságát. Mint ismeretes szarufolyamatokban az ereződés mindenkor a reparatiót szolgálja és az avasculáris formák rosszindulatúak, tehát érthető *Landenberger* megfigyelése.

Esetünkben az exudativ diathesis, a lymphatikus alkat, enyhe anaemia, a relativ lymphocitosis, a C-hypovitaminosis, a fokozott vérsejtsüllyedés, de legfőképpen a positiv tuberculinpróba tuberculotoxikus allergia mellett bizonyítanak. A tuberculotoxikus allergia, mint ismeretes a keratoconjunctivitis oka, de a szarudystrophia jelenléte nem magyarázza meg. A szarudystrophia a rubrophen-kurára nem javult lényegesen, holott e gyógyszer tuberculotoxikus eredetű szembetegségeket gyorsan meggyógyítani képes. Az elmondottakból valószínűnek látszik, hogy e betegség kíséretében a kreatoconjunctivitis ekzematosa, illetőleg a tuberculotoxikus allergia nem szükségképpen van jelen, hanem csak szövődmény és mint a szarudystrophiára hajlamosító körülménynek van jelentősége, illetőleg a betegség lefolyására gyakorolt befolyást.

A betegség keletkezése szempontjából sokkal nagyobb jelentőséget kell tulajdonítanunk azoknak a degenerativ tüneteknek, melyeket más szerveken írtak le a szerzők, nevezetesen a csontrendszeren, az izületeken és legutóbb az idegrendszeren. Esetünkben is az idegrendszerben találtunk elváltozásokat, a következő tünetekben: a jobb láb atrophiája, a peroneus csoport és térdhajlítók paresise, kétoldali Chwostek-tünet. Semmi támpontunk arra, hogy e tüneteket egy lezajlott polymylitis anterior maradványként fogjuk fel, inkább ismeretlen eredetű dystrophiás zavarokra kell gondolnunk. Ugy látszik, hogy általános degenerativ készsége van betegünknek, a szarudystrophia pedig csak ennek az állapotnak részjelensége.

Érdekes laboratoriumi leletünk, hogy a sérum carotintartalmát a normális 50 γ/ccm alatt, az A-vitamin tartalmát pedig a normális 10.6 I. E. alatt találtuk. Ismeretes az A-avitaminosis szerepe rosszindulatú szaruhártya betegségek keletkezésében (keratomalatia, xerophthalmia). Jelen esetben is nem gyulladásos jellegű megbetegedésről van szó. Bizonyára döntő jelentősége van a talált A-hypovitaminosisnak abban, hogy esetünkben a meglévő általános degenerativ-készség mellett, a degeneratios tünetek a szaruhártyán is jelentkeztek. Mindenesetre ahhoz, hogy végleges következtetéseket vonhassunk, szükség volna nagyobb anyag pontos áttekintésére, ez pedig az esetek ritkasága miatt nem lehetséges. Így tehát meg kell elégednünk azzal, hogy közleményünkben néhány használható adatot szolgáltassunk e kórforma eredetének tisztázásához.

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET

Rovatvezető: *ifj. Verebélÿ Tibor* és *Fedeles László.*

Középkorú emberek vitalkapacitása. *Arnett.* (Arch. inter. med. 67. k. 1129. o. 1941.) A szerző diákkorú és középkorú ülő foglalkozású embereken periodikusan végzett vizsgálatok alapján a tüdők vitalkapacitásmérését abban az esetben tekinti hasznos diagnostikai módszernek, ha ennek lehetőségei és határai jól ismertek. Szerinte periodikusan végzett vizsgálatok a leghasznavehetőbbek. A vitalkapacitást spirometer segítségével mérte, alapul véve a legnagyobb amplitudoval bíró légzési kilengést. A vizsgálatokat évente, több éven keresztül végezte. Vizsgálataiból azt a következtetést vonja le, hogy fiatal, 20 év körüli embereknél nagyobb a diagnostikai értéke, mint középkorúaknál, mivelhogy előbbieknél nagyobb az értékek egyöntetűsége. (B. 52.)

Bene József dr.

Pervitin hatása a RTG.-katerre és a sugárkezelt carcinomás betegekre. *H. E. Glomme.* (Deutsch. Med. Klin. 1941. No. 36.) A RTG. kater vagotonus irányában eltolódott vegetativ-neurotikus zavar. Leküzdésére az adrenalin-csoportba tartozó pervitin alkalmasnak látszott. (Hosszabb időn át átlag napi 2 tabl. = 6 mg.) 120 besugárzott beteg közül csak 4 inoperabilis, pylorusstenosist okozó ca. esetében nem látott hatást. A pervitin nemcsak sympaticominetikus hatásánál fogva előnyös, hanem a psychét is stimulálja. A szükséges morphinkezelésben is előnyös, amennyiben izgató hatása van s a többi morphinmelléktüneteket is csökkenti. Megszokást, melléktüneteket nem tapasztalt, de kritika nélküli alkalmazását nem ajánlja (G. 39.)

Gyulai Ernő dr.

TÁBORI EGÉSZSÉGÜGY ÉS HADISEBÉSZET

Rovatvezető: *Sereghy Emil.*

A tüdő lövéseiről. *Frey.* (Münchener med. Wschr. 1940. 12.) Egyes tüdőlövések minden szövődmény nélkül, símán gyógyulnak, mások pedig nyilt légmellet okoznak. A nyilt légmellet legcélszerűbb helybeli érzéstelenítésben két rétegben izom- és bőrvarrattal zárni. A tüdő kivarrása felesleges. Általában a tüdő sebzései nem szorulnak különösebb kezelésre, természetesen hosszabb megfigyelést igényelnek, már csak az esetleges vérzés miatt is. A mellkasi vérgyülemet óvatosan lecsapoljuk. A szelepes légmellett csap (kanule) bevezetésével és esetleg benthagyásával kell megoldani, melynek külső részére nyitott gumiujjat erősítünk, ami szelepszerűleg működik. A gátor levegőgyülemét a mellcsont felett ejtett metszésen át bevezetett gumicsővel kell ellátni. Általában a korai műtét ellenjavallt a nagy fertőzési lehetőség mellett. Bordacsonkolást és állandó szádlást csak a 8—10. napon szabad végezni. Tüdőtályogot legkorábban 6—8 hét multán operáltunk. A szerző megfigyelése szerint a mellkasi sérültek a korai szállítást nagyon rosszul tűrik, még a legkevésbbé veszélyes repülőgépen való szállítás. (S. 11.)

nemes Balta Béla dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

Újszülött-zárványblennorrhoeával kapcsolatos szarufolyamat. *Babel.* (Ophthalm. 1941. 3, 129.) Az utóbbi hat év alatt kezelt 86 zárványblennorrhoeából 8 esetben az irodalomban eddig még közlésre nem került mély szaruhártyagyulladást észlelt. Az álhártyás kötőhártyagyulladás kezdete után átlag 3 héttel lépett fel és 8 nap—1 hónap mulva többé-kevésbbé kiterjedt szaruhomályok hátrahagyásával gyógyult. Az esetek felében egyoldali maradt a folyamat. Egyik esetben glaukoma, másikban a nyulak kísérleti herpes-encephalitisére emlékeztető encephalopathia jelentkezett szövődményként. A szokatlan szarúfolyamatokat valószínűleg a zárványvirus virulencia-változása eredményezte. (G. 61.)

Lugossy Gyula dr.

A Thiel-féle polyviolplomba begyógyulása és eredménye. *Beyer.* (Klin. Mbl. Aug. 1941. márc.) A lipcsei szemklinika 60 operáltja közül 55 esetében szövődmény nélkül begyógyult a plomba, amelyet a szemteke eltávolítása vendégszem viselésére alkalmas kocsány képzése végett helyeztek a szemüregbe. 2—69 év között volt a betegek életkora. Felnőttek esetében a 4 egyenes izomba helyezett varrattal, gyermekeknél csak a Tenon-tok összevarrásával rögzítették a plombát a szemüregbe. A műtét után 2—3 napig erős chemosis mutatkozott. 3%-os borvizes meleg borogatás és borkenőcs behelyezése mellett 5—12 nap alatt tünetmentesség. Az izom és kötőhártya a plombával szorosan összetapadt és igen jól mozgó kocsány jött létre, amely a reáhelyezett vendégszem részére kitűnő mozgékonyságot biztosított és megakadályozta, hogy a szemgödörbe süppedjen. Minden eddigi eljárásnál jobb kozmetikai eredmény érhető el. (G. 54.)

Lugossy Gyula dr.

Sulfamidok alkalmazása szembetegségek esetében. *Lorenz.* (Klin. Mbl. Aug. 1941. márc.) 10 serofibrinosus — feltehetőleg kankós eredetű — szivárványgyulladás semmi különösebb javulást nem mutatott sulfamidra. 7 szemkankóban szenvedő beteg közül 3 esetben a »lökés«-szerűen adagolt sulfamid kedvező, 3 csecsemő esetében a *Bruens* szerint félóránkint végzett 20%-os albucid-oldat becseppentése jó eredménnyel járt. 43 különböző súlyosságú trachoma esetében igen jó eredménnyel adagolta a sulfamidot; 20—30 napig 0,03 ctgr-ot naponta testsúlykgrkint. Gyors javulás, az esetek nagyrészében klinikailag gyógyulás mutatkozott. (G. 56.)

Lugossy Gyula dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő.*

Vizsgálatok a collodium miliumról Anatoliában. *A. Marchionini és Kàmile Sevki Aygün.* (Dermat. Wschr. 1941., 44.) Két férfi (1 paraszt és 1 külszolgálati tisztviselő) kézhátán és 1 parasztasszony arcán, akik Anatolia különböző vidékéről származnak, borostyánsárgától sötét sárgásbarnáig, fénylő, áttetsző, merev csomókat talált, melyek histologiai vizsgálata jellegzetes colloid miliumokat eredményezett. A második beteg elmondotta hogy testvére évek óta hasonló elváltozásokkal bír a kézhátakon. E bőrelváltozások nyáron keletkeztek és szabályszerűen a forró nyári hónapokban terjedtek. A histologiai vizsgálat azt mutatta, hogy a bőrelváltozás a cutis felsőbb rétegeinek gócszerű homogenisalodásán alapszik, amely a collagen és elasticus szövet degeneratiójához és ennek collodiummá való átalakulásához vezet. A homogen tömegen belüli hézagok, amelyek az irodalomban ismételten mint a vér és nyirokedények maradványai irattak le, a celloidin beágyazással vizsgálva műterméknek bizonyultak, melyek a paraffin beágyazásra vezethetők vissza. Mivel a betegség elsősorban a melegebb és naposabb országokban főleg olyan egyéneken fordul elő, akik a szabadban dolgoznak és csaknem kizárólag a szabadon levő bőrterületeken jelentkezik s továbbá szabályszerűen nyáron a nap és forróság hatására rosszabbodik, valószínűleg az elsődlegesen klimaktikusan feltételezett bőrbetegségek közé sorolható. Az erős napfénybesugárzás (különösen az ibolyántúli sugarak) és a hőség csak mint kiváltó ártalmak jönnek tekintetbe veleszületett dispositio mellett (familiáris előfordulás), melynek lényege még nincs kikutatva. Egyéb klímás bőrbetegség is vezet a cutis megfelelő colloid degeneratiójához, ha ehhez bizonyos közelebbről még nem ismert dispositio is társul. (Sz. 55.)

Szép Jenő dr.

Lymphogranulomatosis inguinale subacutával kapcsolatos megfigyelések. *Eduardo de Gregorio.* (Actas Dermo-Sifiliograficas 1941. 7.) Szerző elsősorban a Frei-antigen aktivitásának időtartamáról számol be. Húsz beteget volt alkalma megfigyelni, kiknél évek óta konzervált (2—3°-al 0° felett tartott), Frei-antigennel végezve reactiót, erősen positiv eredményt kapott,

FAGIFOR „CITO"
Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lacto-kreosot-syrup
Ideális enyhe expectorans
Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere
lag. orig. P 2·35, pénzt. csom. P 1·01
Szabadon rendelhető: MABI, MÁV. B. S. I Szklőv. közkórháza Szklőv. Alk. Segítő Alapja. Keresk. Segélyegy
CITO gyógyszervegyészeti gyár
Budapest, XIV., Lengyel utca 33.

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

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

négy esetet kivéve, amikor az antigen már 9, illetve 10 éves volt. Az antigen aktivitásának idejét 4—6 évben állapítja meg. Ami az allergiás állapot tartósságát illeti, erősen positiv Frei-reactiókat kapott olyan betegeknél, kiknek semmi lymphogranuloma ing.-ra utaló tünete nem volt és e betegségükből 2—3, sőt 18 év előtt meggyógyultak. Megfigyelése szerint e betegségben az allergiás állapot az élet egész tartamára állandósul. Vizsgálva lymphogranuloma ing. és tabes összefüggését, különböző szerzők liquor vizsgálatokat végeztek és arra a megállapításra jutottak, mint a szerző is 5 tabeses beteg esetében, hogy az erősen positiv Frei-reactio mutatta csak ki a rég lefolyt lamphogranuloma inguinalét és e betegséget okozó filtrálható virus megtámadhatja az idegrendszert is. Ugyanígy észleltek induratio penis plasticával kapcsolatban is positiv Frei-reactiót, melyre a figyelmet először *May* montevideói professzor hívta fel, Spanyolországban az első ilyirányú közlések *Gay* és e közlemény szerzője nevéhez fűzöttek 1939-ben. *May* 85 ind. p. plastica esetet közöl, melyből 66-nál (79½%) volt positiv Frei-r. A szerző 9 ilyen betegről számol be. Többekkel (Midana, Bizzozero, Kleeberg), egyetértően írja, hogy a mikrobamentes urethritis positiv Frei-reactióval lymphogranuloma inguinálés eredetet bizonyít. A corpus cavernusumok infektiója a nyirokutakon keresztül történhet microbamentes urethtitissel együttes előfordulásban. (Sz. 53.)

Horváth Dénes dr.

Melanoblastosis cutis linearis s. systematisata. *W. L. L. Carol* és *D. I. H. Bour.* (Arch. f. Derm. 182. 3.) Kilenchónapos leánygyermeken észlelték az eddig incontinentia pigmentivel jelölt bőrelváltozást, amely a gyermeken a 3-ik hónapban lépett fel. A törzs bőrén, kevésbbé a végtagokon számos, hálózatosan összefüggő barnás volt és csík van elszórva. *Bloch* és *Salzberger* felfogása szerint ilyenkor a basalis sejtek pigmentje a cutis chromatophorban halmozódik fel. Szerzők ezzel szemben a bántalmat a naevusokhoz sorolják, mert a pigmentált területek vonalrendszerének hámjában nem találtak festenyzettségi különbséget és a környéki nyirokcsomók vizsgálata egyáltalán nem utalt pigmentvándorlásra, mint azt például erythrodermiáknál látjuk. Valószínű, hogy a pigment a kötőszöveti sejtekben magukban képződik és így melanoblastokról, nem pedig chromatophorákról van szó. Nézetüket alátámasztja a sejtekben található positiv dopareactio. Ezért a bántalom megjelölésére a melanoblastosis cutis linearis s. systematisata elnevezést ajánlják. (Sz. 52.)

ifj. Nékám Lajos dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Az orvostudomány regénye. *Pólya Jenő dr.* (627 oldalon, 200 ábrával. Béta Irodalmi Rt. kiadása, 1940. Ára 20.80.)

Az utóbbi évek irodalmi termésének egyik jellemző vonása a nagyközönség számára írt orvosi vonatkozású könyvek feltűnő elszaporodása. Orvosok életéről, küzdelmeiről és lelki problémáiról írtak regényeket és színdarabokat, nagy orvoskutatók kalandos pályafutásáról és felfedezéseiről életrajzokat, az orvostudomány egyes ágainak haladásáról népszerű ismeretterjesztő műveket stb. Egészen más természetű az a munka, mellyel most Pólya Jenő prof. lép a nyilvánosság elé. A szerző itt nem kisebb feladatra vállalkozott, mint hogy a laikus közönséggel megismertesse az orvostudomány és orvoslás fejlődésének egész történetét az őskortól kezdve napjainkig. A merész vállalkozás — hogy ezt mindjárt előrebocsássuk — jól sikerült, amiben a szerző nagy segítségére szolgált óriási olvasottsága, rendkívüli memóriája, nagy orvosi és általános műveltsége, valamint kitűnő tanító és írói képessége. Pólya biztos kézzel vezeti az olvasót az orvostudománynak legprimitivebb, varázslattal és ördögűzéssel gyógyító, mystikus korszakából, az ó és középkor híres orvosi iskoláin, a babona és skolastikus szőrszálhasogatás sötétségein át az újkor hatalmas orvosi felfedezéseihez. Nem rendszeres orvostörténelem ez, de alig van az orvosi gondolkodásnak, az elméleti és gyakorlati orvostudománynak olyan jelentősebb mozzanata, melyre a könyv ki ne terjeszkednék. Nagy járványok pusztításai, a kórokozók felfedezése és a fertőzések leküzdése épúgy helyet találnak benne, mint a modern diagnostika fejlődése, a Röntgen, a vitamin és hormonkutatás eredményei, a modern chemotherapia, az elmebetegségek kezelésének régi és újabb módszerei és végül, de nem utolsó sorban az újkori sebészet hatalmas vívmányai és a rákkutatás problémái.

Pólya könyvének olvasását különösen szórakoztatóvá teszi a sok orvosi életrajz, melyek egyrészét ugyan már Kruif és mások műveiből ismerjük, de ezek a szerző egyéni előadásában még színesebbé válnak és sok új adattal bővülnek. Valóságos kincsesbányája a munka az érdekes történelmi reminiscentiáknak, aforizmáknak, idézeteknek, etymologiai szómagyarázatoknak stb., amiből nemcsak laikusok, de orvosok is sokat tanulhatnak. Nagy előnye a szerző jóízű humorral fűszerezett, közvetlen írásmódja, amiért megbocsátjuk neki, hogy temperamentuma itt-ott kissé elragadja és a szorosan vett tárgytól elkalandozásokra csábítja.

Mindent összevetve, Pólya igen hasznos és szép könyvvel ajándékozta meg a magyar irodalmat, amelynek bizonyára nagyon sok olvasója lesz nemcsak a művelt laikusok, de orvosok körében is. Arra persze lehet vitatkozni, hogy a könyv irodalmi értelemben regénynek nevezhető-e, de annyi bizonyos, hogy egyes fejezetei érdekesség dolgában akármilyen regénnyel versenyre kelhetnek.

Milkó Vilmos prof.

Orvosi élmények Belga-Kongóban.

Irta: *Scheitz László dr.*

I. közlemény.

Az »élmények« már Európában elkezdődnek, az ízlésesen modern és szép antwerpeni gyarmatorvosi intézetben. A Kongóba készülő orvosnak ugyanis itt egy négy hónapos tanfolyamot kell végighallgatnia és utána egy szigorú vizsgát letennie. A tanfolyamról és az előadó professzorokról, csak a legnagyobb elismerés hangján emlékezhetem meg. Az aránylag igen rövid idő alatt igyekeznek előadni, bemutatni és ami a fő, meg is tanítani mindazt, amire ott kint a gyarmatorvosnak szüksége lehet. Különösképpen hálával és elismeréssel emlékszem vissza *Dubois* professzorra, ki a trópusi betegségek kór- és gyógytanát adta elő. Előadásai, a magas színvonal és tömörség ellenére, mindig világosak és nagyon érdekesek voltak.

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

EXHEPAR
NAGYHATÁSÚ FÁJDALMATLAN MÁJ-INJEKCIÓ
CERTA
„CERTA" Gyógyszerészeti Laboratórium R. T., Budapest.

Ezen — talán legfontosabb — tantárgy mellett a protozoológiára és a rovartanra fektettek nagy súlyt. Féregtan, bakteriológia és gyarmati közegészségtan voltak még a vizsgatárgyak. Kötelező volt hallgatni, de nem volt vizsgatárgy a gyarmati egészségügyi közigazgatás, valamint a hajó- és kikötőegészségügy. Néhány rendkívüli előadás keretében röviden ismertették Belga-Kongó földrajzát, népszokásait, iparát, stb.

Mondhatom, hogy ezen négy hónap alatt keményen be voltunk fogva és én egész nap tanultam, hogy hiányos nyelvismeretem ellenére vizsgázni tudjak. A vizsgán, mint mondtam, tényleges tudást követeltek. Ennek illusztrálására megemlítem, hogy protozoológiából a gyakorlati vizsga reggel 8—1 óráig tartott. Egyik készítményt a másik után kellett átnézni és a talált eredményt írásban átnyujtani a professzornak. Kimagyarázkodásra tehát nem volt mód és ez az ötórás vizsga-görcsövezés kissé igénybe is vette nemcsak az ember szemét, de idegrendszerét is.

Rovartanból a gyakorlati vizsgán nagyítók, illetve górcsövek alatt szúnyogok, kullancsok, bolhák, legyek, stb. várták a vizsgázót és egymásután kellett mindegyiknek a faját meghatározni. A rovartan professzora előszeretettel tett a górcső alá megcsonkított rovarokat, miknek lábai vagy feje, szárnya hiányzott, de azért az abszolut jellegzetességük meglévén, fel lehetett őket ismerni. Nem mondhatnám, hogy ez a kis csonkítás megkönnyítette a vizsgát, de megtanított arra, hogy sérült rovarokat is felismerjünk. Ezt ugyan a rovartani gyakorlatok alatt mindenkinek alkalma volt megtanulni, de azért mégis csak más a gyakorlat, mint a vizsga. Meg kell jegyeznem, hogy professzoraink bámulatos türelemmel és elfogulatlansággal viselkedtek velünk, idegenekkel szemben. Gyenge francia-beszédünket, mely nem mindig tisztelt nyelvtant és kiejtést, türelmesen végighallgatták és igyekeztek a kifejezés nehézségeiből kihámozni a tényleges tudást. Ennek eredményeképpen a külföldi hallgatók átlagban mindig jobbak voltak, mint a belgák, akik nem küzdve egy idegen nyelvvel, nem tanultak annyit, mint az idegenek.

A vizsgák befejeztével ünnepélyes eredményhirdetés és oklevél-átadás volt, mely után az újdonsült »médecin colonial diplomé« sürgősen szerződés után nézett, hogy mielőbb felszálljon egyikére azon hajóknak, melyeknek érkezését és indulását állandó izgalommal és irígységgel nézte Antwerpen kikötőjében.

Szerződni lehetett az államhoz, a félig-meddig állami vörös-kereszthez, misszióhoz vagy magánvállalathoz. Az utóbbi években az állam érthetően, úgyszólván csak belga orvosokat szerződtetett, ezzel szemben a vállalatok sokkal jobban fizettek, mint az állam vagy a missziók. Én egy aranybánya társasághoz szerződtem, melynek engedményes területe Belga-Kongó északkeleti sarkában volt, az Albert-tó mellett, annak keleti partján. A vállalat méreteire vonatkozólag megemlítem, hogy az engedményes terület nagysága 55 ezer km² volt, 40.000 néger munkás dolgozott és négy vízerőtelep termelte a villanyáramot. A teher- és személyautók, elektromos kotrógépek, stb. száma meghaladta az ezret és a társaság magánúthálózata 5—600 km. hosszú volt. Az egészségügyi szolgálatot 10 orvos látta el, egy főorvos igazgatásával, 7 kórházban, melyek közül kettő európaiak számára épült. Az orvosok mellett néhány apáca és »agent sanitaire« működött. Ezek érettségizett európaiak, kik a gyarmatorvosi intézetben egy különleges tanfolyamot hallgattak és kellő gyakorlat után majdnem teljes orvosi működést végeztek. A hozzám beosztott egyik agent sanitaire pl. éveken át a gyógyszertárban dolgozott és pontosan elkészített minden vényt. Emellett értett a sebkezeléshez, laboratóriumi vizsgálatokhoz, jól altatott, tályogokat vágott fel, fogat húzott, egyszerű szüléseket vezetett le, stb.

Munkánk szempontjából megemlítem, hogy az engedményes terület ú. n. diviziókra volt felosztva, melyeknek egy-egy telep (poste) volt a központja és itt volt a kórház is. A telep körül szétszórva, közel az aranylelőhelyekhez, voltak a munkástáborok egy európai vezetése alatt.

Az első hónapokban *laboratóriumi munkát* végeztem, ami kissé elütött előző 15 évi sebészi működésemtől. Főfoglalkozásom a pestist megelőző patkányírtás volt. Ugyanis, az Albert-tó túlsó partján elterülő Ugandában a pestis elég gyakori volt. Nálunk is előfordult a falvakban néhány pestisgyanús haláleset és ezért a munkástáborokban félévenként patkányírtást kellett végezni. A munkások néger kunyhókban laktak, miket a társaság épített számukra és ezeknek a tartócölöpei körül voltak majdnem mindig a patkányfészkek.

A kiírtott patkányok száma havonta 1000—1500 körül mozgott. A patkányból a bolhákat is összegyüjtöttük, ezenkívül combcsontjukból kiszívtuk a csontvelőt állatoltás céljára, hogy megállapítsuk, volt-e a patkányok között pestissel fertőzött vagy sem. Ezek a tengeri malac oltások a malacokra nézve — sajnos, vagy hála Istennek — rendszerint tragikusan végződtek. Ugyanis pestis kutatásra alkalmas, szabályos és főként veszélytelen állatistállónk nem volt, ezért az oltott malacokat egy távoli kunyhóban tartottuk. Az arra járó hangyakaravánok gyakran meglepték őket és reggelre csak letisztított csontvázaikat találtuk meg. A patkányokról leszedett pár ezer bolhát nekem kellett átvizsgálnom, hogy mennyi közülök a pestist terjesztő bolha; természetesen a többi bolhát is meg kellett határozni, ami többé-kevésbbé sikerült is, de azért a »meg nem határozható bolhák« rovata elég szép számokat tüntetett fel. Dehát négy hónap alatt mégsem lehet egy sebészt tökéletes bogarásszá átképezni.

Másik foglalkozásom ezzel egyidejűleg a *munkástáborok látogatása* volt. Ezek a táborok az orvosok és az agent sanitairek között fel voltak osztva és minden tábort hetenként egyszer meg kellett látogatni. Átlag minden napra jutott egy.

E táborvizitekkor ellenőríztük a tábor néger ápolója által kezelt sebeket, főként a lábon. Ez a trópusi fekélyek miatt volt fontos. A nehezen gyógyuló vagy gyanus sérülteket azonnal kórházba utaltuk. Ugyanekkor volt a nemi betegek és a framboesia tropicában szenvedők kezelése is. Az orvos csak a beteg lapjára írta fel az aznapi neosalvarsan vagy bismuth adagot, az injectiót a magával vitt kórházi néger ápoló adta meg. Hogy őszinte legyek, nem is mertem volna vele együtt intravénás injectiót adni, mert biztosan szégyenben maradok. A négerek kézügyesség dolgában sokszorta felülmulnak minket és az intravénás befecskendezéseket bámulatos biztosan és gyorsan csinálták. Volt egy táborom, hol átlagosan 40—50 injectiót kellett adni. Az ampulla letörését és a szer oldását is beleszámítva 45 perc alatt mindig készen voltunk. Álomkóros vidéken néger ápolók csinálják a gerincvelő csapolást is, hasonló ügyességgel.

Havonta egyszer minden táborban nagyvizit volt, amikor minden munkást megvizsgáltunk nemibetegség, bőrbajok és lepra szempontjából. A *gonorrhoea* és a *lues* nagyon el volt terjedve a munkások között. Gummát elég gyakran volt alkalmam látni, de idegrendszeri luest egyet sem. Hogy a lues rosszabb indulatú lett volna, mint nálunk, azt nem volt alkalmam megfigyelni.

A *framboesia tropica*, mely sok tekintetben hasonló a lueshez, oly polymorph megjelenésű, hogy kórismézése gyakran igen nehéz. Több ízben láttam pl., hogy sokéves gyarmati gyakorlattal rendelkező orvosok circiner, depigmentált, framboesiás foltokat bőrleprának tartottak. Néhány neosalvarsanoltásra a »lepra« természetesen meggyógyult. Éppen ezeknek a nehezen felismerhető, pigmenthiányos foltoknak meghatározására szolgál *Dubois* professornak — ki a leprával különösen foglalkozik — egy igen szellemes eljárása. Mint tudjuk, a bőrleprás foltban a verejtékmirigyek elpusztultak, tehát ez a bőrterület nem izzad. Mármost a kérdéses foltot, valamint a mellette lévő bőrterület egy részét vékonyan bekenjük higított jódtincturával és várunk, amíg jól megszárad. Most talcumot hintünk vékonyan a bejódozott területre és a beteget tornáztatjuk, futtatjuk, hogy megizzadjon. Az izzadság feloldja a jódot, mely így a keményítővel keveredve kék színt ad. Ahol a bőr nem izzad, ott a színeződés elmarad, ez a terület tehát leprás. Az eljárás, pontosan végezve, nagyon jó eredményeket ad a górcsövi vizsgálattal kiegészítve.

Belga-Kongóban 1936-ban 57.000 *leprás beteg* állott kezelés alatt. Az összes leprások száma, azt hiszem, ennek kétszeresére tehető. (Folytatjuk)

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift. 50. sz. *Ernst M.:* Empyemás betegek utókezelése a háziorvossal. — *Scheidt C.:* Problémák és kérdések fogeredetű gócbetegségek gyanúja esetén. — *Bertschinger H.:* Megfigyelések spontan hypoglykämie két esetében. — *Koch D.* és *Graefe C. W.:* Addison-kór és idült arsenmérgezés. — *Lipp H.:* Vaschloridoldatok sokoldalú, praktikus és olcsó alkalmazása a húgydiagnostikában. — 51. sz. *Jahn D.:* Harcszolgálati károsodás fertőző betegségekben. — *Lippross O.:* A szöveti temperaturák kórtanához. — *Müller A.:* A veleszületett izomkeménységről. — *Czickeli H.:* A larvált malariáról. — *Naegelsbach W.:* Adat a hányás gyógyításához. — *Benedicenti A.:* Spallanzani Lazzaro és Nagy Frigyes.

Wiener Klinische Wochenschrift. 51. sz. *Lejeune F.:* A középkori »regimina sanitatis«. — *Hohmann G.:* Izületi betegségek idősebb korban. — *Petrowsky E.* és *Puntigam F.:* Óvórendszabály tömeges betegszállítmányok orvosi vizsgálatakor. — *Mladek I.:* Gingivitis ulcerosa a csapatorvosi gyakorlatban.

VEGYES HIREK

Üdvözöljük előfizetőinket és olvasóinkat az új év kezdetén és kívánunk önzetlen és nemes, nemzetfenntartó munkájukhoz sikert és megelégedést! Ismételjük kérésünket, hogy támogassák Hetilapunkat nemcsak saját előfizetéseikkel, hanem a lap terjesztésével is, mert ezáltal szolgálatot tesznek nemcsak orvosi rendünk tekintélyének és kultúrájának, hanem ezen keresztül nemzetünknek és hazánknak is.

Régi előfizetőink az elmult hetekben mind értesítést kaptak előfizetésük állásáról; az ott kimutatott tartozások és az ezévi előfizetések beküldése céljából mai számunkhoz csekket mellékeltünk és kérjük Kartársainkat, hogy azt minél előbb kitölteni és elintézni szíveskedjenek, mert a csekk könnyen elkallódik és a tartozás kiegyenlítetlen marad, elfelejtődik.

Értesítjük egyúttal olvasóinkat, hogy térnyerés céljából új évfolyamunkban az orvosegyesületi jegyzőkönyveket az »Orvostudományi Közlemények«-ben fogjuk közreadni. Igy módunkban lesz az »Orvosi Hetilap«-ban több cikket, illetve közérdekű irodalmi szemlét adni.

Uj évfolyamunkat feladataink iránti őszinte lelkesedéssel kezdjük meg és reméljük, hogy odaadó munkánk előfizetőink és olvasóink elismerésével és tetszésével fog találkozni. *A szerkesztők.*

Orvosi továbbképző tanfolyam. Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága 1942 január 19-től 24-ig a Pázmány Péter Tudományegyetem I. számú belklinikáján orvosi továbbképző tanfolyamot rendez a belorvostan tárgyköréből. A tanfolyam vezetője: Herzog Ferenc dr. egyetemi ny. r. tanár. A tanfolyam előadói és előadásaiknak címe: *Herzog Ferenc dr.* egyetemi ny. r. tanár: Prognosis és prophylaxis szívbajokban. *Molnár István dr.* egyetemi magántanár: Az alapforgalom klinikai jelentősége. *Margitay Bech Endre dr.* egyetemi magántanár: A hypertoniáról és a hypotoniáról. *Gömöri Pál dr.* egyetemi tanársegéd: A cukorbetegség pathogenesiséről és therapiájáról. *Gruber Zoltán dr.* egyetemi tanársegéd: Az ingerképzés zavarai okozta arhythmiák. *Erdélyi József dr.* egyetemi c. rk. tanár: Röntgenártalmak a diagnostikában és therapiában. Az előadások kezdete: d. e. 10 óra. Az előadások után betegbemutatások lesznek. A tanfolyam rész-

DIALGIN capsula és kúp: megbizható antipyreticum és antirheumaticum. — 10 capsula ára P 2.— 5 kúp ára P 2.50

EXPECTIN sol: expectorans, köhögésnél, rekedtségnél ipecacuanha helyett. — 1 üveg 10 gr. ára . . . P 2.20

TROMBOGEN inj.: varix és haemorrhoidalis csomók kezeléséhez. — 3 amp. á 3 ccm ára P 2.10

Gyártja és forgalomba hozza:

DIACHEMIA

STRAUB SÁNDOR

GYÓGYSZERÉSZETI ÉS VEGYÉSZETI LABORATORIUM, BUDAPEST, VI., TERÉZ-KRT. 27

letes programmját az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága (VIII., Eszterházy-u. 9.) az érdeklődőknek készségesen megküldi, ugyanott lehet a tanfolyamra is jelentkezni.

Kolozsvári Életbúvárok Köre néven csoportosultak Gelei József elnöklete és Jendrassik Loránd titkársága alatt a kolozsvári kutatók, hogy megvitassák munkaeredményeiket és az élettan és biologia haladásáról tájékoztató előadásokat tartsanak. A kör munkásságáról a »*Vita*« című folyóirat számol be, minek kapcsán felvetjük az eszmét, hogy nem volna-e jobb, ha minden testvéregyetem a maga kiadványára fordított összeggel az 1892 óta fennálló *Magyar Orvosi Archivumot* támogatná, amely német-angol kivonattal több külföldi folyóirattal áll máris csereviszonyban és a nagy külföldi könyvtárakban, de itthon is minden intézet és klinika könyvtárában feltalálható. Fejlesztése, bővítése csak pénzkérdés s a szétforgácsolt erők összefogását kívánná meg.

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága meghívására J. E. Kayser-Petersen prof. (Berlin) január 7-én d. u. 6 órakor a Budapesti Tudományegyetem Közegészségtani Intézetének tantermében »Die rechtzeitige Erfassung der Lungentuberkulose als Problem einer modernen Gesundheitsführung« címmel előadást tart.

Használt **QUARZÉGŐK**
felujitása—regenerálása, javítása
QARZTECHNIKAI LABORATORIUM
BUDAPEST, VI., SZIV-UTCA 13.

HETIREND

Pénteken, 1942. január 9-én d. u. 6 órakor *A Budapesti Királyi Orvosegyesület*, az egyesület Semmelweis-termében tartandó VIII. rendes tudományos ülésének napirendje: Bemutatások: 1. Pázsit Antal (Szt. László kórház): Chloroma és terhesség. 2. Basch Imre: A chronikus polyarthritis gyógyítása terhesek vérével. — Előadások: 1. Göttche Oszkár (Fehér kereszt kórház): Röntgen-elváltozások meningitis tb.-ben szenvedő gyermekek tüdejében. 2. Noszkay Aurél (OTBA): A hugycső és hólyagszájadék Röntgen-vizsgálata.

8498/1941. szám. Tiszai alsó járás főszolgabírája.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY

Jász-Nagykún-Szolnok vármegye tiszai alsó járáshoz tartozó Tiszaföldvár községben a Délvidékre történő kinevezés folytán megüresedett II. községi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

A kinevezendő orvos köteles a község belterületével összefüggő őszölői részén lakni. Az állás javadalma az állami rendszerű X. fizetési osztály 3. fokozata szerinti fizetés, lakáspénz és rendelőszoba bére, fűtési és világítási költség fejében havi 12 P külön járulék.

Az állást elnyerni óhajtók a m. kir. Belügyminiszter Urhoz címzett, szabályszerűen felülbélyegzett kérvényeiket ezen pályázati hirdetménynek a »Népegészségügy« című hivatalos lapban történt közzétételétől számított 15 napon belül — közhivatalban lévők hivatalfőnökök — útján hozzám nyujtsák be.

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

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

Tiszaföldvár, 1941. évi december hó 20-án.

Dr. Nagy László s. k.
főszolgabíró.

TETRACOR-Chinoin
a légző és érmozgató központ izgatószere
Inj., sol., tabl., pulvis

TETRACOR-EPHERIT
collapsus, asthma, tüdő-tbc. szívblock esetelben
Inj., sol.

TETRACOR-CHININ
influenza, pneumonia, tüdő-tbc. extrasystolia esetelben
Tabl., supp.

TETRACOR-NEOCOD
tüdő-tbc., pertussis, ingerköhögés, stenocardia esetelben
Sol.

CHINOIN

Frontátvonulások és kísérőjelenségeik dec. 14—20-a között. A frontok száma és fejlettsége ezen a héten normalis volt. A frontok részletes adatai:

Átvonulás ideje Budapesten			A front		Kísérő eseményei*
hó	nap	óra	fajtája	fejlettsége	
December	14	2	Betörési	Mérsékelt	Szélrohamok, max. seb. 16 m/mp.
	14	12	»	»	Szélrohamok, max. seb. 9 m/mp.
	14	17	»	Gyenge	Szélélénkülés.
	15	3	»	»	Szélélénkülés, légnyomásnyugtalanság.
	15	7	»	Mérsékelt	Hirtelen szélroham 10 m/mp, kevés eső.
	15	23	»	»	Légnyomásnyugtalanság és szél 9 m/mp.
	16	3	»	»	Légnyomásnyugtalanság és szél 5 m/mp
	17	4	Felsiklási	»	Nagy légnyomásnyugtalanság.
	17	7	Betörési	»	Szélcsend után szélroham 13 m/mp.
	17	10	»	»	Erősebb szélroh., max. seb. 15 m/mp.
	18	5	»	»	Szélnyugtalanság, eső, 0.3 mm.
	18	23	Felsiklási	»	Praefrontalis eső 14 óráig, 7 mm.
	19	13	Betörési	Gyenge	Légnyomásugrás, szélélénkülés.
	20	8	»	Mérsékelt	Darazápor.

Minden időadat nyári időszámításban értendő!

* A táblázat utolsó oszlopában szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a M. Kir. Orsz. Meteorologiai Intézet öniró műszereinek adatai.

A meteorotrop jellegű physiologiai és pathologiai jelenségek olyankor lépnek fel határozottan, vagy a rendesnél súlyosabb mértékben, amikor az időjárási elemek közül nem csak egy, vagy kettő változik meg (pl. nem *csak* a hőmérséklet, vagy nem *csak* a légnyomás, vagy *csak* a levegő elektromos állapota), hanem *olyankor, amikor az összes időjárási elemek egyszerre és hirtelen, ugrásszerűen változást szenvednek.* Ez történik az ú. n. *frontok* lakónelyünk feletti átvonulásakor, amelynek időpontjában megváltozik a hőmérsék, a szél iránya és ereje, a légnyomás turbulentiája, a levegő sugárátbocsátása, szennyezettsége, nyomása, elektromos állapota, stb. vagyis *a frontátvonulás alkalmával a meteorologiai környezet teljes és hirtelen megváltozása játszódik le.*

Tapasztalás szerint a fronthatások igen sokfélék és *specifikus* jellegűek, amennyiben a fronthatások egy része csakis az ú. n. *felsiklási frontok átvonulását megelőző órákban* jelentkezik, más fronthatások viszont csakis az ú. n. *betörési frontok átvonulását követő órákban* mutatkoznak. Példák: régi műtéti és baleseti sebhelyek sajgása, bizonyos neuropathák izgalmi állapota a felsiklási frontok átvonulása előtt áll be; az eklampsiás rohamok a betörési frontokon postfrontalisan jelentkeznek.

A felsiklási frontokon és betörési frontokon kívül van még egy harmadik frontja, az ú. n. *veszteglő front;* ez igen feltűnő meteorologiai jelenségekkel jár (tartós erős eső, hófúvás, árvíz), de az élő szervezetre közvetlen frontopathikus hatása nem szokott lenni.

Aujeszky dr.

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

D.O.C.A.

DESOXYCORTICOSTERONACETAT

A Desoxycorticosteront prof. Reichstein (Svájc) mellékveséből izolálta és szintetikusan előállította. Élettani hatását prof. E. Laqueur, Amsterdam és az N. V. Organon, Oss (Hollandia) laboratóriumában ellenőrizték.

JAVALLATOK: *Addison-kór.* — *Addisonismus:* alacsony vérnyomással járó általános gyengeség és anorexia. — *Sokk:* égés, fagyás, sebesülés és mérgezések következtében. — *Műtét utáni sokk.* — *Hyperemesis gravidarum.* — *Mint adjuváns:* fertőző megbetegedéseknél és toxikus táplálkozási zavaroknál.

Csomagolás: Árak

4 amp. 1 kcm à 2 mg ..... *P 10·—*
5 kcm üveg 25 mg ..... *„ 24·50*
4 amp. 1 kcm à 10 mg ..... *„ 36·—*

N.V. ORGANON
Oss (Hollandia)

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

EGYÉB KLINIKAILAG BEVÁLT ORGANON-KÉSZITMÉNYEK:

BINAEMON (antianaemiás kombinált máj-gyomorkészítmény)
D. O. C. A. (desoxycorticosteronacetat)
DECUFER (D-vitamin, vas-réztartalmu tabl.)
PERNAEMON (klinikailag standardizált májkivonat)
PERNAEMON forte (koncentrált májkivonat)
OVARNON (Menformon és ovariumpor)
FOLLICULIN MENFORMON (oestron)
DI-MENFORMON (oestradiolbenzoat)

Fájdalmaknál

Quadronal

megbízható — hatásos — jól tűrhető

Naponta háromszor 1—2 tabletta

phiolák 10 és 20 tabletta tartalommal

Adatokkal készséggel szolgál:

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE I. W.

KÁLMÁN LEHEL GYÓGYSZERVEGYÉSZETI VÁLLALAT BUDAPEST 62

DECHOLIN

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

Tabletták és ampullák

J. D. Riedel-E. de Haën A. G. Berlin

Magyarországi képviselet:

Dr. Lányi Lajos, Rigó-u. 10, Budapest VIII.

SYMPATOL

A SZIV ÉS VÉRKERINGÉS GYÓGYSZERE

Indikációk:

Az erek hypotóniával párosult tónuscsökkenése:

Rekonvalescentia – Hypotónia – Terhesség – Öregkori panaszok

Általános keringési gyengeség:

Grippe – Diphtéria – Tuberculosis – Typhus – Pneumonia

Sulyos kollapsus:

Mütétek – Szülések – Vérveszteség – Shok

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

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

98764 — AZ ATHENAEUM IRODALMI ÉS NYOMDAI R.-T. NYOMÁSA, BUDAPEST. FELELŐS: KÁRPÁTI ANTAL IGAZGATÓ.

86. évfolyam. 2. szám. Budapest, 1942. január 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. *Jugoszláviában* az Avala bármely kirendeltségénél az »O.H.« számlájára. *Romániában: Borsos Béla dr.* Arad, Str. G.Gringorescu 5. *Slovákiában: Eleőd Soll.* Handels u: Kredit-B. Bratislava. *Egyéb külföldről:* az előfizetést levélben küldött dollár-chequeben kérjük a kiadóhivatalba.

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

PRONTOSIL

a streptococcus okozta megbetegedések leghatékonyabb specificuma.

Staphylococcus-fertőzésekben is jól bevált.

Javallatok: orbánc, szeptikus angina, fertőzéses arthritisek, középfülgyulladás, szülés és vetélés utáni szepsis, hólyaghurut, vesemedencegyulladás, gennyvizelés stb.

FORGALOMBAN:

Prontosil-tabletták: *10, 20 és 250 drb. à 0·5 g.*
Prontosil solubile 5%-os: *5 és 25 ampulla à 5 kcm.*
Prontosil-oldat 2·5%-os: *inhalációra és ecsetelésre 25 kcm-es üveg.*
Prontosil-por: *külsőleges használatra kenőcs, hintőpor és aceton-alkoholos oldat készítésére 10 g-os üveg.*

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

»Bayer« LEVERKUSEN

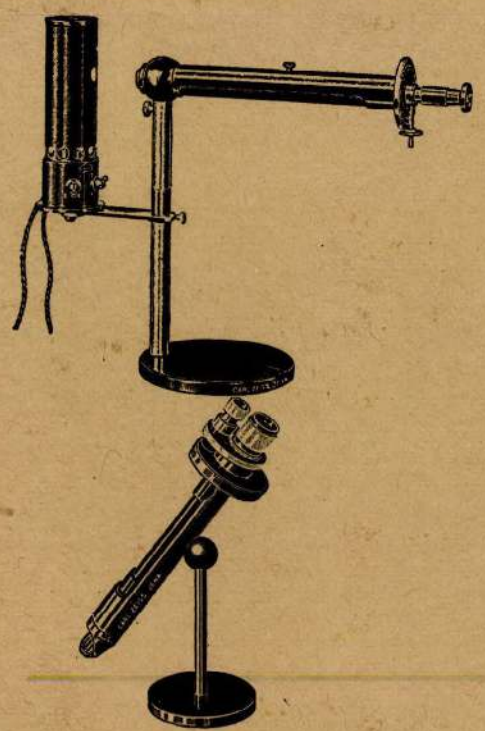
Magyarországi vezérképviselet: MAGYAR PHARMA GYÓGYÁRU RT.
BUDAPEST, V., Arany János-utca 10. KOLOZSVÁR, Mussolini-út 18.

BAYER

ETOVAL

Hatásos elaltató
és átaltató szer

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



ZEISS
POLARIMÉTER

Kör-Polariméter

cukor és fehérje quantitativ meghatározására diabetikus vizeletben és minden optikailag aktiv anyag hajlás-szögének megállapítására. Háromrészes látótér. Pontossága egészen **0,05%**, ill. **0,05°**-ig. Könnyen kezelhető, állványos műszer fényerős optikai felszereléssel, mely nemcsak villanyvilágítással, hanem a természetszerűen gyengébb, de polarimetriához előnyösebb nátrium világítással is használható. A megfigyelő-csövek hossza: 100, 189,4 és 200 mm.

Zseb-Polariméter

cukor és fehérje quantitativ meghatározására diabetikus vizeletben. Háromrészes látótér. Pontossága egészen 0,1%-ig. Egyszerű és könnyen kezelhető; mindenütt használható, ambulánsan is, kézben vagy állványon, tetszés szerint fehér fényforrás vagy nappali fénynél. A megfigyelő-csövek hossza: 94,7 mm.

Nyomtatványt díjmentesen küld

a vezérképviselet: **JURÁNY HENRIK,** BUDAPEST, IV., VÁCI-UTCA 40.

CARL ZEISS
JENA

86. évfolyam. 2. szám. Budapest, 1942. január 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:

Scholtz Gusztáv: A nagy magassághoz alkalmazkodásról. (15—18. oldal.)
Mészáros Antal: Adat a nucleus ruber stato-tonicus működéséhez. (18—19. oldal.)
Melléklet. Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (1—4. oldal.)
Irodalmi szemle. (19—20. oldal.)
Könyvismertetés. (20. oldal.)
Scheitz László: Orvosi élmények a Belga-Kongóban. (21—23. oldal.)
Vegyes hírek. (23. oldal.)
Lapszemle. (24. oldal.)

A m. kir. honv. repülőorvosi vizsgáló intézet közleménye.

A nagy magassághoz alkalmazkodásról.

Írta: *Scholtz Gusztáv dr.* m. kir. orvosőrnagy

Régen ismeretes, hogy magas hegyeken (4000 m felett) tartózkodó emberben betegségi tünetek, u. n. hegyi betegség lép fel. A repülés fejlődése folyamán kiderült, hogy abban az esetben, ha a szervezet a nagyobb magaságot repülőgépen éri el, akkor ugyancsak a hegyi betegséghez hasonló tünetek jelentkeznek. Mind a hegyi betegségről, mind a repülők magassági betegségéről az utóbbi évtizedekben kiderült, hogy felléptüket a belégzett levegő oxygen résznyomásának csökkenése, illetőleg a szövetek elégtelen oxygén ellátása okozza: ezért mindkettőt ujabban közös szóval *magassági betegségnek* nevezzük.

Bizonyos vonatkozásban azonban mégis különbség áll fenn a két tünetcsoport között: a hegyen tartózkodás esetében a szervezet a nagy magasságot legjobb esetben napok, esetleg hetek, vagy hónapok alatt éri el és azután az elért magasságban huzamosabb időn keresztül tartózkodik; a repülőgép esetében a szervezet a nagy magasságot percek alatt éri el és a magassági tartózkodás rövidebb tartamu. Ez a körülmény már eleve is valószínűvé tette, hogy a két tünetcsoport hatásmechanismusa, illetőleg a szervezet magassági alkalmazkodóképességének módja gyors és lassú felszállás esetében különböző lesz. Munkám célja, hogy a szervezet ilyen irányú alkalmazkodóképességére vonatkozó ismereteinket összefoglalja.

Az eddigi idevágó tapasztalatokból ismeretes, hogy a magassághoz nem szokott szervezet már a magassági tartózkodás kezdetén is képes bizonyos *adaptatiós* gépezetet mozgósítani, amely a szövetek jobb oxygen ellátását eredményezi. Hosszabb hegyi tartózkodás és ismételt magassági repülés révén a szervezet *hozzászokhat* a magassághoz, ami alatt azt értjük, hogy a szervezet egyéb, energiagazdálkodás szempontjából előnyösebb mechanismussal biztosítja az oxygen ellátását.

Az eddigi rendelkezésre álló adatok azt bizonyitják, hogy mind a magassági adaptatió, mind a szokás bekövetkeztét nagyrészben a szervezet oxygen szállító berendezésének változásaival tudjuk megmagyarázni. Ezért szükséges röviden emlékezetbe idézni ennek a gépezetnek a fontosabb láncszemeit, amelyek révén az oxygen a küllevegőből a szövetekig eljut.

1. *A küllevegő oxygen résznyomása (pO_2).*

Ez tengerszinten száraz levegőre vonatkoztatva mindegy 160 Hg/mm (760 Hg/mm összlégnyomás 21%-a). A pO_2 5500 m magasságban a felére, 80 Hg/mm-re, 10.500 m-en a negyedére, 40 Hg/mm-re csökken.

2. *Az alveolaris levegő oxygen résznyomása* (pO_2 alv.).

Függ a légzés mélységétől és szaporaságától: átlagban 100 Hg/mm. Lapos légzésnél 80 Hg/mm-re csökkenhet, mély légzésnél 120 Hg/mm-ig növekedhet. Az élet fenntartásához, magassághoz nem szokott szervezet esetében, kb. 35 Hg/mm pO_2 alv. szükséges (a pO_2 alv. ekkora értékre kb. 7000 m magasságban csökken).

3. *A tüdő oxygen áteresztőképessége.*

Barcroft híres önkísérlete alapján tudjuk, hogy az oxygen az alveolusokból a tüdőkapillárisokba egyedül diffusio révén, nyomásesés mentén kerül. Ezen oxygen diffusio értékét *Krogh* határozta meg először és az utóbbit K-val jelölte. A K-tényező kifejezi, hogy hány ccm. oxygen diffundál az időegység alatt az alveolusokból a vérbe 1 Hg/mm-nyi oxygen nyomáskülönbségre vonatkoztatva. Ha pl. az alveolusok és a tüdőkapillárisok oxygen középnyomása közötti különbség 40 Hg/mm és a percenkénti oxygen felvétel 300 ccm, akkor a K-tényező = 300/40 = 7.5. Az oxygen áteresztőképesség szempontjából azt a tüdőt tartjuk általában véve jobbnak, amely az egységnyi oxygen nyomáskülönbségre nagyobb mennyiségű oxygent tud felvenni.

4. *A vér hemoglobin tartalma.* A vér hglb. tartalmát legelőnyösebben azzal az oxygenmennyiséggel mérjük, amelyet teljes telítés esetén felvesz. Ez az oxygenkapacitás: O. K.

Mint ismeretes, 100 ccm vér a hglb. tartalmától függően, átlagban 20 ccm oxygent tud elszállítani

teljes telítés esetén. Ha az oxygen résznyomása nem elegendő a teljes telítésre, akkor a hglb. %-os telítettsége, az adott hglb. disszotiatiós görbe szerint, függ az oxygen résznyomástól.

5. *A keringő vér mennyisége.*

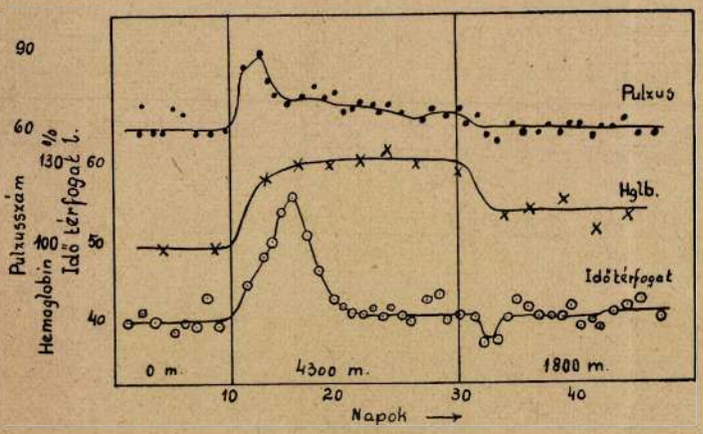
6. *Időtérfogat* (IT).

A tüdőben oxygennel telített vért a szív nyugalomban percenként 4—5 liter mennyiségben szállítja a szövetekhez.

7. *A szövetek oxygen kihasználása, vagyis az artériás és venas vér oxygen tartalmának különbsége* (AVOK).

A szövetek az áthaladó vér oxygen tartalmának átlagban 50%-át veszik fel; a fennmaradó 50%-ot a vénás vérben találjuk meg. Oxygen ellátás szempontjából az a szövet áll előnyösebben, amely ugyanakkora oxygentartalmú vérből több oxygent tud felvenni. Az AVOK tehát a szövetek oxygen kihasználásának fokmérője.

Ezen rövid áttekintés után vizsgáljuk, hogy milyen módon adaptálódik a szervezet oxygenszállító gépezete a nagy magassághoz akkor, amikor ez utóbbit hosszú idő alatt, hegymászók módjára éri el. *Haldane* és *Grollmann* kísérleteiből tudjuk, hogy a hegyi tartózkodás első napjaiban a szervezet a szövetek oxygen ellátását elsősorban *fokozott tüdőszellőzéssel* (ilyen módon magasabb pO_2 alv-t tudunk elérni) biztosítja. Emellett nő az *időtérfogat* és a *percenkénti pulsusszám* is. A hegyi tartózkodás első napjaitól kezdve azonban lassan emelkedik a *vér hglb. tartalma*, illetőleg O. K.-ja, ami fokozatosan feleslegessé teszi az időtérfogat növekedését. Ugyanekkor a magasabb pulsusszám is normalis értékre



1. ábra (Grollman)

csökken. (1. ábra.) *Barcroft* hegyi tartózkodás alkalmával megvizsgálta a keringő vér összetételét és mennyiségét, a hglb. disszitiatiós görbéjének viselkedését és a tüdő oxygen áteresztőképességét. Ezek szerint *Barcroft* azt találta, hogy a hegyi tartózkodás kezdetén nő a *keringő vér mennyisége* és a *vörös vértestek száma*. A hglb. mennyiség ilyenkor csak kevéssé emelkedik. Véleménye szerint ilyenkor a szervezet vérraktárai ürülnek ki (pl. lépösszehúzódás). Csak hosszabb hegyi tartózkodás esetén emelkedik jelentősebben a *vér hglb.* értéke (fokozott erythropoesis folytán). A hglb. disszitatiós görbéjében és a tüdő oxygen áteresztőképességében nem talált lényeges elváltozást. Ezek alapján általánosan elfogadott nézet, hogy a lassú adaptatio első napjaiban a szervezet az energiagazdálkodás szempontjából kevésbbé hasznos fokozott tüdőszellőzéssel és ugyancsak fokozott időtérfogattal biztosítja a szövetek oxygen ellátását; szerepet játszik ilyenkor a keringő vér mennyiségének növekedése és a kisebb fokú hglb. szaporulat. A lassan kifejlődő szokás során ismereteink szerint úgyszólván egyedül a vér fokozott hglb. tartalma játssza a főszerepet a kompensaló gépezetben. Ezekben tudjuk nagy vonásokban összefoglalni azt, amit a magassághoz való *lassú* adaptatioról, illetőleg szokásáról tudunk.

A *hirtelen felszállás* esetében fellépő adaptatió és szokás mechanismusát tárgyaló részletes kísérleti munka úgyszólván nem áll rendelkezésünkre. Közelfekvő volt, hogy a szervezet ebben az esetben a hegyen észlelt módon fog az oxygen hiány ellen védekezni. Ezért a szerzők legnagyobb része ebben az esetben is elsősorban a légzés, a hglb. és az időtérfogat változását vizsgálta. Összefoglalóan azt mondhatjuk, hogy a kérdésre a rendelkezésre álló munkák összefüggő magyarázatot nem tudtak adni *(Schubert)*. Míg tehát *Barcroft* és *Haldane* a helyi alkalmazkodás úgyszólván minden egyes láncszemét szerves összefüggésükben megvizsgálták, addig erről a tárgykörről csak elszórt megfigyelések állanak rendelkezésünkre. Így pl. ismeretes, hogy a repülőgéppel való felszállás esetén eléggé rendszeresen nő a légzés mélysége; a vér O. K.-ja a keringő vér mennyisége és az időtérfogat azonban csak néha növekedik, néha változatlan marad *(Schubert)*.

Ezért *Gordon Helmuttal* és *Korényi Zoltánnal* végzett kísérleteinkben több kísérleti személyben lehetőleg kimerítően követtük az oxygen útját a küllevegőtől a szövetig, illetőleg megvizsgáltuk az oxygenszállító berendezés úgyszólván valamennyi tagját rendes és nagy magasságnak megfelelő légkörben. A vizsgálatokat úgy végeztük, hogy a kísérleti egyént basalis körülmények között megvizsgáltuk rendes légnyomás mellett, majd ugyanazon a napon alacsonynyomású kamrában 5000 m-nek megfelelő légritkítás mellett 1 órás ott tartózkodás után.* Még néhány szót a *metodikáról*.

1. Valamennyi gázanalysist Haldane készülékkel végeztük.

2. Az alveoláris levegő oxygen résznyomást a be- és kilégzett levegő oxygentartalmából, egyes légzés térfogatából a Bohr-féle képlet segítségével számítottuk ki.

3. A percenkinti oxygen felvételt Douglas-módszerrel határoztuk meg. A K-tényező pedig a Barcroft által leírt módszerrel.

4. A vér O. K.-át oxygennel való telítés után Van Slyke készülékkel határoztuk meg.

5. Az AVOK és a IT meghatározást Grollman acetylen módszerével végeztük. Keringő vér mennyiséget nem határoztuk meg.

Az eddigi vizsgálatok alapján *néhány adaptatiós typust* ismertünk meg, amelyek közül három érdekesebbet az alábbi táblázatban foglaltuk össze. Mindhárom kísérleti személy 24—32 éves egészséges egyén volt, akik nem szoktak a felszálláshoz és az említett magasságot a magassági betegség tünetei nélkül jól tűrték. (1. táblázat).

1. typus:

Földön a kísérleti egyén minden értékében jó átlagot mutatott: közepes mélységgel lélegzett, közepes a tüdő alveolaris oxygen résznyomása. A K-tényező a Barcroft által talált értéknek felel meg; ugyancsak normalis a szövetek oxygen kihasználása és az idő-

* Az alacsonynyomású kamrában létesített »mesterséges magasság« megjelölésére a névleges magasság« kifejezést használjuk.

I. Táblázat

Típus		Vent. ccm	Alv. O_2 Hg mm	K ccm/perc Hg mm	O. K ccm	AVOK ccm	IT ccm	Vakat O_2 O_2 mg% / N_2 mgr
	földön	9.000	92	12	20	7·0	4.700	2·4
1	5.000 m	7.700	36	59	21	5·0	5.200	3·1
	földön	5.400	77	15	19	5·4	3.900	2·7
2	5.000 m	5.600	26	74	18	1·6	15.200	17·7
	földön	9.400	112	8	18	3·9	6.500	5·9
3	5.000 m	15.300	49	94	18	3·3	9.900	22·6

térfogat. 5000 m névleges magasságon szükségszerűen esik a pO_2 alv, azonban a 36 Hg/mm érték aránylag elég magas. Valamennyi érték egyébként gyakorlatilag változatlan marad, csupán a K-tényező tetemes emelkedése szembeötlő. Ennek jelentőségét később fogjuk megbeszélni.

2. typus:

Már a földön is feltünően alacsony a pO_2 alv. (77 Hg/mm), mert laposan lélegzik. Ugyanakkor a K-tényező már a földön is kissé magasabb (15). Ez úgy látszik, a földön elegendő az alacsony pO_2 alv. kompensalására; ugyanis az O. K. és az IT normalis.

5000 m-en azonban elmarad a hyperventilatió. Ennek következménye a viszonylagosan is igen alacsony pO_2 alv. (26 Hg/mm). A K-tényező erős növekedése (74) szemmelláthatólag ezt a körülményt nem tudja kiegyensúlyozni: az IT hatalmas emelkedése (15.200 ccm) vált szükségessé. Emellett az AVOK is alacsony (1 ccm), a venas vér majdnem annyi oxygent tartalmaz, mint az amúgy is rosszul telített arterias vér. A légzés elégtelenségét és a szövetek rossz oxygen kihasználását ez a typus tehát a keringés erős megterhelésével teljesen kompensálta. Mindamellett a kisérleti egyén külsején, viselkedésén, szellemi teljesítőképességen — kisfokú cyanosison kívül — semmi rendellenesség sem mutatkozott. Ez a typus tehát látszólag ugyanolyan jól tűri az 5000 m-es magasságot, mint az átlag.

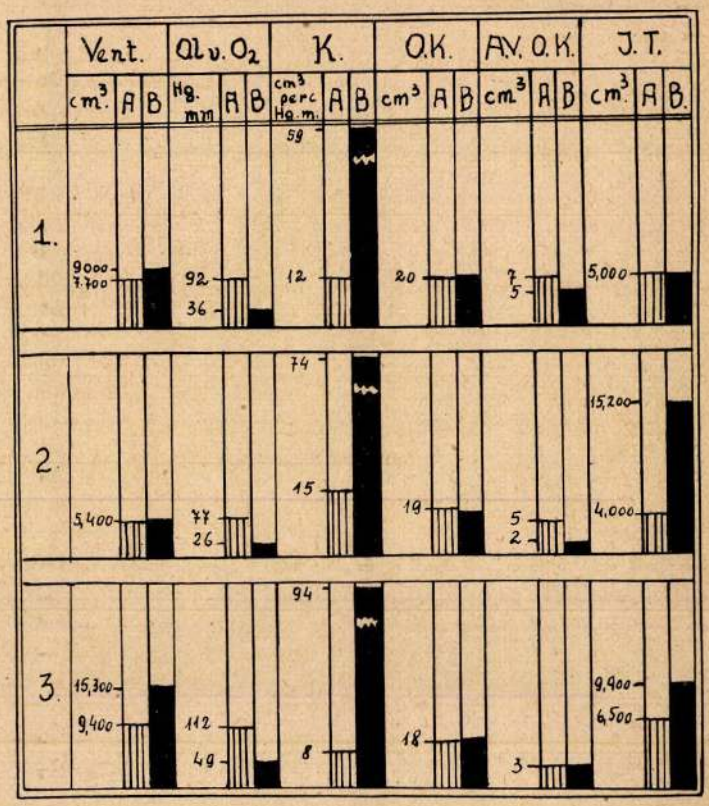
3. *typus:*

A földön ez a typus kiadósan lélegzik, ezért a pO^2 alv. földön magas (112 Hg/mm). Azt várnók ezekután, hogy ez a typus a szöveteit minden nehézség nélkül tudja majd bőven ellátni oxygennel. Azonban már a földön is feltünik az alacsony hglb. tartalom és a szövetek rossz oxygen kihasználása (AVOK 3.9 ccm).

5000 m-en a szervezet jól hyperventilál (15.300 ccm), a pO_2 alv. ennek a magasságnak megfelelően szokatlanul magas (49 Hg/m), a K-tényező is hatalmasan megnő (8-ról 94-re). Mivel azonban rossz a szövetek oxygen kihasználása (3.3 ccm), úgy látszik, hogy az eddig elmondottak sem elegendők a kompensalásra és az időtérfogat is kénytelen erősen megnövekedni (9900 ccm).

Mindezekhez szükséges még a következőket hozzáfűzni: ahhoz, hogy a szövetekben lefolyó oxydatiók tökéletességéről némi tájékoztatást nyerjünk, a kísérleti egyének vizeletében *Kanitz* mikromódszere szerint vakat O_2 hányados meghatározását végeztük. Ezt a hányadost amely mint ismeretes, végeredményben a vizeletben megjelenő oxydabilis anyagok mennyiségének kifejezője, erősen emelkedett a 2. és 3. typus esetében, amikor az oxygennek a szövetekhez való juttatása csak a vérkeringési szervek erős megterhelése mellett volt lehetséges (l. 1. táblázat).

Az eddig elmondottakból jogosnak látszik azt a következtetést levonni, hogy hirtelen felszállásra az emberek különbözőképpen reagálnak. Abban azonban mindenesetre közösek, hogy ha a szóban forgó magasságot panaszmentesen elérik, akkor a szöveteiket a szükséghez mérten el is tudják látni oxygénnel. Egyéni különbségek az eddigiek szerint úgy látszik, a különböző oxygen szállító gépezetben van nak (2. ábra). Amint fentebb láttuk, ebben, illetőleg



2. ábra.

A = földön. B=5000 m névleges magasságban

az adaptálási mechanismusban az egyes láncszemek egymást kiegészítik és helyettesíthetik. Az adaptátió tehát csak a maga összefüggésében, lehetőleg az összes tényezők egyidejű figyelembevételével ítélhető meg helyesen. Egyes részmechanismusok, mint a tüdőszellőzés, időtérfogat, vörösvértestszám stb. kiragadása szükségképpen ellentmondó eredményekhez vezethet. Az egyik typus 5000 m-en hyperventilál, a másik nem. Az egyiknek a pO_2 alv.-a magas, a másiké feltünően alacsony. Az egyiknél az időtérfogat megháromszorozódik, a másiknál alig 10%-kal magasabb mint a földön, stb. Közben — és a repülés szempontjából ez a fontos — látszólag mind egyformán bírják a magasságot. A magassági repülők kiválogatásánál tehát tisztában kell lennünk azzal, hogy míg az egyik ember ritka légkörben már azzal is biztosíthatja a szövetek oxygen ellátását, hogy az energiatöbbletet alig igénylő fokozott tüdőáteresztőképességgel kompensál, addig a másik a tüdőszellőzést és az időtérfogatot kénytelen akár a háromszorosára is »feltornászni« ahhoz, hogy ugyanezt elérje. Ezért a magunk részéről éppen ebben látjuk a magassági adaptatió és a kiválogatás Achilles sarkát. Igaz ugyan, hogy mindhárom typus ideig-óráig külsőleg egyformán bírja a magasságot: az egyik typus azonban ezt könnyedén éri el, — a többi pedig

a légzés és különösen a vérkeringés súlyos és közismerten kétélű megterhelésével.

Mindezek mellett még természetesen feltételezhetjük, hogy a magassági adaptatió egyik további fontos tényezője a szövetek oxydatiós készségének különbségében rejlik. Ilyen szempontból azonban, sajnos, úgyszólván teljesen híjával vagyunk kisérleti adatoknak.

Szükségesnek tartjuk végül is visszatérni az 5000 m-en észlelt *rendkivüli tüdő oxygen áteresztőképesség* növekedésre. Ennek a jelenségnek, amelyet tudomásunk szerint még egyéb körülmények között nem észleltek — pontos magyarázatát nem tudjuk adni. Feltételezzük, hogy vagy a tüdő légzésfelülete növekedett meg erős mértékben, vagy pedig a respiratiós hám oxygen áteresztőképessége fokozódott. Erre a kérdésre azonban mindezideig nem áll módunkban megbízható feleletet adni.

A lassú és gyors adaptatióról elmondottakat egybevetve a következő *tanulságokat* vonhatjuk le:

1. Ezen mechanismus egyes részei szoros összhangban dolgoznak, egymást kiegészítik és szükség szerint helyettesitik.

2. Az előzetes szokás nélküli gyors adaptalásnál az emberek nem reagálnak egységesen; többféle typus létezik.

3. Lassú adaptatio esetében (magas hegységben) hyperventilatió, az időtérfogat és a keringő vér mennyiségének növekedése következik be; gyors adaptiónál (repülők magassági felszállása) pedig hyperventilatió, tüdő oxygenáteresztőképesség növekedése, esetleg időtérfogat emelkedés a lényeges kompensaló gépezet. Ez utóbbiak embertypusok szerint kombinálódhatnak. Lassú szokás esetében (hosszú ideig tartó hegyi élet) a vörösvértest szám emelkedés a lényeges.

Gyors felszállásokhoz *szoktatott emberek* (magassági repülők) alkalmazkodó berendezésének vizsgálata a munka következő lépése lesz.

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

Adat a nucleus ruber stato-tonicus működéséhez.

Irta: *Mészáros Antal dr.*

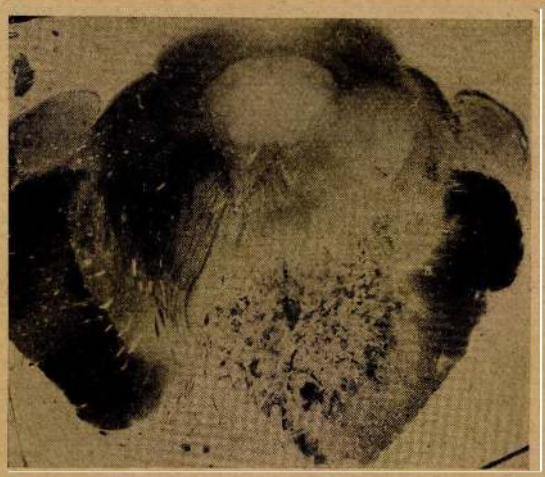
A nucleus ruber sérüléséhez kötött *Benedikt, Claude* és *Nothnagel* syndromák tüneti képe ezen centrumnak az automatizmusok, illetve psychomotoros tényked ések keresztülviteléhez szükséges statotonicus működések, azaz az izomtonus fokának és időbeli rhythmusának, általános nézet szerint a striopallidaris és a cerebello-labyrinthalis rendszerekhez kötött szabályozásában való részvételére utal. A következőkben egy esetről kívánok beszámolni, melynek klinikai-anatómiai képe a nucleus ruber működésének systemás beilleszkedéséről ad felvilágositást, illetve functionális jelentőségének felismerését engedi meg.

M. J. 55 é. nő. A kórelőzmény negativ. Betegsége 3 héttel ezelőtt kezdődött, fejfájással, szédüléssel, hányingerrel és kettőslátással. Felvételkor: j. o. ptosis, a jobb zem abducens állásban, ujjmozgást fel-le és balfelé nem követ. A jobb pupilla szabálytalan alakú, sem fényre, sem alkalmazkodásra nem reagál. Állás kor hátrairányuló dőlési készség, mely különösen a fej hátrahajlításakor fokozódik. A bal alsó végtag izomzatának tonusa fokozott, izomereje gyengébb. A reflexek közül a patellareflex mindkét oldalt fokozott, a reflexogen zóna felfelé megnagyobbodott. Baloldalon positiv Babinski. Orr-ujjhegy kísérletkor baloldalon a szándékolt mozgás többszörösen megszakított lefolyású, egyidejűleg a végtag rhythmikus oscillatiót és rotatiót végez. Az encephalographiás vizsgálat a kamrarendszer mérsékelt tágulatát mutatja.

A *halál* bronchopneumonia, illetve szívgyengeség következtében állott be. A jobboldali mesencephalonnak megfelelően, részben a hypothalamusba is beterjedve, az agy állományában homogen szerkezetű, a környezettől élesen elkülönülő szövet látható, mely mikroskóposan *carcinoma cylindrocellulare adenomatosumnak* bizonyult.

E tumort harántmetszetsorozatban követve, azt látjuk, hogy a cysterna basalisból a középvonalban benyomulva a mesencephalonra és a hypothalamus caudalis végére terjed ki. A híd száji vége előtt a foramen coecum anterius magasságában érinti a b. o.-i tractus frontopontinus és substantia nigra pars rubrájának legmedialisabb részeit, ettől a szájfelé azonban csupán j. o.-t található meg, ahol szétszórt gócok formájában a j. o.-i tractus frontopontinus és a pyramispálya medialis felének rostjait szövi át. Hasonló gócok jelennek meg a substantia nigra medialis negyedében, valamint a brachium conjunctivum ventralis rostnyalábjai között. A trochlearis mag szintjében vezetett harántmetszetben a következő viszonyokat találjuk: a tumorszövet csupán j. o. található meg, itt a következő képletekre terjed rá: tractus frontopontinus, pyramis pálya medialis nyalábjai, frasciculus temporo- és frontopontinus tegmenti, a nigra medialis harmada, egyaránt érintve a pars rubrát és nigrát, tractus rubrospinalis, a brachium conjunctivum, illetve nucleus ruber lateralis alsó quadransa, ganglion interpedunculare, ganglion mesencephali laterale; a j. o.-i tractus tegmenti centralis és substantia reticularis rostjainak velőshüvely kiesése állapítható meg.

Az oculomotorius mag szintjében a daganatszövetet az előbbi metszetekhez képes nagyobb kiterjedésben találjuk meg (1. ábra). Ráterjed egy felső medialis sáv



1. ábra. Keresztmetszet az oculomotorius mag szintjében. Jobboldalt a nucleus rubert elroncsoló daganat. Weigert-készítmény.

kivételével az egész nucleus ruberre, a Forel-féle area tegmenti és a Sano-féle DL-mezőn keresztül benyomul a substantia reticularisba, bevonva az elváltozás területébe a fasciculus tegmenti Forel-t is. A pes pedunculihoz való viszonya azonos az előbbi metszettel. A tractus tegmenti centralisnak itten ventral felé nyomuló rostjait nem éri el, azok az előbbiekben leírt elváltozást mutatják. A száj felé követve a tumort, azt látjuk, hogy a szélességi és mélységi kiterjedését nagyjában megtartva, a hypothalamusba is betör. A commissura posterior előtt vezetett metszéslapon a pes pedunculiban elpusztította a tractus frontopontinus és a pyramis medialis kétharmadát egy keskeny basalis csík kivételével, a nigra hypothalamicus részletéből csak a lateralis harmad maradt épen, elpusztult a brachium conjunctivum és nucleus ruber a felső medialis quadrans kivételével. Oldal felé áttörve, a capsula

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

A központi szívszerekről.

A szívizomra, részben, a szívidegekre szabályozóan ható gyógyszereknek, a tulajdonképpeni cardiacumoknak vezetője a digitalis purpurea és lanata. Szíveredetű keringési elégtelenségek ellenszere. Az izomerőtartalékokat mozgósítja, a szívó- és nyomóerőt szabályozza. A lanata gyorsabban hat. A digitoxintartalmú purpurea inkább halmozódik, ezért tartósabb hatású.

Igazi szívgyógyszerek a semen strophanti-készítmények is. A strophantusmag glykosidája gyorsabban hat, mint a digitalis és kevésbbé halmozódik. I. v. pillanatok alatt fejti ki hatását. Digitalishatástalanság eseteiben is igénybe vesszük.

A szárított tengeri hagyma A és B scillarenglykosidáinak tiszta előállításával digitalis és strophantusszerű szívgyógyszerekkel és diureticummal gazdagodtunk, bár a hivatalos extractum és oxymel vizelethajtó hatása régóta ismert. Nem halmozódik, a gyomor jól türi.

Központi szívszerek alatt viszont a szívre csak közvetve, a légző, az edénymozgató és egyéb központok izgatásával ható analepticumokat értjük. A venás vér visszafolyását megkönnyítik s ezzel a verőtérfogat növekszik. E csoportba tartoznak a camphorolaj, a coffein (melyek azonban, az ingervezetés befolyásolása nélkül, a sinus-, a Tawaracsomóban, sőt a kamrában is fokozzák az ingerképzést) és a CO_2, mint az említett központok élettani ingere. A vízben rosszul oldódó camphor pótlására a könnyen felszívódó s ezért gyorsan ható pentamethylentetrazol és pyridincarbonsavas diathylamid vizes oldatát újabban mind kiterjedtebben használják. Különösen a tetrazolok hatása kedvelt s megérdemelten egyre terjed az indicatiós körük.

Ha az edények tonusa nagy felületen csökken (splanchnikus), az üresen járó szív legértékesebb gyógyszerei az edények feltöltésével a központi szívizgatók és nem a digitalis. Az értonust azonnal emelik, egyesítik a camphor és coffein hatását. A splanchnikust szűkítve, ennek raktárait kiürítik. Ugyanakkor tágulnak az agy, szív, vese, tüdő, bőr és izom erei. Javul tehát a szív táplálkozása, a diuresis növekszik. Az agyerek tágításával a nervinotonicumok hatását alátámasztják. Kisvérkörbeli pangásokban, pneumonia, idült hörghurut, tüdőgenyedés, asthma bronch. eseteiben a váladék csökken, a köpetkiürítés könnyebbé válik, a köhögési inger csillapodik.

A shok perceiben sokszor nem tudni, hogy központi vagy kerületi-e a baj oka. A gyors segítség szüksége és a halálos veszély is mindkét támadó pont felől követeli a gyors hatás kiváltását annál is inkább, mert a keringési zavarok gyakran egyidejűleg peripher. és central. eredetűek. Esetleg csak a központ felől izgató szerek egymagukban nem elégségesek az edénytágulás leküzdéséhez. Célszerű tehát egymást kiegészítő keverése a központi és környéki tonisáló szereknek. Kerületi hatásúak az érfal összehúzásával az adrenalin, a sympatol Bö., a Pulsoton Ch., a Veritol Kn. s az adrenalintermelés fokozásával ható Tyramin és Hordenin.

Tetrazolkészítmények: Tetracor Ch. és Cardiazol Kn. solut tabl. és amp. Injectiós célra gazdaságos a Tetracorból a 20 ccm gumisapkás lagena rendelése. Központi és kerületi hatású keverékek: a Tetracor-Epherit Ch. és a Cardiazol-Ephedrin Kn. Mindkettő 10% tetrazol és 1.5% Ephedrin keveréke, solut. és amp. Adagolásuk: többször naponta 15—25 csepp vagy parenter. 1—2 ccm I. v. lassan. A tetrazolnak a szintén centrális hatású strychninnel keverése célszerű, mert a tetrazolhatást erősíti és tartóssá teszi. (Pl. 0.10 Tetracor és 1 mg strychnin kevert fecskendőben; peroralisan: Sol. Tetracor 20.0, tinct. strychnin 5.0, többször napjában 15—20 csepp.) Cardiazol és Veritol keveréke 10:1 arányban a Veriazol Kn. Solutiója különösen perlingualisan gyorsan hat. S. c. és i. m. ½—1 ccm; a keringés fenyegető megszűnésekor lassan fecskendezve i. v. is adható.

A pyridin-β-carbonsavas diathylaminok sorából: a Cormotyl Ch., Corediol R., Coramin Cb. 25% vizes oldata, különösen műtét közbeni vérnyomáseséskor és széngázmérgezésben bevált értonicumok. 1—5 ccm cysternásan is adható. Prae- és postoperative prophylaktikusan is hatnak. Strychninnel combinálásuk szintén célszerű.

Itt említendők az o-phtalsavas bisdiaethylaminok, amilyen a Centroton Wander és a Neospiran Grünau kúpban és ampullában. A légző- és vasomotorközpont kiváló excitansai. 20% dextroseban is kaphatók, ebből 20 ccm sürgős esetben i. v. Az Icoral IG. bonyolult kettős molekula, synthetikus ephedrin- és lobelinhatással; szintén kiváló analepticum. CO-mérgezésben cysternásan is adható. A Cardiamin E. camphorsavas diaethylaminosulfat 30% oldata; solut. és amp. A szénsav a légző- és vasomotorközpont élettani ingere. 3—10 vol. %-ban lélegeztetve erőteljes és szapora lélegzést vált ki. Narcosisban és CO mérgezésben tehet jó szolgálatot.

A légzőközpontot erőteljesen izgatja a Lobelia inflata alkaloidája. 10% szeszes kivonata a tinct. Lobeliae. Synthetikus a Lobelinum v. Lobeton Bi 0.3 és 1% oldatban parenterálisan, különösen újszülöttek asphyxiája ellen.

Mint központi izgatók adjuvansként használhatók a phenyl-β-propylaminok vagy benzedrinkészítmények, amilyenek az Aktedron Ch., a Centedrin R. a Stimuloton E. (+ coffein és strychnin), az Elastonon stb, melyeknek főhatása azonban a szellemi működések fokozása.

1. Edény- és 2. szíveredetű keringési zavarokban vesszük igénybe a központi szívszereket. Ilyen esetek: 1. Vasomotorgyengeség és érbeidegzéses keringési zavar pld. fertőző betegség után, lábadozásban és különböző idegrendszeri bajokkal kapcsolatban. Ilyenkor a központi szívizgatók állanak a gyógyszeres kezelés előterében. A központi hatást rendszerint peripheriás értonisálókkal fokozzuk. A collapsus- és shoktherápiában műtéti collapusus, vérzések, mérgezések és narcosisveszély eseteiben s. c. és még gyakrabban i. v. adjuk. Az ephedrin tartalmúakat i. v. lassan fecskendezzük. Praeventive műtét előtt a keringési optimum elérésére, esetleg már napokkal előbb rendszeresen is. Transfusiókhoz a peripher, analepticumokból adrenalin, sympatol, Veritol, ephedrin és hypophysis-hátsólebeny, a központi izgatók sorából a Tetrazol, Cormotyl, coffein, strychnin és Lobelin alkalmaztatnak az érpálya feltöltésére szolgáló 10% dextrose, — Locke — vagy Ringer-oldatban.

2. A szíveredetű keringési zavarok közül heveny szívgyengeségben a leghatalmasabb fegyverünk a ½ mg strophantin + Tetracor i. v. dextroseban. A Strophantin comp. Bö. 1 ccm-ben ¼ mg strophantint és 0.10 Cardiazolt tartalmaz. Kevésbbé veszélyes a tiszta strophantinfecskendőnél. Végszükség esetén intracardiálisan ½—1 mg adrenalint és 0.10— 0.20 Tetracort adunk.

Kezdődő decompensatióban rendszerint digitalis nélkül is segítenek. Kis fokú és középsúlyos decompensatio már digitalis esetleg parent. Hg (novurit) therapiát is igényel. Kifejezett és súlyos szívelégtelenségek esetén a digitalist vagy strophantin mellett mindíg adunk lehetőleg bőven központi szívszereket a cardiacumok hatásának alátámasztására és a dyspnoe ellen.

Digitalist nem tűrő esetekben és digitalisbradycardiában is nélkülözhetetlenek. Utóbbinál kevert fecskendőben ½ mg i. v. atropint és 2—10 mg B₁-vitamint is adunk. Partialis blockban digitalis vagy strophantin mellett tetrazol a szívcontractiókat szaporítja. Tetracor-Epherit és Srophantin comp. tesznek ilyenkor jó szolgálatot.

80 érlökés alatti arrhythmia absoluta, extrasystolés elégtelenség, tüdővizenyő, asthma cardiale, Basedowos elégtelenség alkalmával és a digitalis-strophantintherápiák közötti átmeneti időszakban mindíg igénybe vesszük.

A tüdő betegségeiben is nélkülözhetetlenek, ha szívgyengeség, vagy keringési zavarok társulnak. Idült bronchitis, bronchitis capillaris, bronchopneumoniák és súlyos asthma bronchiale mindig megköveteli a rendszeres vagy szükség szerinti használatukat.

Vények, melyeknek jó hasznát látjuk s alkatrészeiket variálhatjuk: Tetracor, Tinct. valerian. spir. aa. 10.0, coffein. natr. benzoic., tinct. strychni aa. 2,50, Vagy: Tetracor, Lanaclarin (esetleg Adigan) aa. 10.0. Tinct. strychni, tinct. lobeliae aa. 5.0, naponta többször 10—20 csepp; esetleg emelkedőleg és vissza. A cseppadagolás a legteljesebb individualizálást engedi meg.

Henszelmann Aladár dr.
egyetemi magántanár.

A fogszabályozás elkezdésének optimális időpontja.*

A fogak és a fogazat helyezeti rendellenessége legtöbbnyire a gyermekorvos, illetőleg a háziorvos szeme előtt alakul ki. A tejfogazat, a fogak helyzetét, a fogsorok alakját illetőleg, legalább is a nem szakértő szemében, legtöbbnyire szabályosnak látszik. Mégis a mi lakosságunk körében, a maradó fogazat az esetek jelentékeny részében többé-kevésbbé feltűnő szabálytalansággal képződik ki.

Ismervén a fog súlyosabb helyzeti rendellenességei okozta kozmetikus hátrányt és a csúnyaságnak a socialis boldogulását akadályozó hatását, az orvos feladata, hogy ez irányban is gondoskodjon a rábízottak későbbi jövőjéről.

Nem szabad azonban azt hinnünk, hogy a helyzeti rendellenesség magára a rágószervre közömbös, a tapasztalat szerint ugyanis az anomália olykor jelentős mértékben fokozza a szuvasodási hajlamot. Különösen figyelemreméltó a fogat tartó szövetek korai sorvadására vezető folyamatok gyakorisága.

* Előadta a Magy. Gyermekorv. Társ. ez évi magygyűlésén.

A legtöbbnyire fokozatosan megnyilvánuló rendellenesség észlelésekor a szülő és az orvos részéről is felvetődik a kérdés: mikor avatkozzunk be.

Erre a kérdésre még a közelmultban is és, sajnos, gyakran még ma is határozott, de hibás választ kapunk. Azt tanácsolják, hogy a 12. életévben kezdjük a szabályozást.

Nyilvánvaló, hogy ez a numerikus érték a fejlődési folyamat egy bizonyos időpontját kell, hogy jelentse.

Nem tartozik rám annak eldöntése, hogy az egészséges gyermek egyéb téren megfigyelhető fejlődésében lehet-e számszerűen pontos dátumokat megállapítani. Mint stomatologusok azonban, az általános fejlődésben zavart nem mutató gyermekeken is igen gyakran észlelhetünk a fogváltás idejében 2—3 évnyi variatiót.

Megfigyeléseink szerint a fogváltás időbeli lefolyása nincs összefüggésben sem a gyermek általános fejlődésével, sem a kialakuló maradó fogazat minőségével és szabályosságával. A fogváltás idejének valószínűleg nincs szorosabb összefüggése a pubertás bekövetkezésével sem. Leánybetegeinken gyakran észlelhetjük, hogy azok túl vannak a pubertáson, viszont a fogváltás még csak lezajlóban van és épp ennyire gyakori ennek ellenkezője is.

Igy nem lehet és nem szabad feltételezni, hogy egy, a fogazat fejlődésére jellemző időpontot, mint fogszabályozás elkezdésére optimalis időpontot számszerűleg megállapíthatunk.

Azonban más okból is kifogást emelünk a 12. életév, mint a fogszabályozás elkezdésének optimalis terminusa ellen,

A 12. életévet azért tartották a fogszabályozás elkezdésére kedvező időpontnak, mert akkorra legtöbbnyire, a mi szempontunkból fontossággal nem bíró bölcseségfog kivételével, a fogazat teljesen és a végleges helyén kialakul. Úgy vélem, hogy ez az eljárás nem más, mint ha az orvos bevárja, hogy a szeme előtt meginduló hibás fejlődési folyamat teljes egészében leperegjen és eközben a működés kiesés, illetőleg a rendellenes functio következtében a torzulás, továbbá a megfelelő részek sorvadása, illetőleg túltengése teljes egészében kialakuljon és csak ezután avatkozna be ezen folyamatok visszafejlesztésére, gyógyítására.

Enyhítő körülményül szolgál, hogy a régebben használatos fogszabályozási eszközökkel a korai kezelés kényelmetlen, néha pedig úgyszólván lehetetlen.

A mai orvosi gondozásnak megfelelően a megelőzésnek kellene döntő befolyásúnak lennie. Ilyen szempontból nézve, megállapíthatjuk, hogy ha nem is sok, de néhány jelentős tényezőt módunkban van több-kevesebb sikerrel befolyásolni. A jó állapotban megtartott és az erős rágástól lekopott tejfogazat több okból valószínűvé teszi a maradó fogazat normalis kialakulását.

A fogak helyzeti rendellenességeit okozó rossz szokások korai megszüntetése fontos, de nem szabad elfelejteni, hogy nem egy gyerek szopja az ujját anélkül, hogy a megfelelő anomalia kialakulna.

A rachitist az állcsontok deformitására vezető tényezőnek szokták tekinteni, ezért az angolkórellenes küzdelem a mi szempontunkból is fontos.

A helyzeti rendellenességek nagyobb részének okozója ismeretlen, vagy öröklött, így az esetek többségében a prophylaxisról nem igen lehet szó.

Mai felfogásunk szerint a fogszabályozás elkez-

désének időpontját a következő szempontok határozzák meg:

1. hogy az észlelt rendellenesség a fogazat kialakulásának további folyamán spontán javulhat-e, vagy inkább romlik.

2. A szabályozás eredménye milyen időpontban a legjobb és legtartósabb.

3. A kezelés mikor vihető legkönnyebben keresztül.

Ad 1.: A tejfogazatban olykor feltűnően mutatkozó rendellenességek a fogváltás folyamán néha eltűnnek, máskor változatlan mértékben, vagy fokozottan nyilvánulnak meg a maradó fogazaton. Ezért a rosszabbodásra hajlamos anomáliákat a lehetőség határán belül már a tejfogazat idejében kiküszöböljük, a rendellenes functiókat és az esetleg ismert és befolyásolható kórokozókat kiiktatjuk, a normális fejlődést elősegítő működéseket pedig fokozzuk.

A maradó fogazatban a rendellenesen előtört fogak helyzete legtöbbnyire lényegesen nem módosul.

Olykor előfordul, hogy egyes többé-kevésbbé rendellenesen előtört fogak (különösen a metszők) helyzete közvetlenül az előtörés után javul. Ez csak akkor következhetik be, ha a rendellenes functio nem akadályozza a javulást és helyhiány nincs.

Ha a fogak, különösen a metszők, kissé szabálytalan helyen vagy rotálva törnek elő és feltehető, hogy a helyzet javulni fog, lenyomattal, fényképpel, vagy bármi egyéb módon rögzítjük a helyzetet. 3—6 hónap multán ehhez a dokumentumhoz hasonlítjuk az állapotot, ha javul, úgy tovább figyeljük. Ha ennyi idő alatt nem javult az anomalia, később javulás már nem remélhető. Tulajdonképpen nem tartozik tárgykörünkbe, de e helyen mégis megemlítem, hogy a szülők oknélküli és gyakori ijedelmét okozza a következő körülmény ismeretének hiánya: az előtörő metszők éle többé-kevésbbé mindig csipkézett és csak a használat folyamán kopik az le a megszokott sima éllé.

Rendellenes működés esetén, vagy ha a fognak nincs meg a normálisan megszokott érintkezése a szomszédos és ellenlábas fogakkal, a rendellenesség a továbbiakban még jelentősen fokozódhat.

A rendellenes functio káros hatására jellemzők például a buldogharapásos anomaliák, ezeknél a rendellenes rágási mechanismus rendellenes impulsusokat ad az állcsontok fejlődésének, úgyhogy a későn elkezdett szabályozással, az állcsontok rendellenességét nem egyszer, már nem tüntethetjük el.

Az antagonistával nem találkozó fogak a rágósíkból túlságosan kiemelkednek. A fogszabályozás céljából ennek megszüntetése szükséges, de éppen ezt a rendellenességet későbbi beavatkozással csak az esetek kisebb részében sikerül kielégítően javítani.

Ad 2.: Ámbár néha arányag igen későn is érhetünk el jó eredményt, az a benyomásunk, hogy a korai kezeléseink még olyankor is kedvezőbb eredményűek, mikor a rendellenesség nem progrediáló és emiatt nem kellene különösebben sietni. Ugyanez érvényes az eredmény tartósságára vonatkozólag is.

Ad 3.: *A kezelés keresztülvihetőségét* illetően az utóbbi időben elterjedt kivehető kaucsukkészülékek sokat segítettek. Velük az esetek többségében a fogváltás idején nagyszerűen irányíthatjuk a kialakuló rendellenességeket, köztük olyanokat is, melyek a késői kezelésnek legtöbbnyire makacsul ellenállnak.

Ami a gyermek psychet illeti, azt kellene mondani, hogy az orvos kellő beállítottsága és tapasztalata esetében már 3—4 évtől kezdődően majdnem mindig egyformán jól megy a kezelés. Komolyabb nehézségeket a kamaszkorú fiúk szoktak okozni, akik unják a kezelést s nem egyszer »passiv resistentiát« kezdenek el. A későbbi kezelés más hátrányát is meg kell említenem. A tanuló gyermek idejét tanulmányai előrehaladtával, egyre fokozódóan igénybe veszik, így jó ebből a szempontból is, ha hamarabb túlesik a szabályozási munka nagyobb részén.

Nem hallgathatjuk el, hogy bármilyen korán kezdjük is el a szabályozást a fogváltás befejezéséig ellenőrzésünk alatt kell tartani a gyermeket. Azonban az ellenőrzés csak nagyobb időközökben történik és az eredményt fenntartó készüléket legtöbbnyire csak éjszaka kell viselni, így ez nem okoz különösebb nehézséget.

Meg kell említenünk, hogy a kezelés lehetőségei, a jó eredménynek feltételei, az idővel csak fokozatosan csökkennek, ha tehát egészségi vagy más körülmények miatt a kezelés elkezdésének elhalasztása mellett is szólna egy más körülmény, mérlegelnünk kell, hogy elhalasszuk-e, a kezelés elkezdését.

Összefoglalás: Mihelyt észleli a nem fogszakorvos a rendellenességet, hasson oda, hogy a stomatologus a gyermeket megvizsgálva, állapítsa meg: 1. remélhető-e javulás; 2. mennyire káros a későbbiekre a rendellenesség meghagyása; 3. alkalmas-e már az esetek a kezelés megkezdésére vagy tanácsosabb várni. Semmiesetre sem engedjük azonban uralkodni azt a téves hitet, hogy várni kell a 12. életévig, mert véleményem szerint ezzel a felfogással orvosi segítséget nyujtunk a torzulás teljes kialakulásához.

Szenthe István dr.
stom. klin. tanársegéd.

A lágyfekély gyógyítása Ultraseptyllel.

A statisztikai adatokból ismeretes, hogy a lágyfekélyesetek száma időnként ingadozik: átlag egy-két évtizeden keresztül számuk állandóan fogy, mind kevesebb lesz, azután a következő évtizedekben szinte járványszerűen szökik fel *(Stümpke G.)*. Ilyenkor a fekélyek gyógyhajlama is kisebb, lassabban gyógyulnak, viszont a szövődmények kialakulása gyakoribb.

Kolozsvárott az elmult félévben (1940 decembertől 1941 májusig) az Unna—Ducrey-bacillusok által okozott lágyfekélyesetek feltűnő gyakoriságát észleltük. Az ulcus molle-esetek számának hasonló megnövekedéséről Budapesten *Jakab Imre dr.* is beszámolt. A nagyszámban, szinte »járványszerűen« mutatkozó lágyfekélyesetek tették számunkra lehetővé azt, hogy e betegség kezelését ultraseptyllel nagyobb beteganyagon kipróbáljuk, valamint az a tény is, hogy a háborús viszonyok miatt a kezelésben az igen jól bevált vaccinák nem minden esetben állottak rendelkezésünkre. Az egyetemi bőrklinika, valamint a városi nemibeteggondozó intézet beteganyagán a lágyfekély gyógyításában a classikus acidum carbolicum liquefactummal edzés és jodoformbehintés mellé, külföldi szerzők közleményei alapján, kezdtük el az ultraseptyllel gyógyító kísérleteinket. A 45 betegen végzett kísérleteink eredményei feltűnően jók voltak. Megállapíthatjuk azt is, hogy a sulfonamid-kezelés bevezetése a lágyfekély

gyógykezelésében körülbelül annyit jelent, mint amennyit ugyanezek a gyógyszerek a kankó gyógykezelésében hoztak.

Feltűnő volt az is, hogy betegeink — egy nő kivételével — mind férfiak voltak. A két nem közötti ilyen arányú eltolódást a budapesti Szent István közkórház nemibetegosztályának anyagán *Jakab dr.* is észlelte. *Blaschko* és *Sommer* szerint azért ritkább a lágyfekély a nőkön, mert itt az Unna—Ducrey-bacillus saprophytaként is előfordulhat, anélkül, hogy tüneteket okozna. A kezelést csak az aetiologiai kórjelzés bizonyítékai után kezdtük meg: az Unna—Ducrey-bacillus kimutatása, a positiv *Ito—Reenstierna*-reactio a *Behring*-féle Test-Ulcatrennel végezve vagy bubó jelenlétében negativ *Frey*-reactio, hogy kizárhassuk a IV. nemibetegséget.

A gyógyszert elárasztás alakjában adtuk betegeinknek: *napi 3-szor 2 tablettát 4—5 napon át, majd háromnapi szünet után újabb elárasztást végeztünk csökkentett mennyiséggel: napi 3-szor 1 tablettával.* E betegek egy részét helyileg a classikus ac. carbolicum liquefactum edzéssel és jodoformbehintéssel kezeltük, hogy a szervezet gyógyító tevékenységét ezúton is támogassuk. Lázkeltőszereket (tej, a Behring-féle ulcatren-vaccina) csak ritkán alkalmaztunk. A pír, a fájdalmasság csökkenése (szövődménymentes esetben) már 2—3 napi kezelés után mutatkozik. A fekély feltisztulása után hámosító (Mikulicz, bórvaselin, stb.) kenőcsöt alkalmazunk. A gyógyulás 6—10 nap alatt következik be. A belsőleg hasonlóképpen kezelt, de activ helyi kezelésben nem részesült eseteink gyógyulási ideje 8—11 nap volt. *Ez bizonyítja azt, hogy a sulfamid-kezelés egymagában is hatásos.* Itt csupán a fekély tisztántartására fordítottunk gondot és közömbös kenőccsel kentük be a fekélyt: tiszta vaselinnel, esetleg 3%-os bórvaselinnel, physiologiás NaCl-oldattal borogattunk. A bubóval szövődött esetek, ha a sulfathiazolt azonnal adjuk, átlag 15—17 nap alatt gyógyulnak. Természetesen itt kétszer 4—5 napig tartó 3-szor 2 tablettás elárasztást (esetleg szükség szerint még egy harmadikat is) végzünk s a szervezet gyógyító tevékenységét a helyileg alkalmazott antiphlogistikus borogatókkal is segítjük. A bubók kezelését, a széles feltárást igen gyakran el lehet kerülni. Ha a kifejlődött, előrehaladt s már szinte »fluctuáló bubó« kezelésben a sulfathiazol adagolásával nem kerülhetjük el a sebészi megoldást, mégis ajánljuk alkalmazását, mert tapasztalatunk szerint a gyógyulás lefolyását és a gyógyulás idejét ezzel is megrövidítjük. Megemlítem egy genyes dobbal szövődött lágyfekélyesetünket, hol az inguinalis tájon alávájt szélű, Unna—Ducrey-bacillust tartalmazó »sankeres dob« volt. A sulfathiazol adagolásától számított negyedik napon a fekély széleiről a pír eltűnt, a széteső, lepedékkel fedett, halvány sárgás-vörös sarjszövettel bélelt fekélyüreg feltisztult s az üreg szépen kitelni, sarjadzani kezdett. A gyógyulás a harmadik elárasztás után a 16. napon tökéletes volt. Az ultraseptylt poralakban helyileg alkalmazva is kipróbáltuk. *Lépinay* 1938-ból közölt sikeres gyógyulást ulcus molle-esetekben s ezenkívül az utóbbi időben a sulfamid helyi alkalmazása a sebkezelésben »divatossá« vált. Amíg a Chinoin-gyár nem állított elő receptura részére ultraseptylt-port, addig helyileg a porrátört tablettákkal kezeltük betegeinket. Az ultraseptyl-por tisztán nem felelt meg a célnak, nem lévén semmi nedvszívó hatása. Legjobban a steril bolus alba, talcum-amylum keverék felelt meg, ezt használtuk vivőanyagul s a sulfathiazolt 25—30%-nyi mennyiségben kevertük bele. »In vivo« és »in loco« alkalmazva, ennek váladék- és gyulladáscsökkentő hatása egyenesen bámulatos. A hatásmechanismusról ezek alapján azt tételezhetjük fel, hogy a gyógyszer gátolja a bakteriumok növekedését, anyagcseréjét, csökkentve természetesen a toxinképzést is. A fekély feltisztulása elég gyorsan megy végbe, úgyhogy néhány nap mulva már a behámosító kenőcsök valamilyekét is alkalmazhatjuk. Bubóval nem szövődött eseteink 7—10 nap alatt gyógyultak.

Általában az ultraseptyl-kezelésben részesített betegeink lágyfekélyeiből 48 óra mulva kórokozókat festési eljárással kimutatni nem sikerült. A kezelések folyamán kellemetlen mellékhatást (fejfájás, étvágytalanság, cyanosis, stb.) nem észleltünk és a gyógyszer étkezésközbeni adagolása az esetleges másként jelentkező enyhe gyomorpanaszoktól is mentesít. A vizeletben kóros anyagok megjelenését nem észleltem, sem a fehérvérsejtek számának zuhanásszerű csökkenését. A minőleges vérkép lényeges eltérést nem mutatott. A vegyes fekély esetén a gyógyszer a syphilis kórokozójára nem hat s így a helyileg elkerülhető csiraölőszerek nem késleltetik a lues kórismézését, tehát még az elkülönítő kórjelzés céljára is felhasználható.

A lágyfekély ultraseptyl-kezelése kapcsán észleleteket összefoglalva megállapíthatjuk, hogy az ulcus molle kezelési ideje lényegesen megrövidül (a régebbi kezelési módszerekkel 15—23 nap volt a gyógyulási idő *Lang* szerint), a szövődmények kialakulását megakadályozza. E mellett ez a kezelés a kialakult szövődmények visszafejlesztésére is igen hatásos. Főhatása a heveny tünetek csökkentésében, a fájdalmasság megszüntetésében nyilvánul meg olyan módon, hogy a beteg folytathatja napi munkáját. Még egy nagy előnye, hogy a beteg mentesül a baját elárulo kellemetlen szagú jodoformkezeléstől.

Nagy József dr.,
a kolozsvári bőrklinika tanársegéde.

Kérdés — felelet!

Kérdés: Kórházba felvett typhusgyanús beteget be kell-e jelenteni azonnal, vagy csak akkor, amikor a laboratoriumi vizsgálat a diagnosist tisztázta? Be kell-e jelenteni azonnal az olyan beteget, akit a hatósági orvos »typhusgyanús« diagnosissal küldött a kórházba?

Felelet: Fenti kérdésre teljesen világosan rendelkezik a 36.500/1930. N. M. M. számú rendelet, amelynek 3. §-a értelmében a bejelentésre kötelezett fertőző betegeket 12 órán belül be kell jelenteni. A rendelet 2. §-a előírja, hogy a beteget *akkor is be kell jelenteni, ha a fertőző betegségnek csak gyanúja merül fel.* Ebből a szempontból tehát közömbös, hogy a beteg kórházban fekszik-e vagy otthon ápolják, mert a rendelet »minden orvos, illetőleg minden kórház igazgatója« részére kötelezővé teszi a beteg 12 órán belüli bejelentését, tekintet nélkül arra, hogy a laboratoriumi vizsgálatok megtörténtek-e vagy sem. A rendelet célja a fertőző vagy arra gyanús betegek 12 órán belüli bejelentésének elrendelésével az, hogy a hatósági orvos azokról minél hamarabb tudomást szerezzen és az óvintézkedéseket minél hamarabb foganatosítsa. Az óvintézkedések sürgős elrendelése gyakran súlyos járványt előzhet meg.

A fertőző betegségek gyanúja miatt hatósági úton kórházba szállított betegek bejelentésére vonatkozólag külön rendelkezés nincsen, tehát ezeket is 12 órán belül be kell jelenteni.

Dr. Petrilla Aladár járványügyi felügyelő

nuclei rubrin a capsula internáig terjed, abba azonban nem nyomul be. Érinti a corpus subthalamicum medialis alsó szélét, valamint a n. ruber és a Luys-mag között a tractus subthalamicopeduncularist es a Sano Q-köteget. Fasciculus thalamicus (Forel H_1), tractus rubrothalamicus fasciculus lenticularis (Forel H_2) és a Hassler-féle »A«-mezők épek. A daganatszövet a nucleus rubernek mind nagyobb medialis felső részét hagyva szabadon, annak szájiránti végét el nem érve, végződik.

Az ilymódon elhatárolható góci sérülés a hemiplegia alternansok sorában Claude-syndroma néven ismert tünetegyüttesnek (oculomotorius-bénulás és ellenoldali hemiataxia), valamint az ehhez társuló hátrairányuló dőlési készségnek és ellenoldali hemiparesisnek képezte alapját. A góci sérüléskor előálló, az egyes morphologiai adottságokat szerkezeti egységekké való építését lehetővé tévő másodlagos elváltozások szempontjából figyelemre méltó a tractus tegmenti centralis viselkedése. *Edinger* ezen pályát tractus tegmenti thalamo-olivarisnak nevezte, utalva ezzel a pálya thalamikus eredetére. A későbbi nézeteket a pálya eredetére vonatkozóan *Wallenberg* a tractus strio-olivaris névben fejezte ki. *Gamper* teljes diencephalon hiány mellett is jól kifejlődött tractus tegmenti centralist látott, úgyhogy feltételezhető lett annak mesencephalikus eredése. *Weisschedel* vizsgálatai szerint a pálya elsősorban a nucleus ruberből ered. A tractus tegmenti centralishoz való viszonya szerint vizsgálva a tumor kiterjedését, azt láthatjuk, hogy egész lefutása mentén mentes a beszűrődéstől, ellenben velőshüvelyfestéssel a pálya systemás degeneratiója állapítható meg. A metszetek alapján rekonstruálható nucles ruber sérülés annak nagysejtű, a tr. rubrospinalis eredésére szolgáló részét teljesen (palaeorubrum), a kissejtű részt (neorubrum) az oralis vég, illetve a felső medialis quadrans kivételével, elpusztította. Tekintettel a j. o.-i nucleus rubernek úgyszólván teljes kiesésére, a fentebbiek alapján a tractus tegmenti centralis eredését elsősorban a nucleus ruberban kereshetjük.

Az esetünkben megfigyelhető intentiós tremor úgy fogható fel, mint az agon-antagon működések szabályozásának zavara, vagyis az izomtonusnak a szándékolt működéshez szükséges helyes megoszlásának hiánya. Az izomzat plastikus tonusa általában rendes volt, tehát a tonuszavar nem annak termelésében, hanem időbeli megoszlásában nyilvánult. Ismeretes, hogy az izomtonus szabályozása mély- és egyensúlyérzésbeli ingerek befolyása alatt áll; a fenti tonuszavar keletkezését úgy magyarázhatjuk, hogy az egy bizonyos időbeli mozgássituatióban nyert benyomások elvesztik szabályozó befolyásukat a mozgássorozat következő szakára; áttekintve a daganat elhelyezkedését, ezen működészavar okát esetünkben a nucleus ruber sérülésében kereshetjük. Mivel afferens impulsusait elsősorban a cerebello-vestibularis rendszer felől kapja (brachium conjunctivum, fasciculus longitudionalis dorsalis, a Whitaker—Alexander-féle tractus vestibulo-rubralis directus), feltehető, hogy az izomtonust befolyásoló, a kisagy által integrált érző ingerületek itt tevődnek át a motoriumra. A tractus tegmenti centralist, a nucleus ruber kiesését követő elfajulása, mint a tonusbeidegzés időbeli rhythmusát szabályozó rubralis systema efferens pályáját állítja elénk.

Mivel az izomzat állandó tonusa rendes volt, *Rademaker* állatkísérletekből levont azon nézete, hogy a nucleus ruber tonusfokozó működését fejt ki, tehát sérülése tonuscsökkenést von maga után, esetünk tanusága szerint az emberre nem vihető át. A nucleus ruber tonusszabályozó működését a szándékolt mozgáshoz adaptált változó tonuseloszlásban kereshetjük, e működésnek zavara klinikailag az intentionalis tremorban jelentkezik. Hasonlóképpen ezt tartják a nucleus ruber-sérülés fő tüneténeк, *Kleist*, valamint *Nicolesco* és *Marinesco* is.

A hyptokinesisben nyilvánuló egyensúlyzavart, mint a testhelyzetet fenntartó automatismushoz szükséges tonusszabályozás zavarát értelmezhetjük s fentiek szerint a nucleus ruber sérülésnek volna pathogenetikus jelentősége, mint *Sarbo, Barth* és mások is hangsúlyozzák, de utalnunk kell a tractus frontopontinus sérülésre; ugyanis *Foerster* és *Gagel* a frontalis kérgi gócok esetén észlelhető egyensúlyzavar alapján mesencephalikus daganatokat kísérő dőlési készséget ezen pálya sérülésére vezetik vissza.

Meg kell még említenünk, hogy a *Benedikt—Bonhoeffer, Chiray—Foix—Nicolesco* által leírt, a nucleus ruber sérüléskor tapasztalható hyperkinetikus jelenségek teljesen hiányoztak. Mai ismereteink szerint a nucleus ruber nem mutat olyan szerkezeti helyi különbséget, hogy a sérülés intrarubralis helyzete lenne felelőssé tehető a spontán hyperkinesis elmaradásáért. A cythologiailag elkülöníthető ú. n. palaeorubrum, valamint a belőle eredő Monakow-pálya az újabb vizsgálatok szerint *(André, Thomas, Castaldi)* emberen csökevényes és a szervezet mozgásmegnyilvánulásaiba nem játszik bele, hanem mint pathoplastikus tényező, a szomszédos képletek sérülése jöhet szóba. *Souques, Crouzon* és *Bertrand* a Benedikt-tünetcsoportként közölt eseteket utánvizsgálva, azt találták, hogy valamennyi esetben a pyramispálya ép volt, esetünkben a daganat a pyramis rostjai közé is beterjedt; feltehető, hogy az egyidejű pyramis-pálya sérülés az extrapyramidalis mozgászavar kifejlődését megakadályozza.

Összefoglalás: Rák előidézte féloldali mesencephalon sérülés kapcsán rámutattunk arra, hogy a nucleus ruber statotonikus jelentősége a tonuseloszlás időbeli rhythmusának a szándékolt mozgáshoz való adaptálásában adható meg és ennek megfelelően a sérüléskor előálló klinikai képet az intentiós tremor jellemzi. A feltételezett spontán hyperkinetikus jelenségek létrejöttét a pyramis-pálya egyidejű sérülése meg tudja akadályozni.

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET

Rovatvezető: *ifj. Verebélÿ Tibor* és *Fedeles László.*

Az appendicitis kezeléséről. *Jungbluth.* (Dtsch. Z. Chir. 254. 5—6.) Az appendicitis műtéti kezelésére vonatkozó és a köztudatban elterjedt elvekkel szemben legújabban az amerikai és orosz irodalomban újabb irányelvek kerültek felszínre. Ennek alapján a műtéti indicatio felállítása a következőképpen alakulna: korai esetek — ahol a hashártya a folyamatban nem vesz részt — azonnal operálandók, ugyancsak operálandók mindazon esetek is, hol a peritoneum a folyamatban kezd résztvenni. Azon esetek, ahol az átfúródás van jelen, vagy a hashártya a folyamatban kiterjedten vesz részt, nem operálandók, hanem conservative kezelendők. A szerző hasonló eljárással 295, majd 250 esetben igen jó eredményt ért el. A kezelésben prontosil és terpentin befecskendezések, valamint morphiumadagolás a leglényegesebbek. Hányás esetén szájon át nem kap semmit a beteg, a későbbi napokban is csak folyadékot. A letokolt és kialakult tályogot azután későbbi időben nyitja meg, rendesen 2—3 hét után. (F. 70.)

Fedeles László dr.

FAGIFOR „CITO"

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lacto-kreosot-syrup

Ideális enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

laz. orig. P 2·35, pénzt. csom. P 1·01

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

CITO gyógyszervegyészeti gyár

Budapest, XIV., Lengyel utca 33.

A klinikai és kórszövettani kép viszonyáról a Flajani—Basedow-féle megbetegedésben. *Guerreri d'Antona.* (Dtsch. Z. Chir. 254. 5—6.) A szerző 10 esetben vizsgálta az említett kórképnél az eltávolított mirigyeket és a következő eredményre jutott. A szövettani vizsgálatnál nyert morphologiai kép nem egységes és nem jellemző a megbetegedésre, a nyert képek igen változatosak és sokszor csak nagyjában hasonlítanak egymásra. Ugyanazon klinikai képnek nem felel meg minden esetben ugyanaz a szövettani lelet. Ugyancsak nincsen párhuzam a klinikai kép, a szövettani lelet és a talált összjód értékek között. (F. 72.)

Fedeles László dr.

Anuria conservált vérrel végzett vérátömlesztés után. *Brunner.* (Dtsch. Z. Chir. 254. 5.) Három esetet ismertet, ahol a kivérzett és súlyos shock állapotában levő betegnél conservált vérrel transfusiót végeztek. vértkapó minden esetben a 0 csoportba tartozott, a vért phys. Na. Cl. oldattal kapcsolatban lassan, 2—3 óra alatt fecskendezték be. A biologiai próba minden esetben megtörtént. A betegek közül kettő anuria, majd hämolysis, ill. veseelégtelenség és uraemia tünetei között exitált. A túlhosszú állása a konservált vérnek (32 nap az egyiknél!), mint előidéző fogható fel, ilyenkor a vörösvérsejtek megváltozása következik be, akkor, amikor kívülről a véren semmi elváltozás még nem látható. (F. 73.)

Fedeles László dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

Transitorikus myopia sulfanilamid praeparatumok használata után. *Gasteiger.* (Kl. Mbl. f. A. 107. 316. 1941.) 2 esetet közöl. 1. 42 éves orvos, aki 24 órán belül 5 tabletta Prontosilt szedett, néhány óra mulva látászavart észlelt, 1 nap mulva a szemorvosi vizsgálat 1 D myopiát állapított meg, amely 3 nap alatt eltünt. 2. 39 éves nő 8 napon át 3 tabletta és további 5 napon keresztül 2 tabletta Albucidot szedett. Látásromlás lépett fel, a szemorvosi vizsgálat 3,5 D myopiát derített ki, amely 5 nap mulva a gyógyszer kihagyása után eltünt. Az első esetben homatropinra a fénytörés nem változott, atropin adagolása nem volt lehetséges. Bár a fénytörés megváltozásának oka megállapítva nincs, szerző a lencsekárosodást tartja legvalószínűbbnek. Szerző felsorolja az eddigi irodalomban megjelent eseteket. (*Lánczos* 6 tabletta Panaflu (0.9 g p-Aminophenylsulfonamidnak felel meg) 24 órán belüli szedése után sajátmagán látásromlást észlelt; 3.0 illetőleg 2.5 D myopia 4 nap mulva megszűnt. Samml. v. Vergiftungsfällen 10. 1939. Ref.) (G. 71.)

Radnót Magda dr.

A gümőkóros szivárványgyulladás kezelése. *Vila—Coro.* (Klin. Mbl. Aug. 1941. aug.) A kórisme lehetőleg kétségtelen megállapítása után mindjárt el kell kezdeni a tuberkulinkúrát, hogy a lencse és üvegtest irreparábilis elváltozásai elkerülhetők legyenek. Ha ugyanis az utóbbiak már jelen vannak, a tuberkulin csekély hatású és a következmények végzetesek a látásra. A csaknem állandóan normális hőmérséklettel járó szemgümőkór esetében előnyösen segíti a gyógyulást a mészsók alkalmazása: különösen a calciumchloridé vitaminokkal együtt, utóbbiak a mész rögzítését biztosítják. Előbbiek hatástalansága esetén jó szolgálatot tehet a sanochrysin, de csak óvatos (0.10—0.15 gr) adagolás mellett. Magától értetődően gondot kell fordítani a beteg táplálására is (szénhydrátok); ha megvan rá a lehetőség, ajánljunk klimatikus kúrát. A makacs esetekben körültekintő, óvatos Rtg.-besugárzás jöhet még szóba. (G 68.)

Lugossy Gyula dr.

A rosaceaszerű szembetegségek hormonkezelése. *Miklós.* (Klin. Mbl. Aug. 1941. április, 474.) 4 esetében meglepően gyors javulás mutatkozott a Cartigen hatására. Hasonló jó eredményt észlelt további 4 esetében is, amelyek azonban enyhéb lefolyásúak voltak, mint a közöltek. Súlyosabb esetekben 1 inj.-t és 3 tablettát adott naponta, míg könnyebb természetű folyamatok esetében heti 3 inj.-t és a közbeeső napokon 3 tablettát. 1—2 hét alatt bekövetkezett a gyógyulás. Ezzel szemben a bőr elváltozásainak gyógyulásához a Cortigenkezelést még néhány hónapig folytatni kellett. (G. 58.)

Lugossy Gyula dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Die Gas-Therapie rheumatischer Erkrankungen. *A. Engländer, F. Schoen, M. Bing.* 79 oldal. (Wissenschaftliche Verlagsbuchhandlung für Medizin, Budapest. Ára fűzve 2.40 P.)

A munka a mozgásszervek megbetegedésében sikerrel alkalmazható új gyógymódot ismertet, amely az izomba vagy bőr alá vezetett oxygengázkezelésből áll. A gyógyhatás magyarázatára felveszik, hogy a megbetegedett izmokban mesterségesen létrehozott oxygenraktár a rendellenesen megváltozott izomanyagcserét helyreállítja. Minthogy az eljárást a szokásos physikalis gyógymódokkal együtt alkalmazták, azért az oxygengázkezelés értékéről meggyőző képet nem alkothatunk. A kezelés ösztönzést ad abban az irányban, hogy az Erdélyben található bőséges szénsavas és kénes gőzlőknek, amelyek az oxygennél jóval hatékonyabb gázok, a gyógyítás szempontjából több figyelmet szenteljünk. *vitéz Benárd Miklós dr.*

Fogorvosi Évkönyv 1942. (Kiadja a Fogorvosi Évkönyv kiadóhivatala. Ára: 5.50 P.)

Az ez évre kiadott 500 oldalas Fogorvosi Évkönyv rövid összefoglalásban tartalmazza a fogorvosi karra vonatkozó közérdekű dolgokat. A könyvet *Máthé* professzor a fogeredetű gócfertőzésekről és *Hattyasy* magántanár a pulpitis és gangraena kezeléséről szóló tanulságos cikkei vezetik be, majd a fogorvoslásra vonatkozó legfontosabb tudnivalók és törvényes rendelkezéseket közli. Útmutatójában az orvosi kamarák tisztikarat, az ország fogorvosi intézményeit, továbbá a főváros és vidék fogorvosainak névsorát találjuk; majd a 365 oldalas órarendes előjegyzési napló zárja le a könyvet. Az ügyes összeállítású munkát minden fogorvos kartársunknak melegen ajánljuk. *F. E. dr.*

ULTRASEPTYL-UREA sebhintőpor

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

12 és 75 g-os üvegek

CHINOIN

EXHEPAR
NAGYHATÁSÚ FÁJDALMATLAN MÁJ-INJEKCIÓ
CERTA
„CERTA" Gyógyszerészeti Laboratórium R. T., Budapest.

Orvosi élmények Belga-Kongóban.

Irta: *Scheitz László dr.*

II. közlemény.

Második beosztásomban egy 360 ágyas négerkórházat vezettem, három agent sanitairrel és két apácával. Ez szinte lehetetlennek látszik, európai viszonyokat véve alapul. Az egyik agent sanitaire ellenőrizte a sebeket és így elintézett 80—100 beteget egy óra alatt, nekem csak a nem javulókat mutatta meg. Bekötözte a nagyobb sebeket, kivéve a súlyosabb sérüléseket és felvágta a kisebb genyedéseket és tályogokat.

Ezalatt én egy fedett verandán ülve, a fentjáró betegeket — majdnem mind malaria és bélféregben szenvedőket — néztem át, ellenőrizve lázlapjukat és felírva aznapi gyógyszerüket. Ilyeténképpen 40—50 betegem maradt, akikkel személyesen és komolyabban kellett foglalkoznom.

A napi laboratoriumi munkát betanított néger laboránsok végeztek. Nemcsak festették a készítményeket, hanem pontosan felismerték a malariaplasmodiumokat, a bélférgek petéit, sőt a gümőkór bacillusát és a gonococcust is. Munkájukat egy agent sanitaire ellenőrizte, ugyancsak ő csinálta a Bordet—Wassermannt helyettesítő Meinicke-reactiót, valamint a többi vizsgálatokat is.

Egy másik agent sanitaire a kórház administratioját végezte, képzett négerek segítségével, akik tökéletesen beszéltek és írtak franciául és írógépelni, számolni is tudtak. A franciául nem beszélő ápolókkal és néger betegekkel benszülöttnyelven érintkeztünk. A két apáca a szülészeti épületben a gyermekek és a konyha körül tevékenykedtek, azaz felügyeltek, ezenkívül ellenőrizték a gyógyszerek kiosztását. Műtéteknél legszívesebben a két néger ápoló segítségét vettem igénybe. Mint minden kézimunka, ez is nagyon érdekelte őket. Figyeltek, tehát jól segédkeztek.

Leggyakoribb megbetegedés a *malaria* volt. Ez érthető, ha meggondoljuk, hogy az aranymosóhelyeken visszamaradt pocsolyák mindegyike valóságos szúnyogbölcsőde volt. Ezeknek petrolozására vagy arzénezésére gondolni sem lehetett nagy számuk és az ezzel járó költségek miatt. Különben is a négernek már megvan a malariája. Igy hát bele kellett nyugodni, hogy malaria van. Mi európaiak naponta szedtük a prophylaktikus chinint, ezért a megbetegedések aránylagosan ritkák és a rohamok enyhébbek voltak. Haemoglobinuriák és ezzel kapcsolatosan halálesetek azért nagyon ritkán előfordultak. Nem valószínű, hogy a haemoglobinuria a prophylaktikus chinin rovására írható, mint azt egyesek vélik, mert négereknél is láttam, kik prophylaxist nem csináltak. A megbetegedést legtöbbnyire a tropica okozta, de előfordult a tertiana, sőt ritkán a quartana is, amint azt többszáz készítmény átnézésekor tapasztaltuk. A klinikai tünetekből ezt megállapítani lehetetlenség lett volna, mert minden négernek több malariás fertőzése is volt.

Munkásaink egy részét jó messziről, Ruanda-Urundiból toborozták. Ezeknél a megbetegedési és halálozási szám igen magas volt, dacára annak, hogy a társaság hónapokig igyekezett bővebb táplálékkal és fokozatosan bevezetett könnyű munkával és munkaidővel hozzászoktatni őket a dolgozáshoz. A ruandabelieknél oly súlyos és halálos malariás rohamokat láttunk, ami a többi négereknél ritkaságszámba ment. Ezeknél az újoncoknál a bevezetett chinin- és atebrin-prophylaxis sem segített az állapoton. A dolog érthetetlen volt, mert Ruanda-Urundi hegyes vidék, éppúgy, mint új munkahelyük is az volt. A földrajzi viszonyok tehát körülbelül egyezőek voltak.

Ezt azért említem meg, mert ismeretes, hogy ha egy lapályon élő néger pl. expedícióval magasabb hegyvidékre kerül, akkor ott lappangó, idült malariája, amellyel addig békességben élt, a legsúlyosabb formák között kitör. Igaz, hogy az egyenlítői őserdő nedves, párás éghajlata általános testi leromlást okozott náluk, ami azonban nem volt minden esetben olyan fokú, hogy megmagyarázhatta volna a súlyos malariás megbetegedést.

A probléma igen érdekes volt és érdemes lett volna képzett szakemberekkel vizsgálat tárgyává tenni úgy a malaria-spasmodiumokat, mint a malariát terjesztő szúnyogfajokat Ruandában és nálunk. Talán más plasmodium-törzs vagy más átvivő

DIALGIN capsula és kúp:
megbizható antipyreticum és antirheumaticum. — 10 capsula ára P 2.—. 5 kúp ára P 2.50
EXPECTIN sol: expectorans, köhögésnél, rekedtségnél ipecacuanha helyett. — 1 üveg 10 gr. ára . . . P 2.20
TROMBOGEN inj.: varix és haemorrhoidalis csomók kezeléséhez. — 3 amp. á 3 ccm ára P 2.10
Gyártia és forgalomba hozza:
DIACHEMIA
STRAUB SÁNDOR
GYÓGYSZERÉSZETI ÉS VEGYÉSZETI LABORATORIUM, BUDAPEST, VI., TERÉZ-KRT. 27

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

szúnyogfaj okozta esetleg a megbetegedések súlyosságát, illetve a plasmodium fokozott virulentiáját. Ezirányú, kissé költséges javaslatomra azonban azt mondták, hogy a társaság aranybányászattal foglalkozik és nem malariakutatással.

A ruandai munkásoknak köszönhettünk néhány trópusi *visszatérő láz* esetet, ezek azonban hamarosan elmaradtak, mert a terjesztő kullancsfaj nálunk nem fordult elő. Különben neosalvarsannal gyönyörűen gyógyultak.

Lényegesen kellemetlenebb ajándékuk volt a *meningitis cerebrospinalis epidemica*, mely ottlétem első évében járványszerűen jelentkezett, majd később elszórtan bár, de mindvégig megmaradt. 1938-tól kezdve elég jó eredménnyel adtuk az akkor ismeretes sulfamid-készítményeket, savóval eredményeink ott is rosszabbak voltak. Később védőoltásokat végeztünk a helyi törzsből készült oltóanyaggal, melyet egy, akkoriban odaszerződtetett belga bakteriologus készített.

A mérsékelt égövi betegségek közül a *tüdőgyulladás* volt igen gyakori. A néger oly érzékeny a pneumococcussal szemben, mint a fehér egér. A rostonyás tüdőgyulladás szinte egyenlő volt a halállal, de még az enyhébb bronchopneumoniát is nagyon rosszul birták ki. Ezeket a betegeket a fertőzés elkerülése miatt külön épületben ápoltuk. Itt történt meg velem az a kedves eset, hogy az egyik négert megkopogtatva és phonendoskoppal meghallgatva, savógyülemet állapítottam meg mellüregében. A beteget a kórteremben megcsapoltuk és amikor a többiek látták, hogyan szívjuk ki a betegből a savót, néhányan igen elcsodálkoztak és megkérdezték az ápolót, milyen varázseszköze van a »mugangának« (muganga varázslót, egyúttal orvost jelent), hogy a fülével meglátja a vizet a testben? Mindjárt jelentkeztek is egypáran, tenném az eszközt a mellükre, hátha bennük is víz van. Az újoncok, akik kórházban még nem voltak, a fényes phonendeskopot valamilyen varázseszköznek tartották és azt hitték, azért érintem a testükhöz, hogy gyógyítsak vele.

Bíztak az európai orvosokban, de a babonásabbak, vagy ha betegségük elhúzódott, bizony felkeresték a környékbeli *varázslókat* is. Ezek rendszerint talizmánokkal gyógyítottak, melyeket a betegek magukon hordtak s a legváltozatosabb tárgyak összeállításából készültek, pl. egy cigarettacsutak, egy kis fű vagy gyökér, egy darab drót, állatok fogai vagy szőre, egy porcellán szigetelő letört darabja stb. becsomagolva egy falevélbe. Voltak azonban gyógyszereik is, melyek nem mindig bizonyultak ártalmatlanoknak. Egy munkás egy ilyen ismeretlen gyógyszertől oly súlyos bélvérzést kapott, hogy mire a 3 km-re fekvő táborból autón behozták, már halott volt.

A gonorrhoea ellen is volt egy gyógyszerük, valószínűleg lázokozó, mellyel szintén fordult elő halálos mérgezés. Ugy látszik, az adagolás körül voltak bajok, mert láttam a szertől meggyógyult eseteket is. Ezen gyógyszerek mibenlétét (valószínűleg növényi eredetűek voltak), kinyomozni nem sikerült. Egy fa kérgét előszeretettel használták a munkások porrátörve hasfájás ellen; talán féreghajtó hatása lehetett.

A négerek ugyanis tele vannak *bélféreggel*. Nem is igazi néger az, amelyiknek legalább háromfajta bélférge nincsen. Ascaris, oxyuris, taenia, trichocephalus, ankylostoma, bilharziosis intestinalis fordultak elő állandóan. Különösen a bilharziosis kezdett egyes bányatelepeken igen elterjedni az utolsó években. Míg a táborokban annyira-amennyire rá lehetett szoktatni a munkásokat arra, hogy az árnyékszéket használják, a munkahelyükön bizony ezt sem keresztülvinni, sem ellenőrizni nem lehetett. A nagy esőzések lemosták a petéket tartalmazó bélsarat a völgyekben lévő aranymosóhelyekre, ahol a munkások legtöbbnyire vízben állva dolgoztak. Miután az élősdi fejlődéséhez szükséges csigafaj megvolt, a betegség terjedt.

A tüdőgyulladásnál is veszélyesebb betegség a négerre nézve a *tüdőgümőkór*. Ezért a belga hatóságok tuberculotikus európait nem is engednek kivándorolni. Aki pedig ott lenn betegszik meg, azaz inkább egy rejtett góca fellobban, azt azonnal hazaküldik, már a saját érdekében is. A mi társaságunk egy magas fekvésű száraz helyen rendezett be egy kis telepet a gümőkóros benszülötteknek. Sokáig nem voltak ott, mert pár hónap alatt elpusztultak. A legtöbb társaság azonban visszaküldte őket a falujukba, azzal a szellemes tanáccsal, hogy mindig köpjenek a tűzbe, akkor meggyógyulnak. A fertőzés

calcium + ephedrin
Calciphedrin
INJEKCIÓ DR EGGER TABLETTA

St. Blasien Szanatórium

800 m tengerszint felett, legkedvezőbb éghajlati adottságok, kimondottan gyógyklima

Németország legmagasabban fekvő magángyógyintézete

tüdőbetegek

számára, a Feketeerdő déli részének legkedvezőbb fekvésében

Díjmentes képes ismertető

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).

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

420061. — AZ ATHENAEUM IRODALMI ÉS NYOMDAI R.-T. NYOMÁSA, BUDAPEST. FELELŐS: KÁRPÁTI ANTAL IGAZGATÓ.

Quadronox

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

10 és 20 tablettás
csomagolások

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

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

terjedését akarták ilymódon megakadályozni. Csontgümőkórt egyet láttam, egy gibussal gyógyult csigolyagyulladást. Azt azonban, hogy ez tényleg gümős eredetű volt, nem tudtam teljes biztonsággal megállapítani, de klinikailag teljesen úgy nézett ki. A csontgümőkór ugyanis a négereknél, éppen fogékonyságuk miatt, nagyon ritka.

Elbeszélték nekem, hogy állítólag a néger varázslók jól ismerik a tüdőgümőkór veszélyességét. A tüdőtuberculosisban elhaltak tüdejét titokban kiszedik és azt megszárítva porrá törik. Aki haragosától vagy más kellemetlen embertársától meg akar szabadulni, az jó árért vesz ebből az »örökségi por«-ból és a varázsló utasítására minden héten széthint belőle egy keveset az útjában álló egyén kunyhójába. A hatás állítólag biztos. Hangsúlyozom, hogy én csak hallomásból értesültem erről a tudományos kiirtási eljárásról.

Rosszindulatú daganatot egyet volt alkalmam látni, egy combcsontból kiinduló sarkomát fiatal lánykánál. Két ízben észleltem *diaebtikus comát*, annak minden klasszikus tünetével. Az egyik esetet boncoltam is és a hasnyálmirigyet Brüsszelbe küldtük szövettani vizsgálatra. Az eredmény meglepő volt: rendes súlyú és teljesen ép hasnyálmirigy. Sajnos, a koponyát elmulasztottam megnyitni a boncoláskor. Mentségemül szolgáljon, hogy ott lenn a *boncolások* nem tartoztak a legkellemesebb teendők közé. Betanított boncszemélyzet nem volt. A négerek undorodtak ettől a munkától és büntetésből mindig a legrosszabb ápolót osztottuk oda be, ezek meg rendszerint megszöktek. A hullák nagyon hamar rothadtak, ami a munkát szintén megnehezítette. Ezért volt szabály az, hogy a holttestet még aznap el kell temetni. Legkellemetlenebb volt azonban a legyek, hangyák és bogarak tömege, melyek a kis hullaház ajtaja alatt bemászva ellepték a hullát és a helyiséget. Hiába volt fly-tox, carbololdat, azért mindig maradt annyi belőlük, hogy a boncolást kínossá tegyék.

Általában *légy és hangya*, az volt bőven. Elég egy elhanyagolt csirkeketrec a ház közelében vagy egy rosszul lefedett árnyékszék, hogy az ember lakását pár nap alatt százával ellepjék a legyek. Nem láttam a legrendesebb háztartásban sem — váratlan látogatáskor — olyan hirtelen előszedett cukortartót vagy édességes-csokoládés dobozt, amiben hangya ne lett volna. Ha pedig egy hangyakaravánnak egy ház akadt az útjába, akkor addig kellett az összes bogoknak merítve seperni, fly-toxot fujtatni, tüzet gyujtani stb., míg sikerült a karaván útirányából eltéríteni.

Folytatjuk.

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

VEGYES HIREK

Személyi hírek. A szegedi *Horthy Miklós Tudományegyetem* december 17-i orvoskari ülésén a Kar *Berkesy* László, *Göllner* Lajos, *Dobszay* László, *Incze* Gyula, *Karády* István, *Blazsó* Sándor, *Lajos* Sándor és *Papp* János kartársakat egyetemi magántanárrá képesítette és a megerősítés érdekében felterjesztést intézett a vallás- és közoktatásügyi miniszter úrhoz.

Az Igazságügyi Orvosi Tanács az 1941. év folyamán tartott 48 ülésében 412 ügyet intézett el, amibe nincsenek beleszámítva az ülésen kívül, közvetlen elnökileg felterjesztett véleményezett ügyek. Az üléseken tárgyalt ezen 412 ügy között a kártérítési perek (92), a munkaképesség megállapítása címén beküldött, de tulajdonképpen szintén az előbbiek közé tartozó megkeresések (46) és az állítólagos orvosi műhiba miatt folyamatba tett perek (81) szerepelnek olyan kimagasló számban, hogy *ezek együttesen (219) a Tanács által az egész esztendőben felülvéleményezett összes ügyek felénél is többet tesznek ki.* A legutóbb említett perekben a Tanács szorgos kutatás után s a legkisebb részrehajlás nélkül is csak 5 esetben tudta megállapítani az orvos hibázását, illetve mulasztását.

A felek legtöbbször szegényjogon perelnek a jogi tanácsadóik rábeszélésére. A szegényjog megadásának kellő szabályozása bizonyára megnehezítené a kockázat nélküli s a legtöbb esetben nem a remélt eredménnyel járó perek megindítását, egyszersmind a Tanácsot jelentékenyen tehermentesítené.

A bíróságok közül a Tanács felülvéleményezését legtöbbször a következő bíróságok vették igénybe: a budapesti kir. törvényszék 98, a budapesti kir. ítélőtábla 65, a budapesti kir. büntetőtörvényszék 20, a budapesti központi kir. járásbíróság 19, a pestvidéki kir. törvényszék 17, a kalocsai kir. törvényszék 12, a pécsi kir. törvényszék és a szegedi kir. ítélőtábla 11—11 esetben. Az ország többi bírósága kisebb számokkal szerepel.

Büntetőügyekben *magzatelhajtás* bűntette miatt 26, *szándékos emberölés* bűntette miatt 22, *gondatlanságból okozott emberölés* vétsége miatt és *gyilkosság* bűntette miatt 12—12 esetben kérték ki a Tanács felülvéleményét, a többi bűnperben történt megkeresés alacsonyabb számot mutat.

Polgári ügyekben vezetnek a *kártérítési* perek (92), ezután jönnek az állítólagos *orvosi műhiba* miatti perek (81), a *munkaképesség megállapítása* iránti perek (46), a *gondnoksági ügyek* (16) és a *jogügylet érvénytelenítése* iránti perek (14). A többi polgári perek kisebb számmal szerepelnek.

A Tanács felülvéleményt adott 132 sebészeti, 131 elme- és ideggyógyászati, 41 szülészeti és nőgyógyászati esetben, a többi orvosi szakot ritkábban vették igénybe.

Az 1941. évi felterjesztés megemlékezik dr. *Verebély Tibor* elhúnytával a Tanácsot ért súlyos veszteségről, aki 25 évig volt a Tanács tagja és 15 év óta elnöke. Az ő személyét annakidején illetékes helyről méltatta az elnöki székben utóda (dr. *Bakay Lajos prof.*), akit a tanácstagok osztatlan megelégedésére sikerült megnyerni, hogy rendkívüli elfoglaltsága mellett is vállalja az Igazságügyi Orvosi Tanács megtiszteltető, de nem kis terhekkel járó elnöki méltóságát. Megemlíti a felterjesztés még, hogy dr. Illyés Géza egy. ny. r. tanár, nyugalombavonulásakor a tanácstagságról lemondott. A Tanács a felterjesztésben ezúttal is az igazságügyminiszter úr szíves jóakaratába ajánlja a tanácsi munkálatok kiadásának ügyét.

Orvoskari naptárunkat a régi előfizetőinknek szétküldtük. Új előfizetőinknek, amíg a készlet tart, néhány napon belül szintén megküldjük.

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

HETIREND

Kedden, 13-án ¾7 ó. a Bpesti Orvosi Kaszinó ülése. *Fischer E.:* Az állás, járás, ülés orvosi vonatkozásai.

Szerdán, 14-én 6 ó. a Közkórházi Orvostársulat ülése. *Csapody I.:* Szemüregi plastikák (70 eset tanulságai).

Pénteken, 16-án 6 ó. a Bp. Kir. Orvosegyesület ülése. *Scipiades E.:* A szabványos szerkezetében megromlott medencefenék helyreállításáról.

2406/941.

Jász-Nagykun-Szolnok vm. I. Ferenc József-közkórház, Szolnok.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A J.-N.-K.-Sz. vm. I. Ferenc József közkórházánál megüresedett segédorvosi állásra pályázatot hirdetek. Az állás azonnal betölthető.

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

Az állást elnyerni óhajtók szabályszerűen bélyegzett kérvényeiket ezen pályázati hirdetménynek a Budapesti Közlöny című hivatalos lapban történt harmadízbeni közzétételétől számított 15 napon belül, közhivatalban levők hivatali főnökük útján, a vármegye főispánjához címezve (báró Urbán Gábor) hozzám nyujtsák be.

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

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

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

A segédorvosnak az intézetben kell laknia. A segédorvos a természetbeni lakást csak saját személyében veheti igénybe, s magángyakorlatot nem folytathat.

Szolnok, 1941 december 31.

Szabó Elemér dr. s. k. kórházigazgató-főorvos.

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

Lapunk mai számához a Chinoin-gyár PULSOTON készítményéről színes prospektust mellékelünk.

Használt **QUARZÉGŐK**
felujitása—regenerálása, javítása
QARZTECHNIKAI LABORATORIUM
BUDAPEST, VI., SZIV-UTCA 13.

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

86. évfolyam. 3. szám. Budapest, 1942. január 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. *Jugoszláviában* az Avala bármely kirendeltségénél az »O.H.« számlájára. *Romániában: Borsos Béla dr.* Arad, Str. G. Gringorescu 5. *Slovákiában: Eleőd Soll.* Handels u. Kredit-B. Bratislava. *Egyéb külföldről:* az előfizetést levélben küldött dollár-chequeben kérjük a kiadóhivatalba.

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

ANDROFORT

Synthetikus hím sexualhormon. 1 ampulla 5, ill. 10 mg, 1 cm^3 solutis 5 mg testosteron-acetatot tartalmaz.

Impotentia. Sexualis neurasthenia. Klimakterium virile.

4 ampullát tartalmazó dobozok, 10 cm^3 solutiót tartalmazó üvegek.

BIOVIN Glandubolin (tüszőhormon) + ovariumkivonat

A csökkent vagy hiányos petefészekműködés erélyes kezelésére.

1 ampulla (á 1 cm^3) 10.000 i. e. Glandubolint (tüszőhormont) és 0·6 g friss petefészek-kivonatot, 1 cm^3 solutio 500 i. e. Glandubolint (tüszőhormont) és 0·2 g friss petefészek-kivonatot tartalmaz.

SYNTOVAR

Syntestrin (4,4'-dipropionyloxy-alfa-beta-diaethylstilben) és ovariumkivonat kombinatiója

Az ovarium hiányzó vagy csökkent működéséből eredő genitalis és extragenitalis panaszok kezelésére.

40 dragéet tartalmazó üvegben.

SYNTESTRIN

Synthetikus oestrogen-hatású készítmény.

A petefészek csökkent vagy hiányzó működéséből eredő megbetegedések esetén.

1 ampulla, 1 tabletta, 1 kúp, 1 g kenőcs 1 mg 4—4'-dioxy-alfa-beta-diaethylstilben dipropionatot tartalmaz

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

A follikulus-hormonnal azonos hatású

CYREN-B

Diaethyldioxystilbendipropionat

A STILBENSOROZAT ÚJ SYNTHETIKUS SZÁRMAZÉKA

BEVÁLT A FOLLIKULUS-HORMONKEZELÉS VALAMENNYI JAVALLATÁNÁL A NŐ-, BEL- ÉS BŐRGYÓGYÁSZATBAN

A Cyren-B rendkívül előnyös ára lehetővé teszi a kiterjedtebb alkalmazást

Forgalomban: tabletták, ampullák és kenőcs

»Bayer« LEVERKUSEN

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

BAYER

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

Gargalizálás helyett

Silargetten

Chemische Fabrik von Heyden Aktiengesellschaft, Radebeul-Dresden

Magyarországon forgalomba hozza: Walter és Dummel, Budapest V, Mérleg utca 10

86. évfolyam. 3. szám. Budapest, 1942. január 17.

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:

Horváth Boldizsár: Új műtét a torzult csípőizület gyógyítására. (25—28. oldal.)
Gugi Tibor: Gümőkóros egyéneken végzett mandulakiirtás értéke és javalata. (28—29. oldal.)
Lelkes Zoltán: Spontan hypoglykaemiás betegség. (29—30. oldal.)
Irodalmi szemle. (30—32. oldal.)
Könyvismertetés. (32. oldal.)
Scheitz László: Orvosi élmények a Belga-Kongóban. (33—34. oldal.)
A magyar tbc.-orvosok kongresszusa Balatonkenesén. (34—35. oldal.)
Lapszemle. (36. oldal.)
Vegyes hírek. (36. oldal.)
Hetirend. (37. oldal.)

A Szent János-közkórház orthopaed osztályának közleménye. (Főorvos: Horváth Boldizsár egyet. rk. tanár.)

Új műtét a torzult csipőizület gyógyítására.

Írta: *Horváth Boldizsár dr.* egyet. rk. tanár.

A régebbi orvostudománynak voltak olyan elnevezései, melyek a tudományos kifejezés mértékétől messzi távol estek és mégis egyszerűségükkel és őszinteségükkel kitűnően jellemezték a kórképet. Egyszerűségük, még ha latinul is mondták ki, szinte a laikus kifejezéseit közelítette meg, de meg kell állapítani, hogy naivságukban sokszor majdnem olyan közel jártak az igazsághoz, mint a mai tudományos elnevezések. Őszinteségük meg egyenesen jól eső érzést vált ki, amikor azt látjuk, hogy apáink és nagyapáink idejében gyógyító kartársaink nem igyekeztek cifra hangzatos nevekkel elrejteni azt, hogy milyen távol voltak az egyes kórformák lényegének megismerésétől.

Ilyen egyszerű és őszinte elnevezés volt a régebbi időkben a »malum coxae senile«, amely nem akart mást mondani, mint azt, hogy ez a csípőizületi baj az öregek nehezen viselt keresztje. Hogy milyen közeljártak elődeink az igazsághoz, azt még jobban megértjük, ha a »senilet« nem a korra, hanem magára a csípőre vonatkoztatjuk. Mert a csípő, ez a mechanikailag erősen igénybevett izület öreggé, kopottá válhat akkor is, amikor még a test külseje távolról sem vall megöregedésre.

Ma ezt a régebben egységes kórképet izeire bontotta az orvosi kutatás, amikor elkülöníti az arthritiseket az arthrosisoktól, amikor elsődlegesen vagy másodlagosan idült formákról beszél, amikor nem elégszik meg a névben az arthros egyedüli jelenlétével, hanem osteoarthrosissal, osteochondropathiával azt akarja kifejezni, hogy a kóros elváltozásokban a csont és porc is résztvesz. Végül azonban az öregember rossz csípője, vagy a középkorú korán megöregedett izülete mégis csak »malum coxae« lesz az izületi rés beszűkülésével, a porc kopásaival-felrakodásaival, elalaktalanodásaival és a csípőizület fájdalmas zsugorodásaival és mozgáskorlátozásaival. A malum coxae senile, a csípőizület osteoarthropathiája a betegek súlyos keresztje volt már régóta. De nemcsak a betegeké, hanem az orvosoké is, mert még a közelmultban is vajmi kevés sikerrel tudtunk a bajon segíteni.

A balneotherapiának évszázados tapasztalatai megerősítve az újkori fizikális gyógymódok (hő, sugár és mechanotherapiák), valamint gyógyszeres kezelés ezernyi lehetőségével mind csak ideig-óráig és csak részben tudják a panaszokat csökkenteni. Mi sem természetesebb, mint hogy a sikertelenségek láttán az operativ gyógyítótudomány is igyekezett a kérdésbe bekapcsolódni és az utóbbi évtizedekben egyre szaporodott azoknak a műtéteknek a száma, melyek az arthrosisos izületek alaki és működési zavarain, valamint az ezekkel együttjáró fájdalmakon igyekeznek javítani. Az egyre részletesebb és különösen amerikai szerzők műtéti beavatkozásaival foglalkozó közlemények statisztikái alapján ma már elég tiszta képet alkothatunk magunknak erről a kérdésről mind a javallatokat, mind az ellenjavallatokat illetőleg.

A csípőizületi »arthrosis deformans« gyógyítását célzó műtéteket négy csoportba osztjuk, aszerint amint céljuk.

I. a többé-kevésbé merev izületek mozgathatóságának visszaállítása; II. az izület merevítése; III. a statikai viszonyok javítása; IV. a fájdalmak csökkentése.

Az első csoportba tartoznak 1. az izületi plasztika; 2. a cheilotomia; 3. az álizületet képező műtétek.

I. 1. Az ilyen *arthroplasticák* azonban távolról sem adnak olyan jó eredményeket, mint például septikus vagy kankós eredetű csípőizületi merevségek miatt végzett mobilisatiók, ami természetes is, ha meggondoljuk, hogy akár primär chronikus, akár secundär chronikus folyamat vezetett az izület torzulására, az ok végeredményben a mesenchymának betegsége. Az arthroplastica viszont nem gyógyítja meg magát a mesenchyma kóros állapotát s így a nagy műtéti beavatkozás után megmarad a további eltorzulás veszélye. A statisztikák is igazolják ezt a tényt, amikor azt látjuk, hogy a már súlyosabb műtéti beavatkozás kicsiny, 10—20%-os

jó eredményeivel szembeállíthatók a túlnyomó részben változatlan, sőt el nem hanyagolható százalékban a rosszabb műtét utáni állapotok.

2. A *cheilotomia*, amit gyakran synovectomiával egyesítenek nem más, mint izületi nagytakarítás a felrakodások, hegesedések kiirtásával. Ez a beavatkozás szintén jórészt az okozatokat távolítja el, mert a nálunk kevéssé, Amerikában azonban sűrűbben alkalmazott izületisavóshártya kiirtás a beteg mesenchymának csak egy részét távolítja el. A statisztikák szerint az utóeredmények kedvezőbben látszanak, mint arthroplasticák után.

3. *Az álizület képződést* célzó műtétek, egyszer a combnyak átvéséséből, máskor a combfejnek vagy a fejnek és nyaknak eltávolításából állanak. Ehhez még a nagytompor mélyebbre helyezése is társulhat. Nagy hátránya a műtétnek, hogy végeredményben tekintélyes rövidülésre vezet és az elért mozgékonyságot tehermentesítő gép viselésével kell megfizetni. A közlemények szerint e csoportban mégis ezzel a műtéttel lehet aránylag a legtöbb sikert elérni.

II. A második csoportba csak a *csípőmerevítés* műtétje tartozik. Ha az egyik csípőizület egészséges és jól mozog, viszont a másik izület annyira eltorzult, hogy állandó tűrhetetlen fájdalmak kútforrása, az intra- vagy extra-articularis arthrodesis olyan jótétemény, amely mellett az amúgyis csökkent csípőmozgékonyság teljes kiiktatása elenyésző veszteséget jelent. Minthogy a mai műtéti technika mellett a csípőizület feltárása nem okoz nagyobb nehézséget, a combfejecs és izvápa porcfelszíneinek eltávolításával, vagyis intraarticularis arthrodesissel elérhető tökéletes merevséget előnyben részesítjük az egyszerűbbnek tűnő, izületen kívül beültetett csontlécek bizonytalanabb merevítésével szemben.

III. A harmadik csoportba tartoznak *a statikai viszonyokat javító műtétek*. A csípőizület hajlításos-közelítéses zsugorodása és merevsége sokkal több panaszt okoz, mint azt általában gondolják. Nemcsak magának a beteg izületnek hibás megterhelése, hanem a medenceövhöz tartozó másik csipő, a sacroiliacalis és sacrolumbalis izülések kórosan megváltozott mechanikája (azaz kóros statikája és dynamikája együttvéve) is tűrhetetlenné teheti az ilyen szerencsétlen beteg fájdalmait. Ezeknek a kóros statikai viszonyoknak a közelítőizmok átmetszésével (adductor-tenotomia) vagy tompor alatti csontátvésésekkel (subtrochanter-osteotomia) történő javítására több figyelmet kell szentelni. Erre később még vissza fogok térni. Ha a tomporalatti csontátvését úgy végezzük, hogy az átvésett combcsont körzeti darabját a vápa alsó szélének nekitoljuk, akkor ez az ú. n. megtámasztásos tehermentesítő osteotomia igen jó eredményekre vezethet.

IV. A negyedik csoportba azok a műtétek tartoznak, melyek magát az eltorzult csípőt nem érintik, hanem *csak a fájdalmakat igyekeznek csökkenteni*. Az egyik műtét az obturatorius ideg átmetszéséből áll és nem is annyira az érzőidegszálak kiiktatását célozza, mint inkább az adductor izomzat feszülése folytán a combfejnek az izvápába beprésélését igyekszik csökkenteni. Az utóeredmények csak részben igazolják a műtét jogosultságát, de viszont a kockázat igen kicsiny.

Ebbe a negyedik csoportba tartozik végül *a combnyak fúrás*, az az újabb műtéti eljárás, amelylyel elért eredményeimről óhajtok a következőkben beszámolni.

Jogosan merülhet fel azonban a kérdés, hogyha a combnyakfúrás műtétéről óhajtok beszélni, miért kellett kitérnem az egyéb operativ lehetőségekre? Szükségesnek tartottam mégis mindezek rövid ismertetését azért, mert éppen az előzőleg felsorolt műtétek nagyobb kockázata viszonyítva az elérhető javulások kevéssé kielégítő eredményeihez, vezetett ezen újabb műtét, a combnyakfúrás értékelésére és szélesebb körű alkalmazására.

Ennek a műtétnek története a következő. 1930-ban *Gräber—Duvernay* francia sebész közölte először a combnyakfúrás műtétét »fourage« néven arthrosisos csípőizületek gyógyítására. Csak a történeti hűség kedvéért említem meg, hogy hasonló fúrást végzett 1927-ben *Robertson—Laval* délamerikai szerző gümőkóros izületeken, ami a mi jóval óvatosabb európai felfogásunk szerint túlmerész beavatkozás. Gräber—Duvernay jó eredményeinek ismertetése után a francia sebészek, különösen *Leriche* iskolája, karolták fel az újabb eljárást és az évtized második felében már olasz, német, angol és amerikai szerzők is eredményes statisztikákról számolhattak be.

Az úttörő szerzők ugyan nem emlitik, de azt hiszem nem járunk messze az igazságtól, ha úgy hisszük, hogy öreg arthrosisos csípőizületek combnyaktöréseinek csapozásai vagy szegelései után bekövetkező javulások hívhatták fel elsősorban a figyelmet a combnyak-fúrás jó eredményeire.

Az eredeti műtét abban állott, hogy a nagytompor felől 6 mm vastag fúróval egészen a combfejig hatoltak előre és a fúrt csatornába 5—6 mm-es sípcsontlécet vagy elefántcsont csapot vertek be. Eleinte nagy súlyt helyeztek arra, hogy a fúrás a combfej közepét érje és ezért Röntgen ellenőrzés alatt vagy különleges irányzó készülékek segítségével végezték az operatiót. Később rájöttek, hogy ez nem is olyan fontos és az egyetlen vastag fúrt csatornát több, vékonyabb fúróval történő párhuzamos behatolásra módosították. Az eredeti csontcsapozás is módosítást szenvedett, mert az újabb közlemények szerint a csontbeültetés egyáltalán nem befolyásolja az utóeredményeket. Legmeszszebbre *Hackenbroch* megy, aki nemcsak a nyak és fej, hanem adott esetekben a vápatető fúrását vagy bevésését is elvégzi abból az elgondolásból kiindulva, hogy az eltorzulás nemcsak az izület combcsonti, hanem medencei részére is kiterjedhet. Ennyit a műtét történetéről.

Saját tapasztalataimról pedig a következőket mondhatom el. 1934-ben a Lyon Chirurgical-ban olvastam a »fourage«-ról szóló cikket és 1935-ben több esetben kipróbáltam. Nem tagadom, az első évben nem nagy hévvel vetettem magam a kérdésre, hanem inkább csak megkíséreltem, hogy az osztályomon igen gyakori malum coxae senile szomorú esetein tud-e ez a merőben új eljárás segíteni. Nagyobb lendületet nekem az adott, hogy a stockholmi rheumakongresszuson megismerkedtem *Hibinette* sebészprofesszorral és az ő klinikáján számos megfúrt csípőarthrosis kitűnő eredményét láthattam. Ezután több meggyőződéssel válogattuk össze osztályomon a súlyosabbnál-súlyosabb csípő arthrosis deformansokat úgy, hogy a mai napig 32 esetben végeztünk nyak és fej fúrást és ezeknek immár több éves tapasztalatairól szeretnék beszámolni.

A műtéti eljáráson nem tartottam szükségesnek semmiféle módosítást, mert az már egészen jól kialakult. Különlegesebb célzó készülékekre nem volt szükségünk, mert a röntgenkép alapján karcolásokkal kirajzolva a bőrön a combnyak irányát

és a fejecs helyzetét, sohasem ütköztünk nagyobb nehézségekbe. A műtétet lehetőleg helyi érzéstelenítésben végezzük és csak ha a csonthártya átlökésekor fájdalmat érez a beteg, válik szükségessé felületes bódítás. Szikár egyéneknél kis metszésből, szinte subcutan is elvégezhető a fúrás, de az esetek nagyobb részében vastag zsírpárna mellett jobb betekintésre van szükségünk, mert pontosan ki kell tapintani a tompor alatti diaphysis átmenetét és innen ferdén felfelé kell behatolni, ugyanúgy mint a combnyak szegelésekkor. Az esetek tekintélyes részében a fúrt csatornákon keresztül nagy nyomással szinte kibuggyant az elfolyósódott vörhenyes zsír, amelynek összefüggésére az ú. n. átépítődési tömlökkel (Umbaucysták) kapcsolatban még később visszatérek. A műtét után közvetlenül a betegek többsége a tompa feszítő fájdalmak megszűnését jelezte.

Utókezelés úgyszólván sohasem történt, hiszen mindezek a betegek a műtét előtt a konzervativ kezelések (iszap, hőlég, diathermia, fürdők, massage, gyógyszerek) egész skáláján végigmentek már. Műtét után 12—14 nappal kezdték betegeink a megterhelést és átlagban 3 hét multával elhagyták az osztályt.

A műtétet 32 esetben végeztük és 22 betegünket sikerült több év eltelte után felülvizsgálni. A műtét után a fájdalmak teljesen megszűntek 5 esetben, lényegesen csökkentek 4 esetben, (55%), változatlanul megmaradtak 10 esetben (45%).

Összehasonlítva más szerzők statisztikáival kb. ugyanazt az eredményt találjuk, mint amilyet a mi 22. betegünk felülvizsgálatával nyertünk. Szinte egyöntetűen 55—60%-os javulást észleltek a külföldi szerzők is.

A mi eseteink közül feltűnően jó eredményt mutatott egy bányász, aki mint vájár a legnehezebb testi munkát végezte. Súlyos üzületi elváltozása arra kényszerítette, hogy nehéz meggörnyedt helyzetben végzett munkáját abba hagyja és mint kisegítő munkást szociális szempontból nagy károsodás érte. A műtét után vájár munkáját ismét folytatni tudta és ezáltal nemcsak a betegségében, hanem szociális helyzetében is sokat segíthettünk a betegen. Másik esetünk orvos felesége, akinek kétoldali malum coxaeja volt és az egyik oldali fúrás olyan javulásra vezetett, hogy nemcsak a műtétileg gyógyított csípőjében csökkentek nagy mértékben a panaszok, hanem a másik valamivel kevésbbé eltorzult csípőnek sem kellett a túlnyomó terheket viselni és így járóképessége mindkét csípőben javult. Megemlítek egy harmadik beteget is, aki több év eltelte után jelentkezett ismét osztályomon azzal a kéréssel, hogy hasonlóan gyógyítsuk meg a másik csípőjét is.

Az eredményesség szempontjából nem mellékes az arthrosisos elváltozások aetológiájának kérdése. Ez azonban korántsem egyszerű, mert kifejlődő állapotban nagyon nehéz a kezdeti szak kóroki körülményeire következtetni.

Általában a következő okokat vehetjük fel.

A) *Degenerativ elváltozások* alapján kifejlődő malum coxae, amely esetekben gyakori az átépítődési tömlők (Umbaucysták) jelenléte.

B) *Arthritises formák*, amelyek elsődlegesen, vagy másodlagosan idültek lehetnek.

C) *Izületi részaránytalanság* folytán kifejlődő eltorzulások, amelyek okát világra hozott fejlődési hibákban (a csípőizületnek teljes vagy félficama, lapos vápa) kereshetjük. Az életben szerzett elváltozások közül különösen a Perthes-kór és a coxa varának különféle formáit tehetjük az izületi incongruentiáért felelőssé.

Mint láthatjuk tehát, kóroktanilag igen sok körülmény merül fel és ebből a szempontból nézve a következő figyeléseket tehettük. Degeneratív formájú esetünk, átépítődési tömlővel 8 volt, ebből 5 javult; 8 arthiritises eset közül 3 tartósan javult. Pertheses deformálódás volt 2 és mind a kettőben eredményes volt a műtét. Csípőficam, illetőleg félficam alapján kifejlődő deformálódás 4 operált esetében 2 javult lényegesen. A másik két sikertelen fúrás egyike a másodlagos vapában elhelyezkedő eltorzult csípőizületen történt és a fájdalmak megmaradásáért egészen biztosan a ficamos csípőizomzat továbbra is fentálló elégtelensége is felelőssé tehető.

Hangsúlyozom, hogy operált betegeink csípőizületében említésre méltó mozgásjavulást sohasem tapasztaltunk, de ezt a műtéti javaslat felállításakor nem is vártuk soha. Csontcsapozást egy esetben végeztünk, amely után a kisfokú javulás csak rövid ideig tartott és később határozott rosszabbodás állott be. Az elkövetkezendő műtéteket minden esetre úgy fogjuk végezni, hogy a statikai viszonyok javítására lehetőségig nagyobb súlyt fektetünk, mert az az érzésem, hogy egy-két esetben a panaszoknak csak rövid ideig tartó javulása a helytelen statikai beállítás további káros hatása folytán következett be.

Röntgenellenőrzést az utóvizsgálatkor csak egy-két esetben végeztünk, minthogy a fúrással a csípőizület eltorzulásának fokát és minőségét semmiesetre sem tudjuk megváltoztatni.

A combnyak- és fejecsfúrás fájdalomcsökkentő eredményeinek magyarázatára három elméletet ismerünk. *Ciaccia* elgondolása szerint a csípőizületben és annak környékén kifejlődött visszeres pangás idézi elő a fájdalmakat és a többszörös befúrással olyan új összeköttetéseket létesíthetünk, amelyek a visszeres túltelítettséget megoldani képesek. *Leriche* ezzel ellentétben a műtét után kifejlődő vérbőség javára írja a panaszok csökkenését. Végül *Hackenbroch* nem annyira a keringési viszonyok megváltoztatásában, mint a csontfúrási csatornákban bent maradó törmelékek felszívódásában és az újonan készített csatornák regenerálódásában úgynevezett élettani átépítődésre gondol és ez az új biológiai csontfolyamat vezetne a panaszok csökkenésére.

Teljes tudatában annak, hogy egy-két esetben kipróbált új eljárásból következtetést vonni nem szabad, 6 éven keresztül 32 esetben végzett műtéteknek észlelése alapján számoltam be az új eljárásról. *Röviden összefoglalva* a következőket emelhetem ki.

1. A combnyakfúrás kis beavatkozás, úgy hogy ellenjavallata alig van. Még 60 éves koron túl is elvégezhető, mert tapasztalataink szerint műtét utáni szövődmény egy esetben sem tette meggondolandóvá a műtéti kockázat kérdését.

2. Az arthritises alapon kifejlődő malum coxaek kevésbbé alkalmasak a műtétre, mint a degenerativ vagy izületi részaránytalanság következtében előállott eltorzulások.

3. A combnyakfúrás oly kevéssé változtatja meg az izület alakját és működését, hogy eredménytelenség esetén még mindig fentmarad a bevezetésben felsorolt műtéti beavatkozások lehetősége.

A kifejlődött arthrosis deformans tökéletes gyó-

gyítását azt hiszem sohasem fogjuk megoldani. Sokkal előbbre kell nyúlni ebben a kérdésben és az eltorzulás megelőzésére kell több figyemet fordítani. De az arthrosis kifejődését előidéző okok kérdésében ma még szinte megoldhatatlan problémákkal állunk szemben. Ezért ma még teljes igyekezetünkkel azon kell lennünk, hogy a kifejlődött súlyos eltorzulások okozta fájdalmakat csökkenteni tudjuk. Ahogy a régi mondás szerint sok út vezet Rómába, úgy beszámolómban azon igyekeztem, hogy az egyik ilyen és most már bő tapasztalataink alapján elég szélesre és biztosra taposott utat mások számára is hozzáférhetővé tegyem.

A Pázmány Péter Tudományegyetem orr-, gége- és fülklinikájának közleménye. (Igazgató: Lénárt Zoltán ny. r. tanár.)

Gümőkóros egyéneken végzett mandulakiirtás értéke és javalata.

Írta: *Gugi Tibor dr.* tanársegéd.

A torokban és garatmandulákban a tuberculosis nem ritka. A régebbi felfogást, mely a mandulaszövetet immunisnak tartotta a gümős fertőzéssel szemben, a későbbi vizsgálatok nem erősítették meg, sőt azt bizonyították, hogy a mandulák primaer fertőződése aránylag gyakori. Meg kell jegyezni azonban, hogy a klinikailag elsőlegesnek látszó mandulatbc. nem mindig bizonyul annak, mert gyakran áll fenn a szervezetben olyan primaer góc, többnyire a tüdőben, amelyet az élőben nem sikerül felismerni. 1931-ben a Szent László kórház sectiós anyagán *Szendey Ferenc*-cel végzett vizsgálataink alkalmával 96 eset közül 94-ben a tüdőkben találtuk meg a primaer gócot, 2 esetben pedig a bélfodor nyirokcsomóiban; a mandulákban makroskopos fajlagos elváltozást egyszer sem találtunk. A serdülés korán túl csaknem kivétel nélkül a tüdőkben található meg a gümős góc elmeszesedett állapotban. Sok közlemény számol be a mandulák elsőleges tuberculosisáról. E tekintetben a kórbonctani és klinikai felfogás nem fedik egymást. Klinikailag primaer elváltozást akkor teszünk fel, ha egyebütt fajlagos gócot nem találunk. Ismert tény azonban, hogy az épnek látszó mandulák is gyakran tartalmaznak szövettanilag kimutatható tuberculosist (latens tbc.). A fajlagos elváltozások ilyen esetekben rendszerint a krypták mélyedése körül lelhetők fel. A makroskopos elváltozások hiányát az a körülmény magyarázza, hogy a mandulaszövet az elsajtosodással szemben határozott ellenállást mutat *(Wood G.)*. Az elsajtosodás vagy szétesés hiánya mások szerint *(Stühmer)* a klinikailag jobbindulatú folyamatok (lupus) szöveti képére jellemző. Általában azonban a szövettani vizsgálat a fajlagos eredet eldöntésén kívül másról, így a folyamat primaer vagy secundaer jellegéről, nem világosít fel. A mandulák primaer fertőződését a táplálékban (tej) vagy a levegőben lévő bacillusok okozzák. A kórokozók megtelepedésére a hypertrophiás mandulaszövet fokozottan hajlamos. *Long, Seibert* és *Genzales* 4000 mandula szövettani vizsgálata alapján megfigyelték, hogy az olyan vidékről való egyéneken, hol a tbc. arányszáma nagyobb, a mandulák is fokozott arányban betegek. Ezért többen a hypertrophiás mandulák megelőző eltávolítását ajánlották a fertőzésnek jobban kitett gyermekeken. A fertőzés a mandulákból az elvezető nyirokutakon át a környéki nyirokcsomókba terjed tovább, igen gyakran a manduláknak csak szövettanilag kimutatható elváltozása mellett, sőt megállapított tény, hogy a tbc. bacillus átvándorlása nem mindig hagy kimutatható nyomokat a mandula szövetében. A mandulák megbetegedése a környéki nyirokcsomók elváltozásával együtt megfelel a *Ranke*-féle primaer complexumnak, a gümőkór első szakának. Néha klinikailag csak a nyaki nyirokcsomók kezeléssel nem befolyásolható makacs duzzanata észlelhető.

A secundaer gümőkór a mandulákon is mint miliaris gümő, infiltratum, tuberculoma vagy fekély jelentkezik, de leggyakrabban lappang, melynek kíséretében azonban nyirokcsomóduzzanatok nem mindig szoktak kifejlődni. *Caliceti* tüdőtuberculosisban elhaltak manduláiban szövettani vizsgálattal csaknem mindig talált fajlagos elváltozást. *Ormerod* 17.000 gümőkóros egyén közül csak 20-nak látott a manduláin makroskopos elváltozást, többnyire fekélyes formákban. A fertőzést rendszerint a felköhögött váladék okozza, amit az mozdít elő, hogy a tuberculosis későbbi szakában az epithel ellenállása csökken. A lymphogen terjedési mód, elsősorban az orrüreg felől, a nyirokösszeköttetések útján kevésbbé gyakori. A haematogen fertőződés inkább fiatal egyéneken fordul elő s az allergia nagymértékű fokozódása mellett a legrosszabb prognosist nyujtja.

A mandulatuberculosis tünettanában jellemzőnek kell tartani, hogy a fiatalkori isolált lymphomák, melyek nem befolyásolhatók, rendszerint mandulatuberculosis következményei. *Oppikofer* szerint különösen az állkapocsszeglet alattiak jellegzetesek, kevésbbé a submentalis vagy submandibularis tájékiak.

A betegek panaszait leggyakrabban nyelési fájdalmak jellemzik, ezek különösen akkor nagymértékűek, ha a folyamat a garatívekre is ráterjed, ami gyakran fordul elő. A beteg állapota ilyenkor gyorsan romlik és magára hagyatva, a kórjóslat a legkedvezőtlenebb. Néha, elsősorban lupusos folyamatok esetén, a panaszok csak kellemetlen szárazság vagy idegen test érzésében állanak.

A klinikailag elsőleges folyamatként megnyilvánuló, nyirokcsomóduzzanattal szövődött nyilvánvaló vagy lappangó mandulatuberculosis gyökeres kezelésében az általános állapot rendszerint nem akadály. *Lénárt* professor megfigyelését, hogy gümőkórra gyanús isolált nyaki lymphomák mandulakiirtás után igen gyakran visszafejlődnek, újabban is számos észlelet erősíti meg. Schlittler adatai szerint a bázeli klinikán operált 98 acut és chronikus nyaki lymphomás betegen az eltávolított szájpadi, ill. garatmandulákban 48 esetben találtak fajlagos elváltozást, ugyanakkor a szervezet egyéb részében sehol sem volt kóros eltérés. Ezeknek a betegeknek túlnyomó része később sem kapott gümőkórt. *Brodley* és *Bayer* 58 egyént figyeltek meg később ilyen szempontból és csak 9 esetben 16 évesnél idősebb korban láttak tüdőtuberculosist kifejlődni. A tapasztalatok szerint beteg mandulák eltávolítása későbbi tuberculosis keletkezésével nem hozható összefüggésbe. *Godrat* mint ritkaságot közli 11 éves betege esetét, kinél a bőr- és vércultura negativ volt és a gümős garatmandula eltávolítása után halálos meningitis keletkezett. *Rojas* és *Nijensohn* sokszáz jó eredmény mellett csak egy esetben láttak mandulakiirtás után miliaris gümőkórt.

A műtét feltétele, hogy minden kóros rész eltá-

volítható legyen, ha erre nincsen meg a lehetőség, az operatiónak nincsen értelme. Szükség esetén a műtétet a mandulák környékére is ki kell terjeszteni. A mandulakiirtás előtt természetesen általános vizsgálatot is kell végezni. Az állandóan nagy vagy sűrűn remittalo hőemelkedések óvatosságra intenek. *Lénárt* professor megfigyelése szerint a szaporább szívműködésű betegek rosszul tűrik a műtétet. A beteg általános állapotára következtethetünk még a vérsejtsüllyedés adataiból is. Megnyugodott tüdőfolyamat és jó erőbeli állapot esetében a mandulák gyökeres eltávolítása a legjobb gyógyeredményt nyujtja. Kellő óvatossággal azonban egyéb szervek activ folyamatakor is elvégezhető a mandulakiirtás. Mint általában is, itt még fokozottabban kell ügyelnünk arra, hogy a helyi érzéstelenítés során a tűvel ne hatoljunk a mandulába és ne sajtoljuk a fertőző mandulatatartalmat a környező szövetekbe, úgyszintén a mandulákat kíméletesen fogjuk meg és húzzuk elő, hogy elkerüljük a vér- és nyirokedények útján való fertőzés veszélyét; a vérzéscsillapításra is nagy gond fordítandó. Szükség esetén a műtétet két ülésben végezzük el. A gümőkór gyógyításában az általános erőbeli állapot javítása igen fontos, ezért a nyelési fájdalmak megszüntetése a gümős mandulák eltávolítása által kedvező hatással van a betegség lefolyására. A műtéti kockázat nem nagyobb a rendesnél, mert a sebgyógyulás alig renyhébb a rendesnél és sem az általános állapotban visszaesést, sem az egyéb szervi gócok fellobbanását vagy rosszabbodását nem szokta okozni. Egy 28 éves férfibetegünket, aki mindkét oldali tüdőtuberculosisban, izületi és vesegyulladásban szenvedett, 3 hónap óta makacs nyelési fájdalmak kínoztak. Mindkét manduláján a garatívekre is ráterjedő, szövettani vizsgálattal is igazolt gümős fekélye volt. A két ülésben végzett mandulakiirtás, valamint a garatívek kóros részének kiirtása után a láz nem fokozódott, a sebgyógyulás zavartalan volt és a második műtét után egy héttel a beteg nyelési panaszai teljesen megszűntek.

Tapasztalat szerint a gümős mandulák eltávolítása kedvező hatású lehet a tüdők állapotára. A szervezet kedvezőtlen immunbiologiai állapota azonban kizárja a műtétet, mert ilyenkor a mandulakiirtást haematogen áttétek vagy egyéb szervi gócok fokozódó izzadmányos gyulladása követhetik. *Urbantschitsch* csak haematogen (miliaris) tbc. esetén mellőzi a műtétet.

Előfordul, hogy gümőkóros betegen nem specifikus idült gyulladás miatt válik szükségessé a mandulák eltávolítása. A fertőző gócként szereplő mandulák eltávolítása egyidejű tbc. mellett éppúgy indokolt, mint fajlagos elváltozás esetében, mert a specifikus ártalom ellen küzdő szervezetre előnyös a beteg mandulák részéről fennálló ártalom megszüntetése.

Klinikánkon 15 garattuberculosisban szenvedő beteg közül hatnak volt a manduláin specifikus elváltozás és 5 esetben végeztünk mandulakiirtást.

Eseteinkben sem a lázas reactio tekintetében, sem a gyógyulásban zavarokat nem tapasztaltunk.

Összefoglalva: 1. A gümős torok- és garatmandulák gyógykezelésének egyetlen hatásos módja a mandulakiirtás.

2. A mandulakiirtás súlyosabb izzadmányos allergia vagy a helyi elváltozások nagymértékű kiterjedése esetében tilos.

3. Ilyenkor csak tüneti kezelés végezhető.

A rimaszombati állami kórház közleménye.

Spontan hypoglykaemiás betegség.

Írta: *Lelkes Zoltán dr.* kórházi osztályvezető.

A spontan hypoglykaemia ritka, bár az irodalomban elég gyakran szerepel. A közölt esetek symptomatologiája igen változatos s az egyszerű gyengeségi állapotoktól a görcsös eszméletzavarokig a hypoglykaemiás és egyéb tünetek egész sora szerepel s a betegek egy része cukorbevitelre jól reagált, mások ennek ellenére is elpusztultak. Azokban az esetekben, amelyek boncolásra kerültek, különböző anatomiai elváltozások derültek ki: így Herbert Fischbach adatai szerint legnagyobbrészt pancreasszigetadenoma, de szerepel tömlős daganat a hypophysis elülső lebenyében (Marx), vese tbc (Wadi), hypophysär kachexiás tünetcsoport (Petterson) is.

Ezek szerint úgy látszik, hogy a hypoglykaemiák oka különféle lehet, jóllehet az esetek nagyobb részében a kimutatható elváltozás pankreas-szigeadenoma volt.

A mi esetünkbes egy 46 éves asszonyról van szó, akinek kórelőzménye a következő: már két évvel ezelőtt hetenként egyszer-kétszer körülbelül 5—10 percig tartó szédülési ronamai támadtak, ami pihenés után megszűnt. Pár hónap mulva baja fokozódott, órákig gyenge, munkaképtelen, majd egy ízben egész délután eszméletlen volt. Orvosa ekkor encephalis-szel vette kezelés alá, melynek folyamán egy hétig csaknem állandóan eszméletlen, alig táplálkozik. Ekkor kórházba került, ahol ugyancsak encephalitisnek tartották s a három heti ápolási idő alatt körülbelül két hétig eszméletzavarokkal küzdött, majd javultan távozott. Utána körülbelül egy évig reggel némelykor zavart vagy nem lehet álmából felébreszteni s az ilyen soporosus állapot napokig is eltartott. Ekkor került kórházunkba felvételre. Elmondja, hogy egy év óta hajnalban éhséget érez, majd reszketni kezd, elveszti eszméletét és csaknem egész napon át eszméletlenül fekszik. Ez az állapot párnapos szünetekkel gyakran ismétlődik, de ha kora reggel táplálékot vesz fel, a rosszullét elmarad.

Közepesen fejlett, jól táplált nő. Kissé nagyot hall, de dobhártya lelete negativ. Intelligenciája csökkent. Physikalis vizsgálattal kóros eltérés nem mutatható ki. Láztalan. Mensese pár hónappal ezelőtt két ízben elmaradt, egy hónapban pedig kétszer jelentkezett, amely rendellenességektől eltekintve, máskor zavartalan. Vizelet: ∅, vérnyomása 145/105 Hg. mm. Vérkép: vvs: 4,300.000, fvs: 6000, hgb: 95, Schilling: Ju: ∅, St: 1, Se: 54, Eo: 2, Ba: ∅, Mo: 3, Ly: 40. Próbareggeli normális értéket mutat. Mellkas Rtg: normális lelet. Gyomor Rtg: süllyedt gyomor, peristaltika nem látható, lassú ürülés. Westergreen: 1/12, 2/31. A vércukra ismételt vizsgálat mellett is igen alacsony, egy ízben 45 mg%, máskor 38 mg%. Az előzmények, valamint a vércukor vizsgálata alapján hypoglykaemiára gondolunk.

Ettől kezdve hajnalban, amikor gyengeségi érzése támad, cukros teát iszik, mire a rosszullétek elmaradnak. Néhány ízben estétől reggelig semmi táplálékot nem adunk, ilyenkor kora reggel szédülés, gyengeség, reszketés jelentkezik majd tonicoclonicus görcsök jelentkeznek, eszméletét teljesen elveszti. Vércukra egy ilyen alkalommal 38 mg%. Ez az állapot 20 cm³ 40%-os dextrose-ra perceken belül megszűnik. Ezek szerint kétségtelen, hogy a bántalom oka hypoglykaemia. Hónapokig tartó megfigyelése alatt láztalan és az említett zavaroktól eltekintve általában jól érzi magát. Egyízben látási zavarokról panaszkodott, ami később megszűnt.

Mint az irodalmi adatokból láttuk, a spontan hypoglykaemiát a legtöbb esetben pankreas-andenomákkal magyarázzák, mely esetben felteszik, hogy a fokozott insulintermelés a bántalom közvetlen előidézője. Sőt *Heupke* és *Obert* véleménye szerint a

fokozott insulinelválasztás és nem maga a hypoglykaemia a tünetek előidézője, mert például glykogenbetegségben a vércukor szerint alacsony és hypoglykaemiás tünetcsoport mégsem fordul elő. Ezen utóbbi felfogást nem fogadhatjuk el kritika nélkül, mert tudjuk, hogy a hypoglykaemiás tünetek csak igen alacsony vércukorszinten jelentkeznek, 45 mg% körül, ahol még az egyéni különbségek is kifejeződnek.

Általánosan ismert körülmény, hogy az insulin és az adrenalin a vércukorszint szabályozásában egymással ellentétes szerepet játszik. Minden hyperglykaemia fokozza az insulintermelést *(Staub)*, mégpedig ugy látszik idegek közreműködése nélkül is és a fokozott insulin-hatásra csökken a glykogenolysis a májban, nő a máj glykogentartalma, fokozódik a cukor oxydatiója az izmokban. Az adrenalin pedig a glykogenolysist fokozza, mégpedig ugyancsak nem ideg-úton, hanem a májsejtekre gyakorolt közvetlen peripheriás hatás útján. Sőt minden adrenalinhyperglykaemia maga is fokozza az insulinelválasztást, ami a hyperglykaemia lezajlása után hypoglykaemiára vezet. Ugyanígy fokozza az insulinhypoglykaemia a splanchnikusok útján a mellékvesék működését is. Ezt a mechanismust a diencephalonban feltételezett cukorközpont szabályozza, aminek természetes ingere a vércukorszint ingadozása. Ez a központ hypoglykaemia esetén részben közvetlenül a májhoz vezető idegek útján indít meg fokozott glykogenbontást a májban, részben pedig a splanchnikusok útján ingerli a mellékvesék működését, mire a vérbe jutó nagyobb mennyiségű andrenalin ugyan arra az eredményre vezet. Hyperglykaemia esetén pedig úgy látszik a vagusoknak is lehet valamely befolyásuk az insulin elválasztására.

Ezek alapján megpróbáltuk betegünk hypoglykaemiás tüneteit adrenalinnal befolyásolni. Minthogy a legtöbb esetben már éjfél után jelentkezett a gyengeség és ilyenkor cukros teát fogyaszt, először ezen éjtszakai cukorfelvételt helyettesítettük 1 mg adrenalinnal. Ilyen esetben közérzete hamarosan megjavult s a hypoglykaemiás tünetegyüttes reggelig nem jelentkezett. A következő alkalommal estétől reggelig semmi táplálékot nem adtunk és megvártuk a hypoglykaemiás tüneteket. Reggel 6 óra tájban elvesztette eszméletét, izomremegés támadt. Amikor 1 mg. adrenalint adtunk sc. 10 perc mulva újból visszanyerte eszméletét, a remegés is megszűnt, de továbbra is gyengének érezte magát, éhségről panaszkodott, ami még egy óra mulva sem szűnt meg. Ekkor elfogyasztotta reggelijét, mire zavartalan, jó közérzete is visszatért.

Ezek alapján feltettük, hogy esetünkben az adrenalin-insulin egyensúlyzavara forog fenn. Ennek oka azonban nem állapítható meg. Pankreastumor nem mutatható ki, ami azonban kisebb adenomák jelenlétét nem zárja ki. A fokozott insulintermelés mellett a másik lehetőség lehet a mellékvesék működésének csökkenése. Igaz, hogy mellékvese elégtelenségre utaló tünetek nincsenek, de lehet, hogy az adrenalin incretiójának kisebbfokú zavara is már az adrenalin-insulin egyensúly felbomlására vezet. Ennek oka a mellékvesék, a spanchnikusok, vagy a cukorközpont betegsége lehet, amikor is megfelelő szabályzó ingerületek nem juthatnak érvényre. Ilyen központi bántalomra lehet következtetni betegünk csökkent szellemi működéséből, valamint hallászavarából is.

A koponya Rtg. felvétele hypophysis elvátozást nem mutat, a hószám kis fokú zavara pedig a már korábban jelentkezett hypoglykaemiás tünetekkel összefüggésbe nem hozható.

Fenti fejtegetések alapján feltételezzük, hogy esetünkben a hypoglykaemia oka valamely központi bántalom lehet, erre enged következtetni az intelligentia csökkenése, a hallás és látás múló zavara. A hypoglykaemiás syndromát pedig csak az alacsony vércukorszint váltja ki, nem pedig a fokozott mértékben elválasztott insulin valamely toxikus hatása, mert betegünk állandóan hypoglykaemiás, de legtöbbször minden klinikai tünet nélkül, a hypoglykaemiás eszméletlenség és görcsök pedig cukorbevitellel mindig megszűntethetők.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

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

A tüdők öregkori betegségei. *Parade.* (Wien. kl. Wschr. 1941. 50. sz.) Öregkorban a halálokok között a keringési szervek betegsége és a neoplasmák után a tüdő betegségeinek van legnagyobb szerepe. Ezek között is legfontosabban az öregkori emphysema és tüdőgyulladás. Öregkori emphysemánál elsődleges a tüdő szövetének atrophiája. A tágult tüdőben a rossz keringési viszonyok, hibás gázcsere és a csillószőrös hám degeneratiója folytán fertőző csirok könnyebben telepednek meg, könnyebben keletkezik bronchitis és pneumonia. Az öregkori pneumonia a szervezet reactiókészségének csökkenése miatt — éppen úgy, mint a csecsemőkori — alattomosan fejlődik ki, sokszor a pulmonalis sepsis képében zajlik le, therapiásan rosszul befolyásolható és igen nagy százalékban halálra vezet. (B. 5.)

Vidra József dr.

Az idiopathiás spontan-penumothorax kezelése. *Brunner.* (Schw. med. Wschr. 1941. 42. sz.) Spontanpneumothorax nemcsak tbc-s alapon, hanem bullosus emphysema esetén a körülírt hólyag megrepedése folytán is létrejöhet. Kezelésében túlnyomásos pneumothorax mellett fájdalom és dyspnoe esetén gyors nyomásmentesítésről kell gondoskodnunk, leghelyesebben elől az I. vagy II. bordaközben beszúrva. Sokszor azonban ventildrainaget kell alkalmaznunk, mert az intrapleuralis tér újból feltöltődik. Keletkezés mechanizmusánál fogva köhögéscsillapítás fontos. Ha nagyobb légszomj nem áll fent, +1–+3 víz cm túlnyomásra kell beállítanunk, mert erősebb negativ nyomásnál ismét levegő áramlik be és a nyílás nem tud összegyógyulni. Ha a fistula behegedt, ellentétben a tbc. eredetűvel, itt leszívással gyorsíthatjuk a gyógyulást. Túlnyomás mellett is nyitva maradhat a fistula, ha hegesedik, vagy ha egy köteg húzza ki. Ez esetben thorakoskopia segítségével megkeresve, a köteg átvágása, illetőleg a hólyag égetése megszünteti az előidéző okot. Ha a nyílást nem találjuk, művi exsudatum intrapleuralisan adott 50%-os cukoroldattal megindíthatja a gyógyulási folyamatot. Tátongó fistulánál tartós szívó drainaget alkalmazzunk. (B. 3.)

Csik Ferenc dr.

FAGIFOR „CITO"

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lacto-kreosot-syrup

Ideális enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

lag orig. P 2·35, pénzt. csom. P 1·01

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

CITO gyógyszervegyészeti gyár

Budapest, XIV., Lengyel utca 33.

SEBÉSZET

Rovatvezető: *ifj. Verebélyi Tibor* és *Fedeles László.*

A keringés viselkedéséről gerincvelőérzéstelenítéskor. *Schneider.* (Arch. klin. Chir. 201. 2.) Miután a gerincvelőérzéstelenítésnek még mindig elég magas a halálozása, nagyszámú kísérletet végzett ennek tisztázására. Eredményei a következők: az említett érzéstelenítő eljárásnál főleg a vér elosztása változik meg, érbénulás folytán, mely nemcsak az arteriákra, hanem a vivőerekre is vonatkozik, tulajdonképpen a saját keringésrendszerében vérzik el a beteg. A vér nagyobb része a bőr-, izomrendszerben helyezkedik el főleg az alsó végtagokban, míg a splanchnikus területe vérben szegénnyé válik. Kezelésére a peripherián támadó szerek a legalkalmasabbak, valamint transfusio és infusiók. (F. 80.)

Fedeles László dr.

A nagycseplesz megcsavarodásáról. *Hatta.* (Arch. klin. Chir. 201. 2. A nagycseplesz megcsavarodása tünetileg két szakaszban játszódik le. Az elsőben, mely a folyamat bekövetkezése után a 3. napon következik be, a megcsavarodás tünetei dominálnak, a másodikban, mely napok mulva következik be, a szövődmények tünetei a jellemzők. A kórismézésnél ezen körülményre tekintettel kell lenni. Ahhoz, hogy a tünetek bekövetkezzenek, a megcsavarodásnak bizonyos minimális fokot kell elérnie; a csepleszben bekövetkező arteriás és vénás elváltozások arányban állanak a megcsavarodás szögének nagyságával. Az exsudatum keletkezésében a csepleszben lévő bakteriumok nagy szerepet játszanak. Szerinte a torsiót nem lehet a Payr által felállított haemodynamiás elmélettel megmagyarázni. (F. 81.)

Fedeles László dr.

Az alszáresontok gennyes fertőzéséről. *Suzuki.* (Arch. klin. Chir. 201. 2.) A szerzőnek sikerült tengerimalacokon kísérleti úton gennyes fertőzést előidézni csontokon és azt hosszú időn át megfigyelni. Vizsgálati eredményei a következők: A hämatogén folyamatok kedvenc előfordulási helye nemcsak a metaphysis, mint azt eddig hitték, hanem a diaphysis is. Az allergiás állapotban levő malacoknál a folyamat a velőben, míg a hasüregen át fertőzött állatoknál inkább a csontban magában kezdődik. A periosteum és felületes csonttályog mint exostosis gyógyul. Ha a bakteriumok virulenciája kisebb, úgy a folyamat hegesedéssel gyógyul, esetleg az ú. n. Brodi-féle tályog keletkezik. Az epiphysis velőállományából kiinduló tályog a metaphysisével azonos lefolyást mutat. A velő gennygóca körül hyperämiás terület nem keletkezik eltérőleg az összes többi szervekétől. (F. 82.)

Fedeles László dr.

Az átfúródott féregnyúlványlob kezeléséről. *Nahrath.* (Arch. klin. Chir. 201. 2.) Nagyobb anyagon szerzett tapasztalatait a következőkben foglalja össze. A heveny nem átfúródott appendicitisnél a kezelés a féregnyúlvány eltávolítása. Az átfúródott és körülírt vagy kiterjedtebb hashártyagyulladással járó appendicitisek kezelése conservativ. Az igen gyorsan terjedő és gyorsan általánossá váló peritonitiseknél az első 12 órában a kezelés appendectomia, ezután azonban ismét conservativ. Kétes esetben inkább próbalapatomia végzendő. A conservativ kezelés folyamán keletkező tályogok később helyi érzéstelenítésben lesznek megnyitva. A féregnyúlványt 8—12 hét után, midőn már az összes tünetek lezajlottak, távolítja el. (F. 84.)

Fedeles László dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

Átmeneti rövidlátás albucid-kezelés után. *Steffen.* (Klin. Mbl. Aug. 1941. május, 597.) Húgycsőkankó miatt végzett sulfamid-kezelés során egyik beteg 14 napi szünet után újabb albuzid »lökés«-t kapott, azonban már az első tabletták után látászavar lépett fel. Az eddigi —1,0D-ás szemüveg helyett —3,5D-ás kellett a teljes látóélességhez. Az albuzid azonnali elhagyása után már a 2-ik napon jelentős javulás és 4. napon teljes restitutio ad integr. Atropinozás után bebizonyosodott, hogy lencse-myopiáról van szó. A sulfamid-túladagolás korai jelének kell tekinteni, főként akkor, ha a »lökés« megismétlése esetében jelentkezik. (G. 60.)

Lugossy Gyula dr.

Menstruatióval és klimakteriummal kapcsolatos szemhéjoedema hormonkezelése. *Gutzeit.* (Klin. Mbl. Aug. 1941. ápr. 477.) 3 betege esetében a kétoldali szemhéjoedema hirtelen lépett fel és a petefészek elégtelenségén kívül más okkal nem lehetett összefüggésbe hozni. Folliculus-hormont tartalmazó kenőcs helyi bedörzsölése és tabletta peroralis használata gyors és végleges gyógyulást eredményezett. (G. 59.)

Lugossy Gyula dr.

A sugarastest Vogt-féle diathermiás kezeléséről. *Gasteiger.* (Klin. Mbl. Aug. 1941. jul.) Vogt nyomán szerző reménytelennek látszó zöldhályogosai esetében 60 mA áramerősséggel diathermiás beszúrásokat (50—100) végzett a sugártest egy szakaszán. 18 nagyrészt malignus és makacs zöldhályogos szem esetében — 5 kivételével — sikerült a tensio normalizálása és a látás megmentése. Eltünt csarnok és magas feszülés, továbbá más beavatkozás eredménytelensége esetében különösen előnyös ez a műtét. Hasonlóképpen oly betegek esetében is, akiken a csekély látás és látótér miatt tilos egyéb műtétet végezni. Legtöbbször megelőzően végzett más műtét után került sor a Vogt-féle operációra, de első műtétként is végezhető; főként a hályogkivonás utáni másodlagos zöldhályog esetében. (G. 72.)

Lugossy Gyula dr.

A sérüléses üvegtestleválás klinikumához. *Finta.* (Klin. Mbl. Aug. 1941 júl.) Sokszor igen nehéz annak eldöntése, hogy a sérülés okozta-e valóban az üvegtestleválást, vagy pedig a sérülés csak kiváltó okként szerepelt. *Rieger* szerint ugyanis gyulladásos folyamatok játsszák a főszerepet a leválás előidézésében. Ezért minden üvegtestleválás esetében fog-, orr-, gége-, fül-, stb. szakorvosi vizsgálat igénybevételével tisztázni kell, hogy nincs-e valamilyen gyulladásos folyamat a szervezetben, amely üvegtesti elváltozást okozhat. Szerző 2 esetében a sérülést kellett az üvegtestleválás okának tekinteni; mégpedig egyik betegénél a kétoldali leválást indirekt, 2-nál az egyoldali felső tölcsérszerű leválást direkt trauma okozta. Az üvegtestleválás nem jár okvetlenül látóhártyaleválással, de mindenesetre praedispositiót jelent. Ha ugyanis a legcsekélyebb összenövés jön létre valahol az üvegtest és retina között, a legkisebb trauma elegendő lehet az ideghártyaszakadás, ill. leválás bekövetkezéséhez. Ezért az ilyen betegeket el kell tiltani a sérülés veszélyeinek kitett munkától és sportágaktól. (G. 74.)

A kúszó szarufekély teljes kötőhártyafedéssel kezelése. *Miklós.* (Klin. Mbl. Aug. 1941. aug.). Az első pillanatban kockázatosnak látszó módszer a szerző 25 esetében minden tekintetben beváltotta a hozzáfűzött reményeket. Kis fekély esetében 1—2 napig megkísérelhető a szokásos konzervatív therápia; ennek eredménytelensége, valamint elhanyagolt, súlyos esetekben a

Influenza és egyéb meghűléses betegségeknél

BAYER »Behringwerke« Leverkusen eljárása szerint

OMNADIN

Gyártja:
Magyar Pharma Gyógyáru Rt.
Budapest—Kolozsvár

a védekező erők gyors és tartós fokozására

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

fekély alapjának és haladó szélének Meyhöffer-kanállal való alapos lekaparása után teljes kötőhártyafedés. Célszerű a limbus alatt 2—2.5 mm-rel 3—4 helyen lehorgonyzó varrattal az inhártyához rögzíteni a felfejtett és felülről a szarura ráhúzott kötőhártyakötényt. Az ilymódon befedett szaru gyorsabb gyógyulását a megjavult anyagcsere miatt jobb táplálkozási viszonyok, az immunanyagok megszaporodása és az újabb fertőződés lehetetlenné válása magyarázza. Ambulanter is elvégezhető a műtét. 6—8 hét mulva történik a kötőhártyakötény lefejtése a szolíd szaruhegről. Egy másik alkalommal rákerülhet a sor a sphincterectomiára. Érdekes és még magyarázatra szorul a kötény lefejtése utáni 1—2-ik napon fellépő 1—2 mm hypopyon, amit 1—2 heteroprotein inj. hamarosan eltüntet. (G. 73.)

Lugossy Gyula dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő.*

Lázkezelés következtében fellépő herpes simplex. *F. M. Keddie, R. B. Rees, N. Epstein.* (The Journal of the Amer. Med. Ass. 1941. No. 16.) 321 lázkezelésben részesített beteg közül 227-nél (70.7%) lépett fel complicatióként herpes simplex, túlnyomórészben az első kezelés után 24—36 órával. Nem és kor nem játszottak szerepet, a 40—41° közötti láz gyakrabban váltotta ki, mint 1°-kal alacsonyabb. 206 esetben az ajkakon, 62 alkalommal az orron jelentkezett, néhányszor a szájban, állon és arcon is. 7—10 napon belül gyógyult. (Sz. 2.)

Horváth Dénes dr.

Adatok a pyodermiás megbetegedések számának emelkedéséhez, különös tekintettel a háborús viszonyokra. *W. Glass.* (Wiener Med. Wschr. 1941. 45.) Szerző összehasonlítja az elmult háborús hónapok genyes bőrbetegségének számát a háborúelőtti időkével szemben. Ebből kitűnik, hogy a pyodermiák az 1940-es évben, szemben az 1938-as évvel, 25%-os emelkedést mutattak, mégpedig 16.353 új beteg közül 1938-ban 1142 (6.98%) szenvedett genyes bőrbetgségben, szemben az 1940-ik év adataival, amikor 16.167 új beteg közül 1478, vagyis 9.08% volt pyodermiás. Ezek között staphylo- és streptogen impetigo 1938-ban 31.4% (359 eset). 1940-ben pedig 50.7% (751 eset) volt, vagyis 392 esettel több csaknem ugyanazon betegforgalom mellett. Évszakonkénti ingadozást is észlelt, amennyiben a legerősebbnek az emelkedést nyár végén és ősz elején találta. Ezekkel szemben a mély staphylogen bőrbetegségek (furunculus, carbunculus, furunculosis) jelentősen csökkentek, mert míg 1938-ban 304 ilyen beteget kezeltek, 1940-ben csak 225 beteget. Végül rámutatott a modern bőrtisztítószerek és különösen a sulfamid-készítmények therapiás jelentőségére. (Sz. 1.)

P. Nyáry Lenke dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Der Myokardinfarkt, Erkennung, Behandlung und Verhütung. *M. Hochrein.* (2. bővített és javított kiadás. VIII. 278 lap, 58 ábra. Kreislauf-Bücherei Bd. 1. Steinkopf, Dresden und Leipzig, 1941. Ára 12.75 Márka.)

E könyvnek első kiadását ezen folyóirat 1937. évfolyamának 25. számában ismertettem. A most megjelent 2. kiadás igen lényegesen bővült és a szerző szívinfarctus-eseteinek száma is azóta megkétszereződött, 600-ra emelkedett. A szerzőnek igen nagy tapasztalata teszi különösen értékessé könyvét, melyben számos kórtörténet közlésével megvilágítja az eseteknek sokféle tünetcsoportját és különböző lefolyását. A koszorúserek bonctanának ismertetése után részben saját vizsgálatai alapján foglalkozik ezen erek élettanával, majd összefoglalja a szívinfarctus kórfejlődésére vonatkozó ismereteinket és áttér annak tünettanára. Igen behatóan foglalkozik az atypusos kórképekkel és a szívinfarctus elkülönítő kórjelzésével. A gyógyítás fejezetében először az általános szempontokat, majd a különleges szabályokat ismerteti és végül a szívinfarctus megelőzésével foglalkozik. Saját megfigyelésein kívül felhasználja ezen betegség igen nagy irodalmát is és ennek két ívre terjedő jegyzékét adja a könyv végén. A munka gazdag tartalmából csak néhány különösen figyelemre méltó részletet említek. A szívinfarctus kórfejlődését illetőleg a szerző szerint ma már általánosságban nem helytálló az a nézet, hogy a sklerosis alapján keletkezett rögösödés vezet infarctushoz, mert ennek keletkezésében kétségtelenül szerepelnek idegrendszeri behatások is, amelyek érgörcsöt vagy csekélyebb vasomotoros coronariainsufficientiát okoznak. Nem a nagy vérnyomás, hanem a hypertoniás betegek neurocirculatiós dystoniája hajlamosít szívinfarctusra és a hypotoniás betegeken a vagotoniának van ugyanilyen hatása. Ez a felfogás érvényesül a szívinfarctus megelőzését tárgyaló fejezetben, melyben főleg a célszerű életmóddal foglalkozik, mert ez a beteg testi és lelki reactióinak tekintetbevételével megjavíthatja a szív vérkeringését. A gyógyítást illetőleg csak azt említem meg, hogy csak szívgyengeség esetén ad digitalist vagy strophantint. A nagy tapasztalatú lipcsei poliklinikus ezen kiváló munkája mindazoknak érdeklődésére számíthat, akik ezen gyakori és súlyos betegségről megbízható tájékoztatást nyerni óhajtanak.

Herzog professor.

Szikrakörös rövidhullámú készüléket keresek megvételre kézalatt. Ajánlatokat kérem dr. Molnár Elek, Kőröshegy címre.

EXHEPAR
NAGYHATÁSÚ FÁJDALMATLAN MÁJ-INJEKCIÓ
CERTA
„CERTA“ Gyógyszerészeti Laboratórium R. T., Budapest.

Orvosi élmények Belga-Kongóban.

Irta: *Scheitz László dr.*

III. Közlemény.

Lévén egyedüli orvos, a *szülészeti teendők és műtétek* elvégzése is rám hárult. A néger asszonyokat csak nagyon nehezen lehetett rávenni arra, hogy a kórházban szüljenek. Legszívesebben a táborban maradtak és a szülés órájában bementek az erdőbe egyedül vagy egy-két, lehetőleg azonos törzsbeli asszonnyal. Hogy miként folyt le egy ilyen szülés, nem tudom, mert ezt is, mint minden annyi mást, mélységes titok fedte. A bennszülöttek lelkivilágába, babonájukba, különleges törzsi szokásaikba behatoli csak nagyon ritkán sikerül. Vannak törzseék, hol az asszonyok csak a törzs faluiban szülhetnek. Ezek képesek hónapokig vándorolni, hogy a szülés idejére hazaérjenek. Érthető, hogy ezért a szövődményes eseteket majdnem mindig elkésve kaptuk meg. Szülés után a néger nő felkel és mintha mi sem történt volna, tesz-vesz a ház körül. Fogóműtét vagy fordítás után is pár óra pihenés mulva ijedten láttam betegeimet járkálni a kórház udvarán. Itt említem meg azt a kevesek által ismert dolgot, hogy az újszülött néger gyermek bőre fehér. Nem rózsaszínesen fehér, hanem kissé kreolos és mindegyiknek sűrű, göndör haja van. A kis néger bőre lassan feketedik és 8—10 nap mulva szép csokoládébarna már és be kell valljam, sokkal szebb fényes, sötétbarna bőrével, mint a mi rózsaszínű vagy vörös csecsemőink.

Az európai orvost kezdetben nagyon zavarja a sötét bőrszín, kiütések, sárgaság stb. felismerésében, de később már észreveszi a sötét bőr árnyalati különbségeit. Mert bár kissé hihetetlenül hangzik, a sötét bőrön is meglátszik a vérszegénység, a hamuszürke arcszín, a vérbőség stb. A göndör hajszál kisímulása négereknél a kahaexia jele. Volt alkalmam látni teljesen albino négert. Ezeknek bőrében a pigmenthiány oly nagyfokú, hogy fehérebbek, mint mi. Hajuk, szempillájuk szőke, állandó kötőhártyagyulladásuk van, csenevészek, nem ellentállók és korán, rendszerint gyermekkorukban elpusztulnak.

Általánosságban úgy tudják, hogy a négereknek remek és hibátlan *fogazatuk* van. Soha életemben annyi szúvas fogat és rossz gyökeret nem láttam, mint ott. Ezen tévhit magyarázata valószínűleg az, hogy a fekete arc keretében a még fogkővel fedett fogak is fehéren villogónak látszanak. Egyes törzseknél szokás, a metszőfogakat háromszögletűre hegyezve lereszelni.

A *csecsemőhalandóság* nagyon nagy. Ennek főoka a rossz egészségügyi viszonyokban és a helytelen táplálkozásban rejlik. A néger csecsemőt anyja felköti a hátára és így megy dolgozni, vásárolni a szomszéd faluba, beszélgetni stb. A gyerek széke, vizelete anyja hátára csurog, de ez a gondos mamát egyáltalában nem zavarja. A gyereket süti a nap, veri az eső, belepik a legyek és szúnyogok, ha meg sír, szopni kap. És szopni kap 3 éves korában is, ha akar, de viszont 3 hónapos korában már banánt, patatgyökeret rágcsál és le is nyeli. Mihelyst járni kezd, mindenbe belelép és mindent a szájába vesz. Hogy mindezeknek következményei a hörghurut, a bélhurut, a korai malária és a bélférgek, az természetes.

Genykeltő kórokozók által előidézett *furunkulusok, tályogok, kötőszöveti lobok* gyakoriak, de jól és gyorsan gyógyulnak. Általában véve a négerek a sebfertőzéssel szemben ellentállók. Többször gyógyultak meg olyan darabos, nyilt törések, melyek itt nálunk biztosan végtagcsonkolással végződtek volna. Az alszár nagy részére kiterjedő trópusi fekélyek, lábmykosisok, elephanthiasis esetében azonban gyakran nem maradt más hátra, mint a csonkolás.

A lábak körme alá és a talpba befúródó *homoki bolhát* sajátmaguk operálták ki tűvel vagy késheggyel, sokkal ügyesebben, mint mi. Éppen ezért magam is ezen kellemetlen vendégek eltávolítását inkább a boyomra bíztam és nem kollégáimra. Jó borravaló tudatában minden esetben szépen kipiszkálta a lábamból a homoki bolhát.

Igen gyakori a bennszülötteknél a *lágyéksérv*, ritkább a *combsérv*. A trópusi *herezacskósérvek* elképesztő nagysága közismert. Nekem, hála Istennek, ritkán volt ilyen díszpéldányokhoz szerencsém. A sérvműtéteket néha nagyon megnehezítik a filariosis okozta lágyéki mirigycsomók duzzanatai és a cystái. Ezek környezetükkel erősen összekapaszkodottak és így a kikészítést fáradságossá teszik, megnehezítve a tájékozódást.

DIALGIN capsula és kúp:
megbizható antipyreticum és antirheumaticum. — 10 capsula ára P 2.— 5 kúp ára P 2.50
EXPECTIN sol: expectorans, köhögésnél, rekedtségnél ipecacuanha helyett. — 1 üveg 10 gr. ára . . . P 2.20
TROMBOGEN inj.: varix és haemorrhoidalis csomók kezeléséhez. — 3 amp. á 3 ccm ára P 2.10
Gyártja és forgalomba hozza:
DIACHEMIA
STRAUB SÁNDOR
GYÓGYSZERÉSZETI ÉS VEGYÉSZETI LABORATORIUM, BUDAPEST, VI., TERÉZ-KRT. 27

Egy alkalommal 8—10 sérvet operáltam pár napon belül. Mindegyik zavartalanul meggyógyult, kivéve egy idősebb négert, aki egy hatalmas vérömlenyt kapott. Egyik reggel bemegyek a sebészi kórterembe és mit látok! A vérömlenyes beteg ágya mellett egy nő kuporog a földön és nyakánál fogva oda van kötve az ágy lábához. Ezen a furcsaságon, az akkor már eléggé edzett afrikai felfogásom ellenére is, megdöbbentem egy kissé és megkérdeztem a beteget, mi legyen ennek az oka? »Oh, Muganga — szólt a néger — ez a gonosz asszony, az én feleségem, el akart engem veszejteni. Minden este ellopta vizeletemet és a szomszéd faluba vitte a varázslóhoz. Ezért nem gyógyult az én sebem meg, úgy mint a többieké és ezért lettem én mindennap gyengébb és gyengébb. Talán meg is halok, ha tegnap este nem megyek utána az erdőbe s nem hozom ide vissza. Idekötöztem jól az ágyamhoz, hogy ne tudjon csinálni semmit ellenem.« Miután azonban az ágyhoz madzagolt hitestárs még egy afrikai kórházban is feltűnő jelenség, más módon igyekeztem az aggódó feleség, kétségtelenül bűnös, bár veszélytelen manipulációit megakadályozni.

A gyakori sérv gyakori kizáródással járt természetesen együtt. Csudálatos, hogy néhány néger az ezzel járó fájdalmakat és shockot fel sem vette és néha kilométereket gyalogolva jöttek be a kórházba, kizárt sérvvel és üszkös belekkel.

A *maláriás lép repedései* rendszerint elkésve érkeznek az orvoshoz. A lép kiirtása különben is nagyon kérdéses megoldás. Ezeket, a néha 10—15-szörösre megnagyobbodott és összenőtt lépeket kiirtani nagyon nehéz. Ha pedig a beteg kiállotta a vérveszteséget és a műtétet, egyik maláriás rohamot kapja a másik után és ebbe pusztul el. Magam egy esetet operáltam csak. Műtét közben visszaemlékeztem Dubois professzor szavaira, ki a lép kiirtását ilyen esetben szintén céltalannak minősítette. Szorosan kitamponáltam tehát a repedést és véletlen szerencse folytán a vérzés elállt és a beteg meggyógyult.

Aránylag sokszor operáltam *megcsavarodott megacolont*. A megacolon gyakoriságát valószínűleg a növényi táplálkozás okozza. Húst a néger csak ritkán eszik, mert nehezen jut hozzá, bár nagyon szereti. Így hát banán, patat-gyökér, manióka-levél, stb. képezi főtáplálékát.

Több colloid golyvát operáltam, de Basedowot nem láttam. Gyomorfekélyt, féregnyúlványgyulladást nem észleltem. Egyik belga kollégám említette, hogy boncolásnál véletlen leletként epekőre bukkant. Vese- és hólyagkövet szintén nem láttam és említeni sem hallottam.

Itt szólok *egy rejtélyes hashártyagyulladásról*, melynek oka minden esetben az alsó ileumkacs átfúródása volt. Bevallom, hogy az első ilyen eseteket elnéztem, a betegeknél ugyanis hiányoztak a hashártyalob ismeretes tünetei. Nem volt défense, járkáltak, üldögéltek, egy kicsit fájlalták a hasukat, egy kicsit a fejüket, néha elesettek voltak, nem hánytak, székük volt, de eligazodni rajtuk csak a boncolásnál tudtam — illetve akkor sem. Mert ma sem tudom, miért fúródott át ennek a négy betegnek az alsó ileumkacsa. Egyik ápoló azt mondta, hogy ez a betegség akkor fordul elő, mikor sáskajárás van és a négerek sok sáskát esznek. Ez sem adott, legalábbis erőművileg magyarázatot, mert a sáskának kemény chitines fejét, lábait nem eszik meg, csak a potrohát olajban megpirítva. Ez pedig puha ropogós és olyan íze van, mint a friss tepertyűnek.

A négerek a műtéti beavatkozásoktól nem féltek. Sőt egy bizonyos fokig talán nagyobb bizalommal viseltettek a késsel szemben, mint a gyógyszeres kezelés iránt. A műtéteket leggyakrabban gerincvelő-érzéstelenítésben tropacocainnal vagy aether altatásban végeztem. Gerincvelő-érzéstelenítéskor soha a legkisebb zavart sem tapasztaltam. Kötözések, törés-helyretevések fájdalmait kétségtelenül jobban birták, mint mi, de azért közöttük is voltak érzékenyebbek.

A forró égöv alatt, a sok közegészségügyi tennivaló mellett, még nagyon sok felfedezni való is vár arra az orvosra, aki jó felkészültséggel és lelkesedéssel megy oda, összekötve sorsát a legszebb földrésszel — Afrikával.

A magyar tbc.-orvosok kongresszusa B.-Kenesén (jan. 3—6.) a Székesfővárosi Alkalmazottak Segítőalapjának Üdülőjében.

Ezek a balatonkenesei tuberculosis-napok közegészségügyi szempontból ma már hagyományosan jelentős eredményűek.

Az, hogy eddig minden alkalommal az első naptól az utolsóig résztvett azokon *Johan Béla* államtitkár úr s meghallgatta és megválaszolta a hozzá intézett kérdéseket, eredményessé tette mindig a kongresszus munkáját s olyan intézkedésekre vezetett, amelyeknek hasznát látta a köz. A személyes megbeszélések és vélemények kicserélésének lehetősége nagyban elősegíti a tuberculosis elleni küzdelem terén az egységes álláspont és egységes munkarend kialakulását.

Az elnökség minden évben olyan témákat is ki szokott tűzni megvitatásra, — így az idén a sebészi tuberculosis therapiáját — amellyel biztosítja más szakorvosok bekapcsolását és részvételét is. Eddig még minden évben sikerült a honvédorvosi kar megjelentését és activ szereplését biztosítani, ami *Frank Richárd dr.* vezérőrnagyorvos úrnak köszönhető, aki a honvédorvosi kar továbbképzésére, a tuberculosis

ANARA-CHINOIN
gőzeinek beszippantása azonnal enyhíti a nátha tüneteit!
Használatrakész specialis tubus!

elleni küzdelemben együttműködésére mindig nagy súlyt helyezett.

A kongresszus első napján »*A Monaldi-féle cavernapunctio és eddigi eredményei*«-nek kérdése került megvitatásra. Az a körülmény, hogy rövid két év alatt több ízben s most itt is tárgyalásra tüzetett ki a tbc.-therapia ez újabb fegyvere, mutatja annak fontosságát. A legilletékesebb előadót kérte fel az elnökség a kérdés referálására *sz. Kováts Ferenc prof.* személyében, aki ismertette a műtét technikáját, a műtéti veszélyeknek saját találmányú célzóberendezéssel csaknem teljes kiküszöbölését, az indicatiós terület szigorú határait és saját eredményeit. Megállapította, hogy tág indicatióval súlyos beteganyagon is 30%-ra tehetők a gyógyeredmények, ami az indicatio megszorításával még lényegesen emelhető. A műtét olyan betegeken is lehetővé teszi a későbbi kiegészítő sebészi beavatkozást, akik különben elveszetteknek tekintendők. A felkért hozzászólók, így *Szüle Dénes dr., Kiss Lajos dr., Nagy László dr. (Debrecen), Nádor Nikits István dr., Domokos István dr.*, valamint a vitában résztvett felszólalók legnagyobb része az előadó álláspontját tették magukévá s az eljárás további alkalmazását, további tanulmányozását és tökéletesítését tartják fontosnak.

A második ülésnapon az egészséges egyén védelme érdekében végzett és nálunk az *1940 : VI. t.-c. által elrendelt csoportos vizsgálatok* kérdése került megvitatásra.

Az elnökség meghívására *Kayser-Petersen prof.*, a németországi Reichstuberkulose Ausschuss vezértitkára és a belügyminisztériumban a tuberculosisügyek referense s ennélfogva a kérdés legalaposabb ismerője beszámolójában igen tanulságos statisztikákban ismertette a németországi milliós tömegeken végzett csoportos vizsgálatok eredményeit. Hangsúlyozta többek között, hogy bár tudatában vannak annak, hogy minden fertőző beteget elhelyezni ágyhiány miatt nem tudnak, mégis nagy jelentőségűek ezek a csoportos vizsgálatok, mert felfedezzük, megtaláljuk, megismerjük és megtudjuk, hol élnek, milyen életkörülmények között vannak ezek a fertőző források.

Baitz Géza dr. előadó »Az 1940. évi VI. t.-c. alapján elrendelt csoportvizsgálatok várható eredményei és ezzel kapcsolatos feladatok« című előadásában megállapította, hogy az eddig végzett szűrővizsgálatoknak máris mutatkoznak eredményei, mert míg 1935-ben 0.14%-ban fordult elő nyilt, fertőző tuberculosis a székesfővárosi iskolák tanulói között, addig 1940-ben a tanulóknak csak 0.05%-a volt fertőző. Az iskola teljes assanálását a pedagogusoknak a törvény által elrendelt kötelező átvizsgálása fogja eredményezni. Statisztikai adatokkal bizonyította, hogy a fertőzöttek, a tuberkulin-positivak száma a fiatalság egyes korosztályaiban a multhoz képest lényegesen csökkent. Majd rámutatott arra, hogy a törvény évenként kereken 2.5 millió egyén átszűrését, átvizsgálását teszi kötelezővé, amely vizsgálatokkal az eddig ismeretlen fertőző források és activ tuberculosisban szenvedők hatalmas száma kerül leleplezésre, akik a környezet védelme és saját gyógyulásuk érdekében mindenképen elhelyezendők, isolálandók lesznek. Ezek a vizsgálatok hatalmas feladatokat rónak az államra és a közületekre, ha a törvény consequentiáját 100%-ban le akarjuk vonni.

Cserba Zoltán dr. közegészségügyi felügyelő ismertette az állam eddigi munkáját s azokat az alkotásokat, egységes irány- és munkaelveket, amelyek szerint ez a most megindult totalis háború szerte az egész országban folyik. *Szirány János dr., Petrányi Győző dr.* és *Kelety József dr.* felkért hozzászólók, valamint a felszólalt 17 hozzászóló, a honvédség és a biztosító intézmények e téren végzett munkáit és a további tennivalókat vázolták. Egyöntetüen megállapították az ernyőképfotografálásnak a szűrő és ellenőrző vizsgálatok nélkülözhetetlenségét, mely eljárással óránkint 3—400 egyénről lehet kis felvételt készíteni s így gyorsan lehet nagyobb embercsoportokat átvizsgálni.

A harmadik napon »*A csonttuberculosis sebészi therapiája*«-t ismertette magas színvonalu előadásban *Bakay Lajos dr.* prof. a termet megtöltő szakorvosok előtt. Tizenöt év alatt legalább 4 memorandumban mutatott rá a csonttuberculosis kérdés magyarországi szomoru viszonyaira és nagy jelentőségere, valamint a megoldás módjára. A therapiában sok kisérletezés folyt és folyik, azonban o ma is a nagy magyar sebész, nehai Dollinger Gyula dr. megállapításait teszi magaévá. A conservativ kezelést tartja mindenkeppen elsősorban alkalmazandonak a fiatalkoruak gumos csonttbetegségeiben, mig a felnőtteknél esetenkint szóba jön az azonnali activ beavatkozás szuksegessege. Azzal az érzéssel hallgattuk végig *Bakay* prof. minden therapiás eljárást a klinikus kellő kritikájával értékelő előadását, hogy a jelenlévő és a kérdésben felszólalt államtitkár ur ebben a kérdésben is előbb-utóbb meg fogja találni a megoldás módját.

Sajgó Győző dr. ezredes-orvos ismertette mint felkért hozzászóló érdekes theoriáját a csonttuberculosis műtéti gyógyulásáról s utána *Kopits Jenő dr.* felkért hozzászóló számolt be a Bakay klinika 1000 gümőkóros betegének adatai alapján értékes megfigyeléseiről s mutatott rá azokra a sulyos es maradandó következményekre, amelyek a nyomorékság oly szomorú és hatalmas elterjedésében nyilvánulnak meg.

Az előadások magas tudományos színvonala, a tüdőbeteggondozó intézetekben működő orvosok megjelent nagy száma, a tiszti orvosi kar, a kamarák elnökeinek részvétele, a Betegségbiztosító Intézmények igazgató főorvosainak, *Barla-Szabó Józsefnek, Kelety Józsefnek, Csia Sándornak, Szász Sándornak*, valamint a Székesfővárosi Tüdőgondozó Intézetek igazgató főorvosának, *Parassin József dr.*-nak a szakorvosokkal való activ részvétele, *Tomcsik József dr.*-nak az Országos Közegészségügyi Intézet, *Kiss Ferenc dr.* orvoskari dékánnak a budapesti egyetem, *Angyán János dr.* professzornak a pécsi egyetem, *Rusznyák István dr.* professzornak a szegedi egyetem képviseletében való megjelenése s mindazoknak az orvosoknak részvétele, akik a Felvidékről és Erdélyből megjelentek, bizonyították hatalmas 250-es számukkal a megjelent előkelőségek: *Karafiáth Jenő dr.* titkos tanácsos főpolgármester, *Szendy Károly dr.* polgármester, *Salamon Géza dr.* közegészségügyi tanácsnok, *Hindy Zoltán dr.* MABI vezérigazgató, *Téglássy Béla dr.* orvos képviselő és a sajtó képviselői előtt, hogy a balatonkenesei tuberculosis napok ma már egyenesen nélkülözhetetlenek a tuberculosis elleni küzdelem további kiépítésében.

A kongresszus 250 résztvevője a jó munka végzésének érzésével kezdi el az új esztendőben munkáját s ezúton mond köszönetet *Baitz Géza dr.* elnöknek és *Szörényi Richárd dr.* főtitkárnak a kongresszus sikeréért és a mindenkit kielégítő rendezésért.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift. 1941. 52. sz. *Jacobi:* Agranulocytosis, mint háborús szolgálati károsodás. (WDB.) *Duns P.:* Leukaemia és idegrendszeri megbetegedések kapcsolatai. *Kliewe H.:* A szájüreghygiene feladatai és céljai. *Heinrich M.:* A combnyakszegelés problémájához. *Burhans:* Fel nem ismert és ezért elhanyagolt lues esete. *Pezold K.:* Nicotinsavamid és lactoflavin a lupus erythematodus kezelésében. — 1942. 1. sz. *Zettel H.:* Megfigyelések hirtelen szívhalál esetében. *Gulcke:* Mit kell minden orvosnak tudni a végbélrákról? *Lauber H. I.:* Adat a verejtékmirigytályogok kezeléséhez. *Kattentidt B.:* A »Paroskop«: segédeszköz az átvilágítás alatti filmszemlélethez. *Müller H.:* A Paroskop rövid technikai ismertetése.

2. sz. *Störring G.* A világháborúban és a mostani háborúban szerzett psycho-pathologiai tapasztalatok különbségei és ennek okai. *Kornmüller A. E.* Szénsav hatása epilepsia és schizophrenia esetén agyelektromos leletek alapján. *Steuer W.* Szárazvér-próbaagglutinatio fertőző betegségekben és ennek alkalmazása az epidemiás s endemiás typhus exanthematicus leküzdésére. *Vogt E.* Haladás a conservativ myomakezelésben. *Rübsamen W.* A retrograd tubaátfúvásról.

Wiener Klinische Wochenschrift. 52. sz. *Chiari H.:* Az arteriosklerosisról. *Hoffmann I.:* Uran az emberi szervezetben.

VEGYES HIREK

Személyi hír. A Kormányzó a vallás- és közoktatásügyi miniszter előterjesztésére *dr. vitéz Szathmáry Zoltán,* a budapesti Magyar Királyi Bábaképző Intézet igazgató-tanára, budapesti magyar királyi Pázmány Péter tudományegyetemi magántanárnak és *Kovács István dr.* budapesti m. kir. bábaképzőintézeti tanár, pécsi m. kir. Erzsébet tudományegyetemi magántanárnak a tudományos szakirodalom művelése és az orvosképzés terén szerzett érdemei elismeréséül az *egyetemi rendkívüli tanári* címet adományozta.

Az Orsz. Közegészségügyi Intézet bővítése következtében a belügyminiszter átszervezte az intézet igazgatóságát olyképpen, hogy a hatóságokkal szemben az összes ügyek intézése, valamint a minisztérium egészségvédelmi és járványügyi osztályának vezetése a *főigazgató, dr. Tomcsik József* prof. ügykörébe, az intézet külső munkáinak irányítása és vezetése pedig a most kinevezett *új igazgató, dr. Lőrincz Ferenc* prof. hatáskörébe tartozik. Igazgatói címet és V. fiz. oszt. címet és jelleget kapott még *dr. Schulek Elemér* e. rk. tanár, a chemiai osztály vezetője. *Stasiák Aranka dr.,* a biológiai osztály vezetője pedig a VI. f. o. cím és jelleget kapta. Lőrincz prof. e kinevezésével és Veszprémi prof. elhúnytával tehát immár két tanszék van üresedésben Kolozsvárott: az ált. kórtani és az ált. közegészségtani, amelyek betöltése minél előbb kívánatos.

Nyelvünk védelmében címmel igen jó és orvosíróink által nagyon megszívlelendő cikket írt a MONE januári számában *Avarffy Elek dr.* Okfejtése, lelkesedése, aggodalmai, példái vérbeli magyarra és íróra vallanak s a cikk méltóan sorakozik *Herepey-Csákányi Győzőnek* a MONE mult januári számában írott, »A mi legdrágább kincsünk« című cikkéhez, amiben a lelkes szerző a magyar nyelvművelést a MONE legszebb fajvédelmi tevékenységéül jelöli meg. Az 1923 óta újjászületett Orvosi Hetilap örömmel üdvözli régi zászlójának új harcosait a MONE-ben és vezéreiben s szívből kívánja nekik, hogy amit elkezdtek, abba bele ne fáradjanak. Mert ezen a téren a rengeteg idegen hatáson kívül, ami alatt nyelvérzékünk, de különösen orvosi nyelvünk szenved, még egy nagy ellenséggel kell megküzdenünk és ez a *közöny!* Ott kezdődik a mi küzdelmünk nehézsége, hogy az ilyen nyelvészkedő cikket a legtöbben el se olvassák, sőt fölösleges »secatura«-nak tartják és írják továbbra is rendületlenül cikkeiket kerékbetört magyarsággal és pongyolasággal. (Tisztelet a kivételeknek, mert ilyenek is vannak, különösen a magasabb, tudósabb körökben, kiknek nemcsak az a fontos, mit mondanak, hanem a forma is, amiben elénktárják. Ragyogó például szolgálnak Verebély írásai.) De belefáradnunk nem szabad és ne elégedjünk meg az oktató és híveket toborzó cikkek közlésével, hanem végezzük el a mindennapi napszámosmunkát is és *javítsuk ki minden kézirat hibáit,* amit mi már 1934 óta csinálunk. Igaz, hogy a szerzők csak a kefelenyomatot szokták olvasni a correctura alkalmával s így nem is vesznek tudomást e javításokról, de hátha akad olyan is, aki beletekint a javításoktól tarka kéziratába is és tanul belőle valamit. Azért olykor egy-egy ilyen lelkes cikk sem árt, ami egyenesen rámutat hibáinkra s amelyekért hálásak vagyunk íróiknak mi, akik annyira szeretjük ezt a mi drága, szép magyar nyelvünket.

Pótlás. *Dr. Scholtz Gusztáv* őrnagy, orvos úr »A nagy magassághoz alkalmazkodásról« szóló cikkét (2. sz.) a Szegedi Egyetembarátok Egyesületének november 26-iki ülésén tartott előadása nyomán írta.

Orvosi továbbképző tanfolyam. Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága a Kir. Magy. Pázmány Péter Tudományegyetem Diaetetikai Intézetével karöltve 10 előadást rendez a betegélelmezés-technika tárgyköréből ételkészítési bemutatásokkal. A tanfolyam vezetője: *Soós Aladár dr.* egyetemi c. rk. tanár, az intézet igazgatója. A tanfolyam helye: a Kir. Magy. Pázmány Péter Tudományegyetem Diaetetikai Intézete. Előadásainak időpontja: február 12., 13., 16., 17., 19., 20., 23., 24., 26. és 27-ike. A tanfolyam részletes programmját az Orvosi Továbbképzés központi bizottsága (VIII. Eszterházy-utca 9.) az érdeklődőknek készségesen megküldi, ugyanott lehet a tanfolyamra is jelentkezni.

A francia nőgyógyász egyesület — tekintettel a túlzott sportolásnak a női szervezetre gyakorolt ártalmas hatására — azt kívánja, hogy a jövőben a női sportbajnoksági versenyeket korlátozzák.

A görög orvosszövetség azzal a kéréssel fordult az egyházi hatóságokhoz, hogy a görög-ortodox vallásúak halottégetéséhez járuljon hozzá. A kérelmet egészségügyi és a koporsó hiány tette szükségessé.

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
kellemes ízű syrupban.
SZENT PÉTER gyógyszervegyészeti laboratorium v. Budapest, V., Pozsonyi-út 1. Telefon: 121-547

HETIREND

Kedden, 20-án ½7 ó.: a Bp. Orvosi Kaszinó ülése. *Friedrich L., Vigyázó Gy.* és *Leopold M.:* A gyomorbetegségek kórismeretének és gyógykezelésének újabb eredményei.

Pénteken, 23-án 6 ó.: a Bp. Kir. Orvosegyesület ülése. *Császár E.:* A Röntgen-sugárzás adagolásának újabb irányelvei.

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

PÁLYÁZAT.

A bajai izr. szentegylet elnöke pályázatot hirdet a szentegylet 20 ágyas kórházában az intézeti orvosi (alorvosi) állásra. Csak oly orvosok pályázhatnak, akik Baján orvosi gyakorlat folytatására jogosultak; izr. vallású pályázók előnyben részesülnek. A választás egy évre szól, ennek lejárta után két ízben meghosszabbítható. A megválasztott intézeti orvos javadalmazása havi 100 pengő (egyszáz pengő), lakás, teljes ellátás és assistenciális díjak. Ezen javadalmazás csak ideiglenes, a végleges összeget a Szegedi Orvosi Kamarával kötendő keretszerződés állapítja meg. Ezenkívül megengedtetik az intézeti orvosnak oly magángyakorlat folytatása, amely a hivatalos teendői ellátásával nem ütközik össze. A pályázati kérelmet — eredeti okmányokkal felszerelve — a szentegylet elnökének címére (Baja, Lámpa-utca 12. sz.) folyó évi január hó 31. napjáig kell benyujtani.

Frontátvonulások és kísérőjelenségeik december 21—27. között. A hét első két napja frontális szempontból igen nyugodt volt. A többi öt napon a jól fejlett frontátvonulások gyors ütemben követték egymást. A frontok részletes adatai:

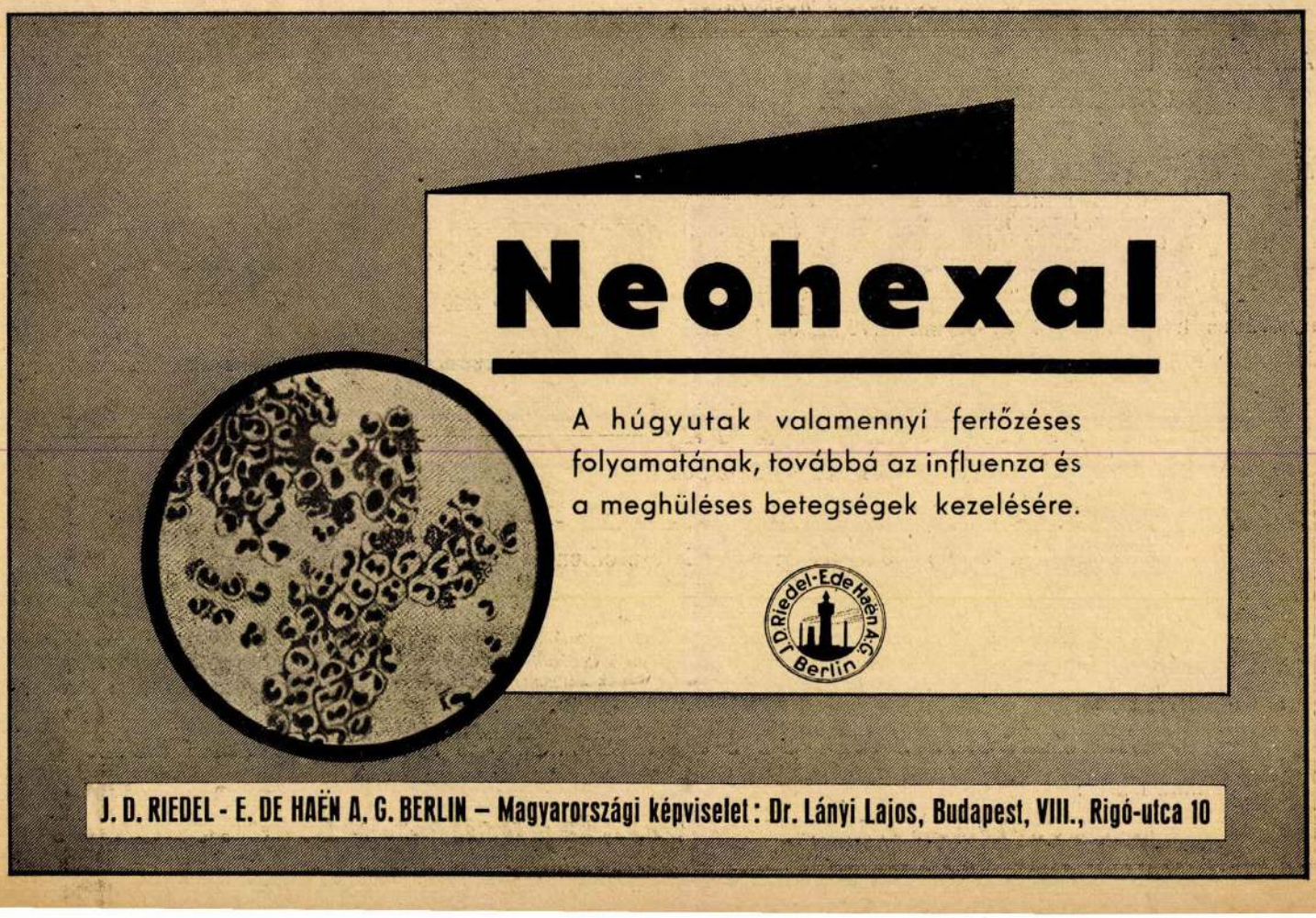
	Átvonulás ideje Budapesten hó	nap	óra	A front fajtája	A front fejlettsége	Kísérő esemény*
December	22	12		Betörési	Gyenge	Kis szélélénkülés.
	23	5		»	»	Kis szélélénkülés.
	23	7		»	»	Szélrohamok, max. sebess. 8 m/mp.
	23	10		Felsiklási	Mérsékelt	Praefrontalis borulás, kevés hó.
	23	14		»	»	Praefrontalis havazás 12 órától.
	23	22		Betörési	Erős	Szélvihar, max. sebess. 25 m/mp.
	24	9		»	Mérsékelt	Záporeső és később hózápor.
	25	6		»	Erős	Romboló szélvihar, 25—30 m/mp.
	25	14		»	Mérsékelt	Kis hózápor.
	25	22		»	Erős	Uj szélvihar, hózápor, erős lehülés.
	26	22		Felsiklási	Erős	Nagy légnyomásnyugtalanság reggeltől.
	27	21		»	Mérsékelt	Praefrontalis havazás 16 órától.
	27	22		Betörési	»	Szélrohamok és hófuvás.

Frontátvonulások és kísérőjelenségeik 1941 dec. 28—1942 jan. 3. között. Ezen a héten a frontok a normálisnál jóval fejlettebbek voltak s a felsiklási frontok a normálisnál lényegesen nagyobb számarányban léptek fel. A frontok részletes adatai:

December	28	4		Betörési	Erős	Uj szélvihar, max. sebesség 21 m/mp.
	28	16		Felsiklási	Mérsékelt	Kevés praefrontalis havazás.
	29	15		Betörési	Gyenge	Szélrohamok, 5 m/mp.
	29	17		»	»	Szélrohamok, 8 m/mp.
	29	20		»	Mérsékelt	Szélrohamok, 9 m/mp.
	30	11		Felsiklási	»	Praefrontalis havazás 5 órától.
	30	12		Betörési	Erős	Szélvihar, max. sebesség 17 m/mp.
Január	1	19		Felsiklási	Mérsékel	Praefrontalis havazás 12 órától, 0.4 mm.
	1	21		Betörési	Erős	Szélvihar, max. sebesség 22 m/mp.
	3	9		Felsiklási	Mérsékelt	Praefrontalis havazás 23 órától, 4 mm.
	3	9		»	»	Ónoseső — 6° hőmérsékleten 16 órától.

Minden időadat nyári időszámításban értendő!

* A táblázat utolsó oszlopában szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a M. Kir. Orsz. Meteorológiai Intézet öníró műszereinek adatai. Részletes magyarázatot lásd 1942. 1. szám 14. old.



IDÜLT NŐGYÓGYASZATI BETEGSÉGEK MEGGYÓGYULNAK AZ
ERZSÉBET-GYÓGYFÜRDŐBEN
KESERŰSÓS FÜRDŐK
ISZAPBOROGATASOK
FURRO OBLITESEK

Sopron szab. kir. thj. város Erzsébet-közkórháza.

614/9—1941. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Sopron szab. kir. thj. város Erzsébet-közkórházánál újonnan szervezett 2 segédorvosi állásra nyilvános pályázatot hirdetek.

A segédorvosi állások javadalma az állami rendszerű XI. fizetés osztály 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás, valamint az önköltségi ár 50%-ának megtérítése ellenében I. oszt. intézeti élelmezés.

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 pályázat követelményeit és a pályázati kérvényhez csatolandó okmányokat a Budapesti Közlönyben közzétett pályázati hirdetmény részletesen felsorolja. Közszolgálatban álló pályázók a felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, a törzskönyvi lappal (minősítési táblázattal) igazolhatják.

Az állás betöltése kinevezés útján 2 évre történik, amelyből végleges kinevezésre jogigény nem támasztható. A kinevezés hatálya meghosszabbítható.

A segédorvosnak az intézetben kell laknia s magángyakorlatot nem folytathat.

Sopron, 1942. évi január hó 5-én.

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

Somogy vármegye közkórháza.

Ált. 1801/1941. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Az igazgatásom alatt álló közkórházban elhalálozás, illetve lemondás folytán megüresedett két kórházi díjnoki állásra pályázatot hirdetek.

Felhívom ezért mindazokat, akik ezen állásokra pályázni óhajtanak, hogy magyar állampolgárságukat, életkorukat, családi állapotukat, eddigi szolgálatukat, egészségügyi állapotukat, politikai, erkölcsi és a 7720—1939. M. E. rendelet 1. és 3. §-ában foglalt rendelkezéseknek megfelelően leszármazásukat, továbbá valamely nyilvános középiskola 4 évfolyam elvégzését igazoló szabályszerű okmányokat, melyek közül az erkölcsi, politikai magatartását igazoló bizonyítvány 1 évnél régebbi keletű nem lehet. Felszerelt, megfelelően felülbélyegzett kérvényeiket nemesdédi Stephaich Pál úrhoz, Somogy megye alispánjához címezve, legkésőbb 1942. évi január hó 30-ig bezárólag a közkórház igazgatóságához nyujtsák be, annyival is inkább, mert a később érkező kérvények nem vétetnek figyelembe.

Kaposvár, 1941. évi december hó 29-én.

Dr. Böszörményi-Nagy Géza s. k. kórház-igazgató.

A sárréti járás főszolgabirájától.

3375/1941. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Bihar vármegye sárréti járásához tartozó Nagyrábé községben lemondás folytán megüresedett községi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma az állami rendszerű X. fiz. osztály 3. fokozata szerinti illetmény, 3 szobából álló természetbeni lakás és külön még rendelő. A rendelőszoba fűtési és világítási költsége fejében megállapított külön járadék, továbbá a szabályrendelet szerinti rendelési és látogatási díjak.

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

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

Közszolálatban álló pályázók a felsorolt feltételek közül azokat, amelyeket a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, az említett törzskönyvi lappal igazolhatják. Az állás ezidőszerint helyettessel van betöltve.

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

Biharnagybajom, 1941 december 29-én.

Tatár Géza s. k. főszolgabíró.

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

A CSUKAMÁJOLAJ

klasszikus indicatioinál: rachitisprophylaxis és- therapia, azonkívül hypo- és avitaminosis, fejlődési zavarok eseteiben és rekonvaleszcenciánál:

Sanostol standardizált csukamájolaj-készítmény.
Csomagolás: 200 gr üveg

Előállítja:

Chemische Fabrik Promonta G. m. b. H. Hamburg

Forgalomba hozza:

Kiss Árpád, Budapest, VII., Izabella-tér 5. Tel. 428-547

Fájdalmaknál

Quadronal

megbízható — hatásos — jól tűrhető

Naponta háromszor 1—2 tabletta

phiolák 10 és 20 tabletta tartalommal

Adatokkal készséggel szolgál:

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE I. W.

KÁLMÁN LEHEL GYÓGYSZERVEGYÉSZETI VÁLLALAT BUDAPEST 62

Keringési gyengeség kezelésére:

PULSOTON-*Chinoin*

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

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

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

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

SYMPATOL

A SZIV ÉS VÉRKERINGÉS GYÓGYSZERE

Indikációk:

Az erek hypotóniával párosult tónuscsökkenése:

Rekonvalescentia – Hypotónia – Terhesség – Öregkori panaszok

Általános keringési gyengeség:

Grippe – Diphtéria – Tuberculosis – Typhus – Pneumonia

Sulyos kollapsus:

Mütétek – Szülések – Vérveszteség – Shok

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

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

420214. — AZ ATHENAEUM IRODALMI ÉS NYOMDAI R.-T. NYOMASA, BUDAPEST. FELELÖS: KÁRPÁTI ANTAL IGAZGATÓ.

86. évfolyam. 4. szám. Budapest, 1942. január 24.

ORVOSI HETILAP

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

MEGJELENIK SZOMBATON

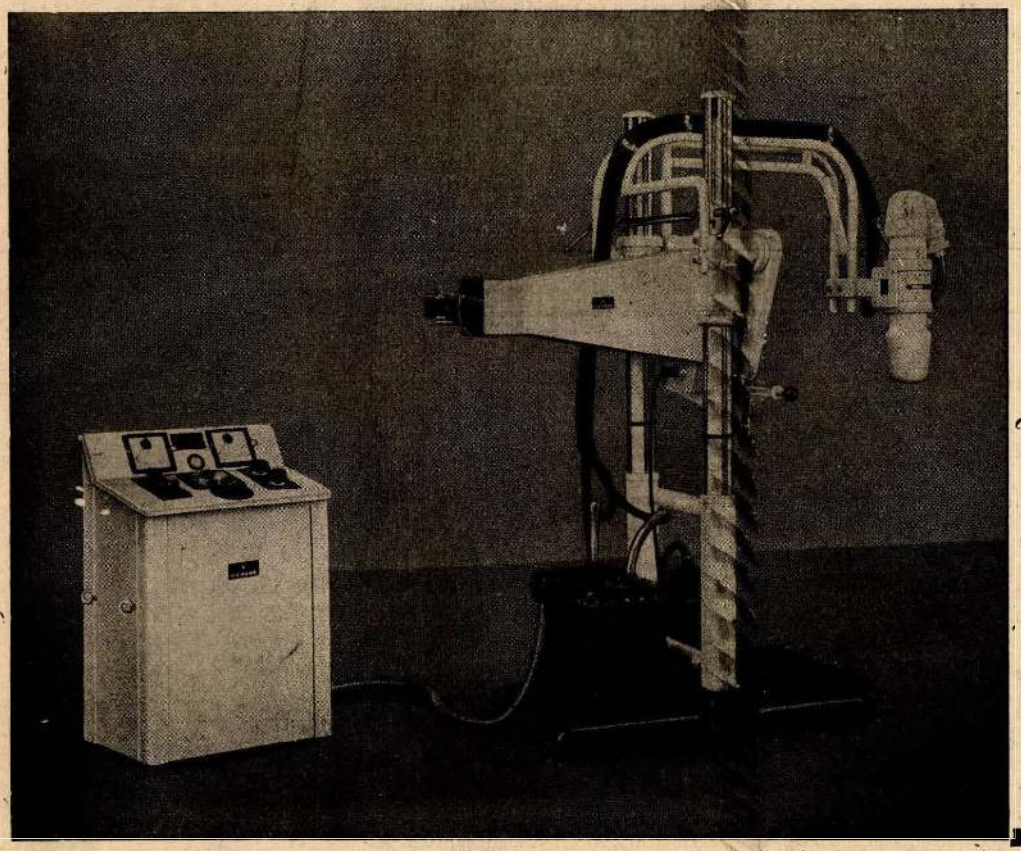
Egyes számok kaphatók:
a kiadóhivatalban 70 fillérért;
Magyar Orvosi Archivum számai 2 pengőért.

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

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

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

2000 tüdőfelvétel naponta
a tömeges röntgenvizsgálat új módszere:



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

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

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

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

Influenzában, hüléses megbetegedésekben

CORTIPYRIN Dr. REX

gyorsan és biztosan hat.

Tablettánként:
0.20 Cortipan
0.10 P-amidobenzolsulfamid
0.20 Ac. acetylosalicyl.
0·05 Calc. carb.
10 tabletta ára P 1.40

VIGANTOL

a tiszta *D-vitamin-készítmény*

rachitis kezelésére és megelőzésére

Továbbá a mész-phosphor-anyagcserezavarai,
osteomalacia, osteoporosis, spasmophylia esetén.

»Bayer«
LEVERKUSEN

E. Merck
DARMSTADT

Magyarországi vezérképviseletek:

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

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

ANDROFORT

Synthetikus hím sexualhormon. 1 ampulla 5, ill. 10 mg, a bedörzsölésre szolgáló solutio 1 cm^3-e 5 mg testosteronacetatot tartalmaz.

Impotentia. **Sexualis neurasthenia.** **Klimakterium virile.**

4 ampullát tartalmazó dobozok, 10 cm^3 solutiót tartalmazó üvegek.

BIOVIN

Glandubolin (tüszőhormon)
+ ovariumkivonat

A csökkent vagy hiányos petefészekműködés erélyes kezelésére.

1 ampulla (á 1 cm^3) 10.000 i. e. Glandubolint (tüszőhormont) és 0·6 g friss petefészek-kivonatot, 1 cm^3 solutio 500 i. e. Glandubolint (tüszőhormont) és 0·2 g friss petefészek-kivonatot tartalmaz.

SYNTESTRIN

Synthetikus oestrogen-hatású készítmény.

A petefészek csökkent vagy hiányzó működéséből eredő genitalis és extragenitalis megbetegedések esetén.

1 ampulla, 1 tabletta, 1 kúp, 1 g kenőcs 1 mg 4—4'-dioxy-alfa-beta-diaethylstilben — dipropionatot tartalmaz

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

86. évfolyam. 4. szám. Budapest, 1942. január 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:

Hainiss Elemér: Bőrjelenségek táplálkozási zavarok kapcsán. (39—40. oldal.)
Kecskés Zoltán: Koponyatörés érdekes fülszövődménye. (40—41. oldal.)
Irodalmi szemle. (41—42. oldal.)
Könyvismertetés. (43. oldal.)
Melléklet. Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (5—8. oldal.)
Zemplényi Imre: Házassági tanácsadás. (44—45. oldal.)
Vegyes hírek. (45. oldal.)
Hetirend. (46. oldal.)

A Pázmány Péter Tudományegyetem Gyermekklinikájának közleménye. (Igazgató: Hainiss Elemér ny. r. tanár.)

Bőrjelenségek táplálkozási zavarok kapcsán.

Írta: *Hainiss Elemér dr.* egyet. ny. r. tanár.

A fiatal csecsemő anatomiai és physiologiai sajátságai még érettség esetén is eltérők a későbbi csecsemő és fiatal gyermekkor sajátságaitól. E ma már általánosságban közismert ténynek egyes részleteit magam és orvosaim számos közlése és gazdag irodalom ismertette. Ehelyütt csak a bőrre vonatkozóan kívánom újból emlékezetbe idézni azt a megállapítást, miszerint a csecsemő bőrének egyes rétegei kevesebb sejtrostból állanak, a szaruréteg egészen vékony, a bőr általában nedvdúsabb, a faggyuképződés még nem indult meg, a verejtékmirigyek kivezető-csöve kevésbbé védett és a neurocapillaris rendszernek satnya a reactióérzékenysége. Ezen megállapítások ismerete szükséges azon két phaenomen magyarázatához, amiket mint táplálkozási zavarok kapcsán fellépő finom bőrelváltozásokat leírni óhajtok.

A csecsemőorvos vizsgálati ténykedéseinek egyik legfontosabbja a csecsemő turgorának, a szövetnedvek befolyásolta szöveti feszültségnek a vizsgálata. Ez általában a comb bőrének ráncbaszedésével történik, de ajánlatos ennek vizsgálata a hasfal bőrén is. Ezen vizsgálatok közben hosszú évek során megfigyelhettem s pár évvel ezelőtt a dysenteriáról szóló referátumomban meg is említettem, miszerint a vízháztartás zavarával küszködő, főként toxicus és praetoxicus csecsemők hasbőrén egy kettős rétegezettség figyelhető meg: a hasbőr ráncbaszedésekor elég vaskos, de tésztás tapintatú a bőrredő s ugyanakkor a legfelsőbb bőrrétegek annyira nedvszegények, kiszáradtak, hogy a hasfalon tovahaladó tenyér előtt egészen finom, sűrűn egymás elé helyezett ráncok keletkeznek s olyanfajta hullámot mutatnak, mint az u. n. »crêpe-papir«. Ez a »crêpe-phaenomen« sohasem mutatkozik röviddel azelőtt egészséges és hirtelen nagy nedvveszteséget szenvedett csecsemőkön. Ezeknél ez a kettős rétegezettség nincsen, a has bőre kis ráncokba emelhető, a bőr és bőralatti kötőszövet egynemű nedvvesztesége jeléül. Az előbb leírt phaenomen a beteg csecsemők azon csoportjánál észlelhető, akiknél a nedvveszteség látszólagos nagysága és a súlyveszteség nem congruálnak, olyanoknál, ahol nagyobbnak látszik a vízveszteség, mint amilyen tényleg, tehát kevésbbé valóságos vízveszteségről, mint inkább vízátraktározásról van szó. Hányszor látunk olyan csecsemőket, akiknél nagy súlyzuhanás mutatkozik egyik napról a másikra s a csecsemő turgor- és tonuscsökkenése nem is erős és megannyiszor látjuk azt is, hogy a szövetnedvcsökkenés nagyon kifejezett s ezzel szemben a súlycsökkenés, mint a vízveszteség mutatója semmis, vagy alig valami. Kétségtelenül vízátraktározásról van szó, amelynek mechanismusáról nem sokat tudunk, csak sejtjük, hogy szövetduzzadás és szövetapadás a lényege. Talán a Schade-elmélet alapján történik ez duzzadó anyagok helyi hirtelen felhalmozódása révén, avagy szöveti duzzadóanyagok chemiai átváltozása folytán, de mindenesetre colloidchemiai vonatkozás kell hogy a változás alapja legyen. A hányás okozta nedvveszteség és a toxikus nedvveszteség közti különbségre már Stolte is rámutatott s annak a nézetének adott kifejezést, miszerint »a bőrizomzat sajátságos változásában (toxicusoknál) nem csak a vízveszteségnek van döntő szerepe, hanem egyidejűleg komoly colloidalis változásoknak kell lenniök a protoplasmás szövetekben is.« Lehet, hogy az acidosisnak van ebben szerepe, ennek hatására t. i. az intercellularis víz csökken, a concentratiós feszültség apad, az intracellularis víz azonban emelkedik, ami a szervek sejtjeinek duzzadásával jár. Hogy az egyes szervek e folyamat alatt qualitásban vagy quantitásban nem egyforma változást mutatnak, azt colloidchemiai alakulások esetében a szövetek alapanyagának különböző összetétele magyarázza. Acidotikus hatásra a bőr ionisatiója is változást szenved, különösen K, Ca és P elosztásban, de érintve van a Na és Cl-tartalom is. Cutis és epidermis között legfeltűnőbb a calciumnak vándorlása, amely csecsemőknél normalis körülmények között is na-

gyobb mennyiségű, mint felnőttnél. Az agyszövet és izomzat colloidalis vízkötésének emelkedése toxikusoknál többek által (Stolte, Schiff, Thoenes, stb.) igazolt, a vízeltolódásnak mindez magyarázatot adhat, sőt ezen helyzet toxicosisnál való bekövetkeztét az általam ismertetet crêpe-phaenomen is támogatja, amit csakis toxicus vagy praetoxicus csecsemőknél észleltünk. Ezek szerint a crêpe-phaenomen egy vízátraktározódás és nem veszteség jele, ami gyakorlati szempontból toxicosis figyelmeztető tünete gyanánt értékesíthető.

A másik édekes bőrjelenség, amit ismertetni kívánok, a táplálkozási zavarok kapcsán fellépő bőrvérzés. Ez a jelenség elég ritkán lép fel s csakis igen súlyos enteralis vagy parenteralis fertőzések esetén. Úgyszólván egyik óráról a másikra apró petechiák jelennek meg a bőrön szétszórtan, de mind sűrűbben a hasfal bőrén, ahol olykor egész nagy foltokba folynak össze. Akiknél ez a jelenség fellépett, nem maradtak életben, úgyhogy mi ezt a prognosist igen rossz irányba terelő, lehet mondani praemortalis jelenségnek tartjuk. Általános vérzékenységről, az érfalak kiterjedt elváltozásáról nem lehet szó, a vérzés csakis a bőrben s főként a has bőrén jelentkezik, kétségtelenül toxicus hatásra. Ritka és régebbi észleléseink ezek, amelyeknél a K-vitamin esetleges szerepét még nem volt alkalmunk vizsgálni. Lehet, hogy ennek is szerepe van, de lehet, hogy a fiatal beteg csecsemő bőre neurocapillaris rendszerének érzékenysége szolgáltat erre alapot. De bármily legyen is ezek helyzete, feltűnő és magyarázatot kereső maradna még mindig az, hogy miért éppen a hasfalon mutatkozik e jelenség, aminek további kutatását nem fogjuk elmulasztani.

Az újpesti Árpád-közkórház közleménye.
(Igazgató: Orosz Dezső egy. m. tanár.)

Koponyatörés érdekes fülszövődménye.

Irta: *Kecskés Zoltán dr* rendelő orvos

A koponyoboltozati törések közvetlen erőművi behatások következményei, az agyalapi sérülések viszont kisugárzó repedések, melyek a hatás helyétől messzire, így a boltozatról az alapra terjednek le és mindig közvetett úton jönnek létre. Az esetek többségében a koponya alatti üregek megnyilásával nyilt törésekké válnak és életveszélyes szövődményeket okozhatnak. Az agyalapra közvetített törések 80%-ában a középső agygödör sérül meg, legtöbbször a sziklacsont, A csont törékenységét védett helyezete ellenére az magyarázza, hogy egyes részei papírvékonyak és hézagosak, az elefántcsont keménységű és üregeket körülzáró labyrinthfal és a benne lévő folyadék teljesen rugalmatlan. A sziklacsont részeinek eltérő szerkezete és különböző rugalmassági együtthatója teszi érthetővé a törékenységi hajlamot.

Ez a tény szükségessé teszi minden koponyaalapi törést szenvedett beteg fülészeti vizsgálatát, sőt kezelés és esetleges műtéti beavatkozás is nagyrészt fülorvost illeti. A gyógykezelés tüneti: a beteg nyugalomba helyezése és a fertőzés távoltartása. Rögtöni műtét csak darabos törés, erős vérzés, megakadt idegen test, agynyomási tünetek esetén indokolt a szerzők többsége szerint nyilt sérülés esetén is. Későbbi műtét akkor válik szükségessé, ha friss gennyes közép és belső fül gyulladás, régi gennyedés fellobbanása és koponyaüri szövődmény jelei mutatkoznak. Esetem a következő:

S. L. hatéves fiú 1941 április 28-án vétetett fel az újpesti Árpád-közkórház sebészeti osztályára koponyatörés és agyhártyagyulladás kórjelzéssel. Játékközben egy ló fejberúgta. Eszméletlen, állandóan hány. A jobboldali homlokdudortájon zúzott sebzés, az orrban véralvadék látható. Röntgenfelvétel jobboldalt a homlok és halántéktájra kiterjedő keresztalakú törést mutat. IV. hó 29. A beteg aluszékony, hány, ha felébred, értelmes válaszokat ad. Th. jégtömlő, ultraseptil. V. hó 3—7. Hőmérsék 38.3—39.9° C között ingadozik. V. hó 9. Tarkómerevség, eszméletlenség, hőmérsék 40° C. Gerincfolyadékvizsgálat eredménye: Pándy +, genny ++, Nonne-Appelt +++, liquorcukor 50 mg, a festett készítményben igen sok fehérvérsejt látható. Első fülvizsgálat: Balfül ∅, jobb dobhártya fényes, kissé vérbő, erősen elődomborodott. A külső hallójáratban sérülés nincs, garat ∅. Kiadós dobhártyametszést végzek, amelyen keresztül percek alatt kb. 20 ccm tiszta agyfolyadék ürül. Az eszméletlen beteg rögtön magához tér, szédülése, szemtekerezgése nincs. Csirátlanított gázzal lazán kitömön a külső hallójáratot, amelyen keresztül az agyfolyadék állandóan szivárog. V. hó 12. Láztalan, jól van, a liquor szivárgása csökkent. V. hó 13. Csalánkiütést kap, az ultraseptilt elhagyjuk. V. hó 15. Az agyfolyadék szivárgása megszűnt, a dobhártya begyógyult, még fényevesztett és rózsaszínű, a súgó beszédet két méterről hallja, Rinné negativ, csontvezetés jó. V. hó 24. A tömkeleg hőingerlékenysége rendes, gyógyultan távozik, ellenőrzésre berendelve.

Esetünk egyik érdekessége az, hogy a belső és középfül repedés ellenére, a baleset után 12 nap mulva agyhártyagyulladás miatt került csak fülvizsgálatra. A fülsérülésre utaló tünetek (vérzés, szédülés, hallászavar, fájdalom, arcidegbénulás, stb.) hiányoztak. Vizsgálatkor elődomborodó, vérbő fényes felületű dobhártya leletből nem lehetett megállapítani a dobüreg tartalmát, az eszméletlenség miatt pontosabb fülvizsgálat nem volt lehetséges. A dobhártya metszés után nyomás alatt pár percen belül 20 cm^3 agyfolyadék ürült és a csurgás állandóan csökkenve 6 napig tartott. A dobhártya metszésnek „frappáns" hatása lett, a beteg eszmélete rögtön visszatért, jól érezte magát, láza leesett, hányása megszünt és pár nap alatt meggyógyult. A beavatkozással elért liquor csurgás megszüntette az agyhártyagyulladás okozta agyvizenyőt, víztelenítette az agyállományt, a vérbőséget csökkentette és az agyhártyagyulladás elmult. Másrészt a folyás jó védelemnek bizonyult a garat felől esetleg bejutó csírák ellen. Megfigyelés alapján felmerülhet az a kérdés, hogy agyhártyagyulladáskor nem lenne-e életmentő cysterna sipoly által létrehozott agyfolyadék csurgás.

A repedés helyét pontosan nem tudtam megállapítani, mert a röntgen felvételről nem lehetett leolvasni. A halánték tájon kezdve valószínüleg a középső agygödör és sziklacsontra terjedő fínom repedés húzódott, amelyet talán csak górcsővel lehetett volna kórismézni. A törés csekély voltát bizonyítja az, hogy vérzés nem volt, ami az idegelemeket elpusztíthatta volna, így a működési zavar amely a helyi kórismét lehetővé teszi, vizsgálatkor már megszünt. A sérülés fokát magyarázza a fiatal csont rugalmassága, valamint az, hogy előző fülbántalom nem zajlott le, amely a csonton elváltozást okozott volna. Labyrinthsérülést a sziklacsont hossz tengelyére haránt irányú repedés szokott előidézni ugyanakkor a közép és külső fül ép marad. Mig súlyosabb erőművi behatások mindkét rész sérülését előidézhetik, addig enyhébb esetben csak csiga elváltozást észlelünk. Bizonyos az, hogy agyburok

repedés történt, valószínű, hogy a csigán keresztül hatolt a dobüregig a hasadás. Mint hogy csak vezetéses hallás zavar maradt vissza, a perilymphatikus ür sérülésére kell gondolnunk. A dobüregbe hatoló repedés magyarázatára figyelembe kell vennünk azt a hydrodinamikai hatást, amikor a lórugás következtében a koponya tartalom nagyobb nyomás alá került, amely lökésszerűen a saccus endolymphatikuson keresztül az endo-perylymphára is átterjedt és a kerek ablakot átszakíthatta.

Az agy folyadék megjelenése a dobüregben biztos jele volt a sziklacsont törésének és az agyhártya szakadásának, koponyaüri szövődmény is fennállt, mégsem végeztünk gyökeres feltárást. Tüneti kezelésünket igazolta a beteg gyógyulása. A kezdődő agyhártyagyulladáskor szükséges kemény agyburok csapolást „szerencsés" esetünkbe dobhártyametszéssel elvégezhettük.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

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

Bélférgek és C-vitaminhiány. *Dörle.* (Münch. med. Wschr. 1941. 36. sz.) A tavasszal jelentkező fáradékonyság oka gyakran a C-vitaminhiányban található meg. Ilyen C-vitaminhiányban szenvedő betegek bélsarát vizsgálva, többször találtak bélférget. A szerző in vitro kísérletben kimutatta, hogy a bélférget tartalmazó széklet az ascorbinsavat igen hamar bontja, sőt ugyanez a hatása van a féreg testéből készült kivonatoknak is. További kísérletek mutatják, hogy a bélférgek egyik anyagcseretermeke, a valeriansav in vitro ugyanilyen hatású. E kísérletek alapján megállapítja, hogy az ilyen bélférgességben szenvedő betegnek nem célszerű per os adni C-vitamint a hiány leküzdésére, mert a féreg és anyagcsere termékei azt elbontják és a vitamin így nem szívódhatik fel. (B. 49.)

Mayer György dr.

A Meniere-féle szédüléses rohamok gyógyítása. *Lüscher.* (Schw. med. 1941. 42. sz.) A M. tünetcsoporthoz tartozó szédülés gyógyításában első feladatunk a változatos aetiologia kiderítése. Symptomás M. rohamokban az alapbetegség (tumor, lu., otitis, stb.) causalis therapiája célravezető. A valódi M. betegség aetiologiája és pathogenesise egyelőre csak hypothesis, mely szerint vegetativ neurosison alapuló vasolabilitás következtében fellépő peri- és endolymphás nyomásváltozás lenne a kiváltó ok. Kezelésében a rohamkészség kikapcsolására vagyunk utalva, miután az acut szédüléses rohamokat azonnal megszüntető gyógyszerünk nincs. Ilyen esetben a teljes testi és lelki nyugalom, psychotherapia, a tengeribetegségnél ajánlott gyógyszerek, só-folyadék-megszorítás eredményre vezetnek. Na-ion kiválasztás fokozása NH_4Cl és KNO_3-mal jóhatásúak. Shelden i. v. és sc. Histamin kezeléssel a szédüléses rohamok gyors megszüntetéséről számol be. A rohamkészség leküzdésében a különböző spasmolyticumok között különösen jól bevált a 0.04 papaverint+0.10 chinint tartalmazó Monotrean, ugyanígy a Bellergal és Belladenal, valamint erősebb psychikus komponens mellett a Brom, Baldrian és barbitursav-származékok. Ezek mellett fontos az életmód szabályozása, izgalmak, kimerítő munka kikapcsolása; célszerű testmozgás, hydrotherapia ajánlatosak. Ha a hosszú időn keresztül folytatott belgyógyászi kezelés sikertelen és a szédülés munkaképtelenséget okoz, műtét jön szóba, mely a VIII. agyideg vestibularis ágának átmetszéséből áll. Prognosisunkban legyünk nagyon óvatosak, mert nem egyszer nehéz az okot kideríteni, másrészt még a sebészeti kezelés után is jöhetnek visszaesések. (B. 2.)

Csik Ferenc dr.

A Laënnec-féle májcirrhosis. *Wuhrmann.* (Schw. med. Wschr. 1941. 41. sz.) 150 kórbonctanilag is diagnostizált Laënnec-cirrhosist dolgoz fel. A betegek életében csak 40%-ban állították fel a diagnosist. Hangsúlyozza az alkohol aetiologiai jelentőségét: a betegeknek csupán 9%-a nem volt alkoholista. A betegség keletkezésében elsődlegesnek a máj toxikus ártalmát tartja. Fontos szerepe van az egyéni resistentiának és a táplálkozásnak. Praedisponál a pyknikus, athletás, feminin szőrzetű habitus. A máj többnyire tapintható, keménygöbös felszínű. Vörösvérsejtsüllyedés fokozott, serumfehérje csökkent. Az eseteknek kb. a felénél nodosus struma, nagyobb lép, positiv Takata-reactio, hyperchrom makrocytosis, mérsékelt monocytosis, leukopenia, egyharmadánál pedig thrombopenia, ascites található. A Weltmann-reactio typusos esetekben meghosszabbodott. A betegeknek csak 16%-a halt meg cirrhosisban, a többiek nagy részénél malignus tumor (18 eset), keringési elégtelenség, pneumonia volt a halál oka. (B. 54.)

Vidra József dr.

Nikotinártalom okozta betegségek. *Högler.* (Wien. kl. Wschr. 1941. 50. sz.) A nikotin vegetativ idegméreg: átmeneti izgalom után bénítja a ganglionsejtek működését. Az érzékenység egyénenként különböző, de előbbutóbb a legkülönbözőbb szervekben kezdetben functionalis, később anatomiai elváltozásokat okoz. Legfontosabb a szív-érrendszerre kifejtett hatása: szívdobogás, szívtáji félelem- és nyomásérzés, karba kisugárzó szívtáji fájdalom a leggyakoribb tünetek. Az anginások, Wieniwarter—Bürger betegségben szenvedők, hypertoniások nagy százalékban erős dohányosok. Általánosan ismert a dohányosok idült hörghurutja csökkent szagló- és ízlőképessége. A gyomor-bélrendszer részéről emésztési zavarok, gyomorhurut, valamint gyomor- és duodenumfekély, gyomorrák statisztikailag bizonyított gyakorisága, úgyszintén obstipatio és meteorismus jelzik a nikotin egészségrontó hatását. Nem közömbös a nikotin a máj és a belső secretiós mirigyek működésére sem. (B. 4.)

Vidra József dr.

Májparenchima therapia. *Nonnenbruch.* (Schw. med. Wschr. 1941. 42. sz.) A májparenchima therapia középpontjában a megterheléstől és ártalmaktól való kímélésük mellett a májsejtek regeneratiójának és glykogen halmozásának fokozása áll. A diaetás kezelést súlyos esetben koplaltatással kezdjük, parenteralisan Dextrosét adva. Könnyebb esetekben könnyen feldolgozható szénhydratokat rendelünk. A nyers étrend jól bevált; zsírok közül csak vajat adhatunk. A fehérjék, bár a májsejtekre nagyobb megterhelést rónak, mégis a zsírokkal együtt kis mennyiségben az epeképzésre jóhatásúak. Acut megbetegedéseknél ágynyugalom szükséges. A székrendezés sarkalatos követelmény: enterogen eredetnél erőteljes purgálás után keserűvizes kúra mindjárt mint epehajtó előnyös. A karlsbadi kúrát legjobb ágynyugalom mellett a májtájra alkalmazott meleggel együtt végezni. Légzőgyakorlatok a máj vérkeringését elősegítik. Májsejtek glykogen tartalmát legjobban Insulin-Dextrose therapiával emelhetjük, ezenkívül a működőképességük is előnyösen befolyásolható hormonok és vitaminok által: elsősorban K-vitamin, azonkívül B_2, CB_1, A-vitamin, mellékvesekéreg-hormon mellett cystein és glutathion adhatók. Az epesav therapia is szóbajöhet, hasonlóképpen a húgyany is. A sebészi kezelésben a Haberer által

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

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

ajánlott cholecystotomia és a máj felületi bemetszése jónak látszik. A máj-epemegbetegedésekhez csatlakozó hepatorenalis tünetcsoport még eléggé tisztázatlan ahhoz, hogy befolyásolni tudnánk. (B. 1.)

Csik Ferenc dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

Adat a trachoma kezeléséhez. *Davids.* (Klin. Mbl. Aug. 1941. aug.) Azon tapasztalat alapján, hogy a kötőhártya váladéktermeléssel járó gyulladásai esetében a hideg alkalmazása kedvező hatású, — *hóval* kezelte a *friss* trachomában szenvedő betegeit. Az érzéstelenített és kifordított, jégárpacsipesszel rögzített felső szemhéji kötőhártyát hóval borította be, nyomást gyakorolva rá. (Később jégdarabkákat is használt.) Kezdetben csak rövid ideig, majd hosszabb szünet után naponta 2 percig alkalmazta. A kötőhártya duzzanata hamarosan megszűnt, fénykerülés, könnyezés, váladékozás alábbhagyott s a szem jól nyilt. A vérbőség eltünt, a pannus elhalványodott. Kedvező tapasztalatait a nagy beteganyaggal rendelkező és a módszer kipróbálására felkért *Johansson* is megerősíti. (G. 69.)

Lugossy Gyula dr.

Szemüregi daganatok transcranialis megközelítése. *W. Dandy.* (Arch. of Ophth. 1941. febr.) 24 intraorbitális daganat eltávolításáról számol be; ezek közül csupán 5 szorítkozott az orbitára, amíg 19 kombinált volt (koponyaüregi és orbitalis localisatio). Hypophysaer megközelítése után az orbita tetejét eltávolítja, a chiasma-cisterna kiürítése után. Nemcsak a »kombinált«, hanem a pusztán szemüregi daganatok ellen is ezt a megoldást ajánlja a jobb áttekinthetőség miatt s a szemüreg tartalma is kevésbbé sérül (erek, idegek). Másrészt nem lehet előre megmondani, hogy van-e daganat a koponyaüregben vagy sem. Az esetek 80%-ában van. Végleges gyógyulást csak az az út biztosít, ha mindkét üregre terjed rá a daganat. A műtéti kockázat alacsony; a sorozatból egy haláleset. A műtét egy óráig tart. Agysebészeti anyagról lévén szó, duralis meningioma dominál koponyacsont-hyperostosis kíséretében. *Knapp* a szemészeti anyagban szereplő daganatok esetében (angioma, sarkoma, dermoid, stb.) a Krönlein-féle műtétet teljesen kielégítőnek tartja, csupán a látóidegdaganatot kell intracranialis bekúszása miatt ilyen módon megoldani. *Benedict* a transcranialis műtétet thrombotizált érdaganatok és a csontos falra terjedő tumorok esetén látja indokoltnak. (G. 70.)

Grósz István dr.

Éles eszközök sterilizálása. *Post.* (Amer. Journ. Ophth. 1931. június.) Különböző csiraölőszerek összehasonlítása után (coccus-keverékbe mártott olló) a következő oldat adta a legjobb eredményt: kresol. liquor formaldehyd, thymol aa 2.0, 95%-os aethylalkohol 94.0. Kitűnő baktericid volta mellett nem bántja sem a bőrt, sem a műszer élét vagy a gumikesztyűt, továbbá olcsó és könnyen előállítható. A sterilizáláshoz negyedóra elegendő. (G. 64.)

Grósz István dr.

Műtét utáni vérzések és K-vitamin hiány. *Björn Fors.* (Acta Ophth. 19. 1.) Szerző az oslói szemklinikán Quick—Nygard-féle meghatározásokat végzett: citrátplasmához thrombokinaset és calciumot adva, a coagulatiós időt méri, mely a prothrombin-mennyiséget fejezi ki. Ezen idő normalisan 24". Intrabulbaris műteteket követő vérzések esetén nem talált hosszabb időt, tehát K-elégtelenség nem tételezhető fel. Ugyanez áll retinalis-vérzések esetén; itt sem indokolt a K-bevitel. Magasabb értéket találtak sprue-cataraktа esetében, továbbá egy glaukomáson, pangásos májjal (39"). A szemészetileg nem fontos elzáródásos sárgaság mutatta a legmagasabb számokat, melyek K-vitaminbefecskendésre leestek. E megállapítások szerint a Dam-féle coagulatiós vitamin szemészeti jelentősége elhanyagolható. (G. 65.)

Grósz István dr.

Eladó egy »Autax« Koch és Sterzl gyártmányú röntgendiagnostikai készülék átvilágító és felvételi állvánnyal. Metalix átvilágító ernyővel. Cím: Özv. dr. Alföldi Józsefné, Baja, Vörösmarty-utca 4.

KATONYL DR. DEÉR

Újabb theoretikus kutatások és klinikai tapasztalatok alapján készült

GENERÁLIS ROBORÁNS

Mindennemű gyengeségi állapotban, étvágytalanságban, szegényvérűségben és sápkórban
Prompt hatás! Összetételében állandó! Székrekedést nem okoz! 1 doboz (100 tabl.) P 2.20

Influenza és meghűléses betegség esetén **nélkülözhetetlen**

PANAFLU-CHINOIN

10 és 20 tabletta 5 végbélkup

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Két újabb eljárás a nőgyógyászati kórismézésben. 1. Hasfali punctio vaginalis-controll mellett. 2. Argochrom-próba.

A méhfüggelékek daganatos és lobos eredetű betegségeinek elkülönítése a gyakorlatban sokszor ütközik nehézségekbe. Minthogy a tumorok gyógyítása műtéti, viszont a lobos folyamatoké az esetek 80—90%-ában conservativ, az ilyen elkülönítő kórismézés műtét előtti felállítása a betegre rendkívül fontos, sőt életbevágó lehet. Ha tumort tételezünk fel és a laparotomiánál a tumor felválasztásakor genny önti el a területet, ez halálos hashártyagyulladást okozhat. Ha ellenkezőleg, idült gyulladásnak vagy izzadmánynak nézzük a malignus petefészektumort, elszalaszthatjuk a még műtétre alkalmas időpontot.

A kórelőzmények, a hőmenet, a fehérvérsejtszám, a vérsejtsüllyedés vizsgálatai legtöbbször irányítanak ugyan, de megtévesztőek is lehetnek. Igy pl. petefészektályog esetén a süllyedési idő rendszerint nem gyorsult. Ellenkezőleg malignus tumorok mellett nem ritkák a hőemelkedések és ezek megtévesztően lobra utalnak.

Nem kevésbbé nehéz elég gyakran a salpingitisek és a tubaris-terhesség, illetve abortus közti elkülönítés, különösen ha idült, fertőzött, lázas peritubaris haematoma vagy haematokele van jelen. Ugyanennek elkülönítése savós vagy gennyes parametran- vagy Douglas-tályogtól legbiztosabban a *hátsó hüvelyboltozatban* ejtett *próbapunctio* útján történik.

Ez a bevett és igen bevált eljárás a középvonalban közvetlenül a cervix mellett végzendő. Attól távolabb lefelé ejtett szúrás a rectumot sértheti. Az oldalsó hüvelyboltozati szúrás uterinát, uretert sérthet, a mellső hüvelyboltozati elkerülhetetlenül a húgyhólyagot.

A typusos esetekben a hüvelyboltozati punctio meg is felel a céljának, a kórismézés biztosítására jóformán minden extrauterin laparotomia előtt végezzük, úgyszintén savós vagy gennyes izzadmányok elkülönítésére. Ámde vannak esetek, amelyekre nem alkalmas. Ilyenek egyrészt az *oldalt*, másrészt a magasan fekvő, hullámzást mutató oly képletek, melyekről nem dönthető el sem a kórelőzményekből, sem a vizsgálattal, vajjon *petefészektömlő*, ha ez, *neoplasma* vagy *retentiós cysta, elaennyedt képlet, peritubaris haematoma*, vagy pedig *magasan elhelyezkedő izzadmányról* van-e szó.

Ezen esetek tisztázására *a hasfalak felőli punctio* látszik a megfelelő eljárásnak. Ez a hasfali punctio azonban nem nagyon kedvelt eljárás. Legtöbben attól félnek, hogy a tű belet érhet vagy egy nagyobb véredényt.

Egyedül *Benthin* königsbergi tanár híve ez eljárásnak és főleg a hashártyagyulladás korai felismerésében tartja fontosnak. Az aggályokat azzal oszlatja el, hogy 1. nem szabad 1½ mm-nél vastagabb tűt használni. 2. a bél a tű elől rendszerint kitér, 3. ha éri is szúrás, a bélfal izomzata azt elzárja, 4. a hasfalban futó nagyobb edény elkerülésére (art. epigast. int.) megadja a beszúrás optimalis helyeit, vagy a középvonalban egy tenyérnyire a symphysis felső széle felett (Halban szerint), vagy a köldököt a sp. iliaca anteriorral összekötő vonal külső egyharmadában. *Benthin* tapasztalatai alapján adott és arra alkalmas esetekben aggály nélkül végeztem a hasfal felőli pungálást. Magasan fekvő gyülemek, gennyes adnexák pungálása, gyakran közvetlenül ahhoz csatolt megnyitás és drainezéssel. Kóros következményt, melléksérülést nem észleltünk.

Két, diagnostikus szempontból nehéz esetünk volt, melyeknek megoldását egy fogás segítette elő, melyet sehol leírva nem találtam. Ez abból áll, hogy balkezünk két ujjával a hüvely felől rögzítjük a kérdéses, magasan fekvő képlet alsó polusát, jobbkezünkkel pedig a hasfal felől az így rögzített képletbe szúrjuk be a tűt és fecskendőt.

A két eset röviden a következő:

Z. I. 30 é. Felv. 1939. X. 14. Sohasem volt gravid, mensese gyakran késik, dysmenorrhoeás. U. m. IX. 3. OTI sürgősségi utalvánnyal, mentők hozzák be. Előző éjjel alhasi fájdalmak, szédülés, három ízben elájult, hányás, hányinger.

Felv. lelet: Valamivel nagyobb méh, Douglas szabad, vérzés nincs. Diagn.: Grav. extraut., avagy graviditás uterus bicornisban vagy jobb szarvban. A méh jobbszélével szélesen függ össze egy kis almányi resistentia, mely lehet subserosus nyoma is. Egyhetes észlelés alatt Z. A. reactio positiv. Beteg jól van, azzal bocsátjuk haza, hogy rosszullét esetén azonnal vétesse fel magát újra. Elbocsátva X. 21-én. XI. 3-án szállí tották be újra. Aznap ismét többször elájult. Felvételkor anaemiás. J. o. defense, innen fájdalmak a jobb mellkasfélbe és a vállba sugároznak ki. *Próbapunctio a Douglasba mindkétoldalt két-kétszer beszúrva vért nem ad.* Éjjeli észlelés, pulsus rendeződik.

XI. 4-én d. e. hőm. 37.5°, pulsus 84. Ekkor *a méh melletti resistentiába a hasfal felől beszúrva*, azonnal régi, lakkszerű, törmelékes vért kaptunk, ami biztossá tette a diagnosist. A laparotomiánál ruptura tubae l. d. A hasban kb. egy liter részben alvadt, részben friss vér. J. o. tubakiirtás. A beteg 17 nappal a műtét után gyógyultan távozott.

Ez esetben első alkalommal nem lehetett a diagnosist megcsinálni, mert intrauterin graviditás + subserosus myomának vagy szarvterhességnek látszott. Második alkalommal a Douglas-punctio négyszer alkalmazva negativ volt, míg a hasi punctio vaginalis-controll mellett végül tisztázta az esetet.

F. I. 19 é. Felv. X. 23-án. Nem volt soha terhes. Menses 28 nap, 3—5 napig. U. m. aug. 25. Szept. 25-e óta a várt menses óta alhasi görcsök, több hidegrázás. X. 15-én a sebészetre vitték, ott appendicitisre észlelték három napig. X. 16-a óta feketés vérzés otthon. 22-én többször elszédült. E napon mentők hozzák. Ab? Extrauterin grav. ? észlelés. *Douglas-punctio negativ.* X. 24. Reclinált méhből vérzés. Douglasban sem per vag., sem per rectum resistenia nem tapintható. 25., 26., 27-én hőm. 38.1—38.5°, hidegrázás. 27-én: Retroflex. méh, környezete szabad. Febrilis abortus? Alkoholos gazecsík a méhbe. X. 28—XII. 2-ig subfebrilis. J. o. kialakul egy érzékeny adnextumor. XII. 8-án újra vizsgálva, a méh melletti tumorba a leírt módon *hasfali próbapunctio*, mely régi vért ad. Laparotomia: A cseplesz lenőve a mellső hasfalhoz, az összenövések oldása után található meg a j. o. tubán a ruptura, a körülötte lévő *haematomát az excavatio vesicouterinában a sigma, a cseplesz és a j. o. hasfali peritoneum* tokolták el. Tekintettel arra hogy lázas eset, *a tuba kiirtása után felfelé gazedrain.*

11. napon primára gyógyult hasseb̄bel távozik.

Ezen két, nehezen kórismézhető extrauterin esetben a hasfali punctio vaginalis-controll mellett azonnal tisztázta a helyzetet, holott a *Douglas-punctio* cserbenhagyott.

Azóta számos esetben magasan fekvő a Douglas felől nem, vagy csak kockázattal elérhető adnexekben therapiásan is bevált.

Különösen bevált *folliculus persistens, corpus luteumcysták* kiszívására, ahol nem egyszer a punctio után újabb gyülem nem képződött és a méh vérzési rendellenességei szűntek.

Három esetben a hasi punctatum *üledékében* a kórboncnok *(Kálló* tanár) *carcinoma-sejteket* kórismézett. Az ezután végzett laparotomiák alkalmával kétszer adenocarcinoma ovariit, egyszer primaer csepleszrákot találtunk.

Egy esetünkben, amelyet soká kezeltek klinikán is adnexitis miatt rövidhullámokkal, az ilyen punctióval kapott sűrű tejszerű pép a dermoid vagy tbc. diagnosisát adta. A laparotomia alkalmával a j. o. ovarium és tuba tbc. conglomeratumát találtuk. Ennek kiirtására a méh és b. o. függelékek conserválásával a beteg gyógyult.

Ezen tapasztalatok alapján *a hüvelyi ellenőrzés mellett végzett hasi punctiókat* megfelelő esetekre ajánlom.

Míg a most leírt eljárás *a műtét előtti kórismézést* szolgálja, a második *a műtét közbeni tájékozódást* segíti elő. Ennek a lényege a következő: Műtét előtt, feltárás és kellő desinfectio mellett, 5 ccm-es fecskendővel 2%-os *Argochromot = methylenkékezüstöt* úgy fecskendezünk a méh üregébe, hogy a fecskendő visszahúzása pillanatában Museux-vel a külső méhszájat elzárjuk. A Museux a műtét tartama alatt fekve marad.

A kellő nyomással beadott Argochrom szabad tubák mellett behatol a szabad hasüregbe és a tubák szájadékát és a hashártya alsó részeit kék színűre festi.

Az Argochromot éveken át sok száz esetben alkalmaztuk intravenásan, súlyos puerperalis fertőzésekben, jó eredménnyel. A halálozási arányt 10%-kal nyomta le. Ezért az intrauterin alkalmazást meg mertem kockáztatni, műtétre érett, megnyugodott folyamatok esetén, mert ha intravenásan ártalmatlan, sőt desinficiens, akkor joggal volt remélhető, hogy intraperitoniálisan sem ártalmas, sőt az esetleg *Chrobak, Zweifel* vagy *Beuttner* szerint megnyitandó méhet vagy a resecálandó tubát az Argochrom bizonyos mértékben desinficiálni fogja.

A sebészetben alkalmaznak Payr útmutatására methylenkéket, különösen hasfal-bélsipolyok kiirtása előtt, azoknak jól láthatóvá tételére. Újabban a sympathicus-sebészetben, a rami communicantes fölkeresésére. A nőgyógyászatban tudtommal eddig senki sem alkalmazta. Célom az volt, hogy műtét közben láthatóvá, illetve jobban megítélhetővé tegyem, hogy a méhkürtök mely részei egészségesek, illetve betegek. Tudjuk, hogy az infundibulum tubae felőli sondázás vagy a retrograd levegővel töltés kockázatos, mert álutat fúr, zúz, másrészt az ép és kóros rész határát nem jelzi pontosan.

Az adnexitisek operativ therapiájának javallatai ma már alig vitásak: Heveny esetet csak fenyegető genny-áttörés esetén operálunk, akkor is lehetőleg alulról, vagy punctióval, megnyitással. Idült esetet csak két-hároméves eredménytelen conservativ kezelések, munkaképtelenség, gyakori recidivák miatt.

A műtét módjáról már különbözőek a felfogások: Vannak, akik ma is azon az állásponton vannak, hogy ha operálnak, akkor mindent kiirtanak. Ezeknek annyiban van igazuk, hogy méh és függelékek hiányában recidiva alig fenyeget, csonkizzadmány is ritka. Ez a radicalismus csak még fennálló fertőzés esetén jogosult. Ha *Bucura* tanácsát követve a műtétet sem a lob, sem a fertőzés miatt, hanem csakis annak következményei miatt végezzük, mint azt már *Döderlein* és *Krönig*, azóta pedig a műtők túlnyomó többsége ajánlja, conservativen járunk el. Különösen az ivarmirigyek jelentőségének felismerésére, a méh-petefészek correlatio értékelése, a conceptio megtartása, illetve újra megszerzése szempontjából indokoltak a corrigáló, lehetőleg nem csonkító eljárások. A salpingektomiák, egyoldali adnexektomiák, salpinx-resectiók, tuba implantálások, Beuttner-féle fundalis resectiok a gyakoribb módszerek.

Kivételesen nagy tapasztalásom van ezen a téren, azáltal, hogy 5 évig prostituáltak nőgyógyászati osztályát vezettem. Ott például két év alatt, 1922—24-ig 450 adnextumort kezeltem az osztályon. 1926-ban 72 *Beuttner*-féle műtétről számoltam be a Zentralblattban. Prof. *Beuttner* egy magyarországi tanítványával, H. *Reinerrel* dissertatiot iratott az általam végzett 187 *Beuttner*-féle műtétről és az általam javasolt módosításról, amely közlemény 1929-ben Genfben jelent meg német nyelven. A 187 eset mortalitása 1.6% volt.

Hat év óta alkalmazom az *Argochrom*-próbát és 100-nál több laparotomiát végeztem ily előzetes befecskendezés után.

A befecskendezés után több lehetőség van:

1. *Argochrom* van a hasürben: jelzi, hogy egyik vagy mindkét tuba átjárható.

2. *Argochrom nem* látszik: az elvétve technikai hiba következménye, ha nem kellő mennyiség, nem kellő nyomással adatott be Ilyenkor néha a corpusnak összenyomása ujjal az Argochromot még a tubába sajtolja. Legtöbbször azonban az *Argochrom* meg *nem* jelenése azt jelzi, hogy a *tubák interstitialis része átjárhatatlan.* Ha ilyen esetben az infundibulum nyitott és sondázható, akkor, ha sterilitás miatt történt a beavatkozás, a distalis rész implantálása jön szóba. Az implantálás céljából ejtett metszést az előbuggyanó *Argochrom* jól irányítja.

3. Nem látszik *Argochrom*, ha a tubák le vannak nőve. Meglepő gyakran a felválasztás után a tubán vagy egész, az abdominális ostiumig, vagy a tuba egy proximális részén az *Argochrom kéken áttűnik*, ezzel *élesen jelzi, hogy az meddig átjárható, hol resecálandó.* Amennyire kedvezőtlenek conceptio szempontjából a stomatoplastikák, annyira jó a *Halban.* majd *Bucura* által követett eljárás. Ők két catgut lekötés után a tubát átvágták, a catgut felszívódása után a tuba átjárható marad és nem egy esetük így fogamzott. Az *Argochrom*-próba segélyével pontosan látszik, hogy épben történik-e az átmetszés.

Mint már említém, úgy a tubák resectiója, felválasztása, mint a méh magas amputálásakor *Beuttner* vagy *Zweifel* szerint az *Argochrom* jelenlétét, mint *desinficienst*, örömmel vettem. Bizonyos, hogy ha ürül is bennék, savós vagy gennyes, úgy az *Argochrom*-mal *kevert*, ami fokozza a műtét biztonságát. Mindezeknek alapján az *Argochrom*-próbát minden adnex műtét előtt ajánlom, mert könnyíti a tájékozódást és károsodást nem okoz.

Mansfeld Ottó dr. egyet. magántanár.

Egy új szer a vérkeringési zavarok kezelésére.

A normális vérkeringés főfeltétele, hogy a vérnyomás csekély élettani ingadozásoktól eltekintve állandóan megfelelően magas legyen. A vérnyomás megfelelő magasága a szív munkájának és a véredényrendszer térfogatának függvénye. Ha a szív szaporábban működik, vagy ha egy-egy összehúzódás alkalmával nagyobb a kilökött vérmennyiség, vagyis ha a perctérfogat növekszik, akkor a vérnyomás emelkedik, ha viszont a szívösszehúzódások száma ritkább, vagy a verőtérfogat kisebb, akkor a vérnyomás süllyed, feltéve, hogy az érrendszer térfogata nem változik. A véredényrendszer kitágulása, illetve megszűkülése változatlan szívmunka mellett szintén vérnyomásesést, illetőleg emelkedést okoz. Élettani körülmények között a szív munkájának és a véredényrendszer térfogatának egymást compensáló működése biztosítja a vérnyomás állandó, megfelelő magasságát.

A működő szerveket, szöveteket ellátó vérerek időleges kitágulása tudvalevően élettani folyamat. Kóros körülmények között különösen az u. n. »vérraktárak« (lép, mesenterialis erek, máj) erei ernyednek el. Ezáltal a vérraktárak nagymennyiségű vért tartanak vissza és így úgyszólván a beteg saját érrendszerébe vérzik el. Az u. n. »minus decompensatio« keletkezésekor is a vér nagyrésze a kitágult mesenterialis erekben reked és a keringésből kikapcsolódik.

A szívműködés zavarai következtében létrejövő alacsony vérnyomás emelésére a cardiacumok, digitalis és az u. n. digitaloidok adagolásához kell folyamodnunk. Peripheriás eredetű keringési elégtelenség esetén az érmozgató központ izgatására szolgáló gyógyszerek (coffein, camphor, tetracor, cormotyl stb.) alkalmazásával rendszerint célt érünk. Súlyos esetekben azonban az érmozgató központ izgatása nem ad megfelelő eredményt, részben ingerlékenységének csökkenése, részben az erek bénultságának súlyos foka miatt, végül pedig azért, mert a gyógyszer a vérkeringés súlyos zavara miatt nem is jut el kellő mennyiségben az érmozgató központhoz. Ilyen esetekben közvetlenül az erekre ható szereket kell alkalmazni.

Az érösszehúzó szerek közül a legrégibb az adrenalin, mely számos előnye mellett itt nem részletezendő káros sajátságokkal is rendelkezik, úgyhogy alkalmazását csak életveszély esetére tartjuk fenn. Az utóbbi két-három évtizedben az adrenalinnak számos pótszerét állították elő, amelyekkel kevésbbé erős és veszélyes, de tartósabb hatást igyekeznek elérni. Ezen a téren a kutatás még mindig folyik. Legutóbb a Chinoin gyár »*Pulsoton*« néven hozott forgalomba egy ilyen készítményt, amely vegyi szerkezete tekintetében az adrenalin és az ephedrin között áll.

A Pulsoton gyógyszertani vizsgálata, melyet ifj. *Issekutz* decapitált macskákon végzett, a következő különbségeket mutatta ki az adrenalinnal szemben. A vérnyomásemelkedés maximuma lassabban következett be, de tovább is tartott. Ez azért fontos, mert így a szívnek van ideje a munkatöbblethez alkalmazkodni. Az érverés subcutan alkalmazás esetén csak mérsékelten szaporodik. Onkometriás vizsgálatokból kitűnt, hogy míg adrenalin hatására a vese térfogata kisebbedik, a vese erek szűkülése következtében, addig Pulsoton hatására a vese térfogata növekedik, tehát a vérnyomásemelkedés nem nephrogen úton jön létre. Ezzel szemben a lép térfogata Pulsoton hatására megkisebbedik, tehát a szer a véraktárak kiürülését és ezáltal a keringő vér mennyiségének növekedését előmozdítja. A lép összehúzódása meglehetősen tartós és ez a verőtérfogat növekedésével együtt — aminek oka a jobb diastolés telődés és a systolék erősebbé válása — hosszú időre biztosítja a vérnyomásemelkedést. Az adrenalinnak tudvalevően az is hátránya, hogy hatása nem eléggé tartós. Fontos eltérés az is, hogy a Pulsotonnak még nagy vérnyomásemelkedést okozó adagjai sem idéznek elő arrhythmiát.

Osztályunkon mintegy 60 esetben alkalmaztuk a Pulsotont befecskendezés formájában és cseppekben. Cseppekben adtuk 8 essentialis hypotoniában szenvedő betegnek. Napi 3×15—20 csepp adagolása után az alacsony vérnyomás általában 20—30 mm-rel emelkedett. A betegek közérzete javult, a hypotoniával rendszerint együttjáró levertség érzése csökkent vagy teljesen megszünt. Hét reconvalescens betegünkön (pneumonia, grippe, tonsillitis stb. után) szintén hasonló jót tapasztaltunk a közérzetre és a vasomotoros labilitásra.

Befecskendezéses adagolás esetén subcutan alkalmazás után 10—20 perc mulva, izombafecskendezés után 5—10 perc mulva a vérnyomás 20—30—40 mm-rel emelkedett, a hatás azonban gyorsabban zajlott le, mint belső adagolás mellett. Öt pneumonia crouposás betegünknek adtunk Pulsotont intramuscularisan igen jó eredménnyel vasomotorgyengeség leküzdésére. Az elesettség, rossz közérzet gyorsan megjavult, a betegek sokkal jobban érezték magukat. Két pleuritis exudativa esetünkben Pulsoton subcutan alkalmazása után a betegek panaszai hasonlókép lényegesen enyhültek.

Egy vetélés utáni sepsis esetben, amikor a vérnyomás már 70/50 mm-re süllyedt le, ¼ ampula Pulsotont adtunk 20 ccm glucoseoldattal intravénásan, mire 1 perc után a vérnyomás 110/80 mm-re emelkedett. A szívműködésben zavar nem állt be. Véleményünk szerint a Pulsotont intravénásan nyugodtan adhatjuk súlyos vasomotor collapsusban, pl. baleset, mérgezések, műtétek után a vérnyomás emelésére. A műtéti előkészítésben is fontos szerepe lehet a Pulsoton adagolásának, különösen collapsusra hajlamos egyéneknél.

Pulsoton hatására Ekg. felvételeken a complexumok növekedtek, ami összefügg azzal, hogy a systolek erősebbek lettek. A frequentia mérsékelt szaporodását legtöbbször láthattuk.

Pulsotonnal kezelt eseteink közül a következők kórtörténeteit emelem ki:

Sch. Zs. 17 éves leány. Dg.: *asthenia universalis, visceroptosis, colecystitis acuta.* Tensio 95/60 mm. Naponta 3×20 csepp Pulsoton adagolására a tensio 120/70 mm-re emelkedett.

Cs. D.-né, 72 éves nő. Dg.: *pleuritis exudant. l. Pneumonia l. sin.* Vitalis indicatio alapján az izzadmányból 1000 ccm.-t lebocsátunk, mire collabál, pulsusa alig tapintható. 1. ampulla Pulsoton subcutan, a vérnyomás 135/80 mm-re emelkedik.

V. F.-né, 36 éves nő. Dg.: *stenosis et insuff. bicusp.* a compensatio határán. Tensio 100/70 mm. Naponként 1 Pulsoton befecskendezést adva subcutan a tensio 125/90 mm-re emelkedett.

T. E., 18 éves leány. Dg.: *hyperthyreosis, insuff. bicusp. compensata.* VIII. 10-én minden kimutatható ok nélkül elájul, pulsus alig tapintható, vérnyomás 70/50 mm-re csökkent. 1 ampulla Pulsotont adtunk subcutan.

Kb. 8 perc mulva eszmélete visszatért, a tensio 110/70 mm-re emelkedett.

B. J., 30 éves férfi. Dg.: *diabetes mellitus*. A vizeletben cukor +++, aceton +++. Tensio 95/70 mm. Napi 3×20 csepp Pulsotont adagolunk, tensiója erre állandóan 120/80 mm. (természetesen Insulin kezelés mellett.)

D. J., 19 éves leány. Dg.: *pleuropneumonia lat. utr., endocarditis*. Tensio 105/70 mm. Pulsoton injectiót adunk naponta egyszer. Közérzet javul, tensio 125/85 mm.

Természetesen cardialis decompensatio esetén párhuzamosan cardiacumokat is adtunk. Végeredményben tapasztalataink szerint nyugodtan ajánlhatjuk a Pulsotont mindazon esetekben, ahol az érmozgató központ működési zavarának következtében szükség van a kóros vérelosztás megváltoztatására és a normális vérnyomás biztosítására.

Varga Endre dr. közkórházi adjunctus.

Füleredetű occipitalis áttörés sinus thrombosissal.

A csecsnyúlvány lobosodásának talán egyik legveszedelmesebb alakja a lappangva fejlődő csúcsnyúlványmegbetegedés, amely a dobüri folyamat megnyugvása után rendszerint hosszabb-rövidebb idő mulva jelentkezik. Csaknem minden esetben a streptococcus mucosos a kórokozó, ezért »*mucosus otitis*«-nek is nevezik. A kórkép alattomosan hetek, hónapok alatt fejlődik, nagy pusztítással járó csontfolyamatot idéz elő s nem egyszer sinus thrombosist hoz létre, miközben a dobüri folyamat többé-kevésbbé meg is nyugodhatik. A beteg levertsége, fülmögötti teltségérzés, csökkent hallás, zsibongás hívja föl a figyelmet a mélyben lejátszódó súlyos csontfolyamatra.

Sinus megbetegedést sejttet a lázas hőmenet, amelyet hidegrázás előz meg. A láz lehet continua, intermittens, remittens jellegű. A rázóhideg napjában többször is megismétlődhetik bő izzadás kíséretében. A közbeeső időszakban néha a normalisra is leszállhat a hőmérséklet. Előfordul, hogy a rázóhideg egyáltalán nem, vagy csak egyszer jelentkezik a sigmaöböl megbetegedésével kapcsolatban *(Krepuska G.)*. A vér bakteriaemiája révén is lehet némi következtetést vonni a vivőeres megbetegedésre.

A sigmaöböl gyulladása gyakran agyi tüneteket vált ki, hiszen nem egyszer extraduralis folyamattal együtt fordul elő. Jellemző az azonos oldali szemgödri fájdalom *(Krepuska G.* 29%-ban találta ezt), az izmok védekező beállítottsága okozta fejrögzítettség (caput obstipum), mit *Krepuska* 17%-ban talált sinus megbetegedéssel kapcsolatban. További kísérőtünetek: jugularis érzékenység, azonos oldali nyakizomfájdalom. Szemfenéki pangás (8—31%), mely a beteg oldalon fokozottabb.

A sinus phlebitis-szel kapcsolatban szövődményképpen gyakran találkozunk otogen pyaemiás áttéttel is. Leggyakoribb a kis vérkörön át a tüdőbe jutott genyes csir okozta tüdőáttét. Ezenkívül izomban, izületben, zsigerekben, ritkábban a májban, agyban, lépben (esetemben pedig a prostatában) is előfordulhatnak szövődményes gócok. Heveny esetben legritkább a tüdőáttétel. (Haymann csak 6%-ban találta.) Ez természetesen a vér baktericid hatásától is függ, hiszen egyénenkint más és más a szervezet védekezőereje, más a vér bakteriumölő hatása.

Minden sinus-megbetegedésre gyanus esetben feltétlenül szükséges a belorvosi consultatióval kapcsolatos laboratoriumi és szemfenéki vizsgálat.

N. D. azzal a panasszal jelentkezett, hogy fülében szaggató érzést érez és csökkent a hallása. Négy héttel ezelőtt hátul, az occipitalis tájon furunculust vágott fel háziorvosa. Azóta a furunculus fölötti tájék gyermektenyérnyi területen vöröses, duzzadt, felületesen egynéhány folliculitis. A beteg azt hitte, hogy szaggató fájdalma ezért van, kezelőorvosa is azért küldte fel, hogy ezt felvágassa. Mielőtt azonban orvosának levelével sebésznél jelentkezett volna, fülének megvizsgálása céljából engem keresett fel. Elmondta, hogy négy héttel ezelőtt erős hidegrázással kapcsolatban rosszullét fogta el, amely napokon át tartott. Otoskopikus kép: vaskos, belövelt, erősen megvastagodott dobhártya, amelyen át alapos paracentesisre is csak kevés nyúlós váladék ürül (streptococcus mucosus). A súgott beszédet a baloldalon egy méterről hallja, a jobboldalon 5—6 méterről. C4 rövidült, nystagmusa nincs. A felső hallójárat a baloldalon süppedt, a sulcus retroauricularis kis fokban elsímult. A fül mögötti minimalis duzzanat, hátrább az occipitalis tájon, le a nyaki regióig tenyérnyi kiemelkedő duzzanat felületes folliculitis-szel. Hőmérséklete 37.4 fok. Röntgenfelvételt készíttettem mindkét sziklacsontról. A jobb pneumatisatiós rendszer rendes kiterjedésű és légtartalmú, a baloldali igen erősen födött, a bal sinus környékének csontállománya nagyobb területen felritkult.

A beteg belgyógyászati és laboratoriumi vizsgálata, vérsejtsüllyedése, positiv röntgen- és otoskopikus lelete alapján — figyelembevéve az anamnesist — antrotomiát ajánlottam. A műtétet 1940 október 31-én, a beteg jelentkezésének estéjén végeztem el. A retroauricularis bőralatti kötőszövet, periost átmetszése után subperiostalisan gennyet nem találtam. Az eléggé eburneált corticalis felvésése után nagy sarjszövettel kitöltött üregbe jutottam. A sarjszövet eltávolítása után fölfelé és hátrafelé perisinuosusan is nagymennyiségű sarjszövetet találtam. Ezek teljes eltávolítása után a megvastagodott sarjakkal fedett dura és összeesett, felrakódott sinusfal volt látható. A dura typikus pachymeningitis fungosa képét mutatta. Az emissarium mastoideum is thrombotisálva volt. Az emissarium mentén az occipitalis duzzanat középpontja felé elvettem a csontot, előzőleg harántirányú bőrsegédmetszést készítve és itt megtaláltam a perforatiós nyílást subperiostalisan gennyel átitatott sarjszövettömeggel együtt. Ez a subperiostalis áttörés okozta az occipitalis duzzanatot. A felületesen lévő folliculitiseket a beteg valószínűleg előzetes furunculusának felvágása után kapta.

Tekintve a beteg műtét előtti aránylag tűrhető közérzetét és figyelembevéve azt, hogy a sinus phlebitis a műtét előtt kb. 4—5 héttel zajlott le s azóta hidegrázása nem volt, a thrombus pedig *szervültnek* volt vehető, ezért *elálltam a jugularis alákötésétől*. Részleges varrat, sebellátás, kötés. A beteg hat hét után gyógyultan távozott. Ez az esetem is megerősíti a klinikai statisztikát, amelyek szerin az agyhártyagyulladás és a sinus phlebitis gyakori szövődménye a dobüri folyamatnak. Talán a sinus phlebitis gyakoribb, mint az agyhártyagyulladás.

Gütich 8%-ban, Hegener 0.51%-ban, Haymann 0.44%-ban, Krepuska professzor 5290 operált betegéből 295 esetben, tehát 5.5%-ban talált sinus phlebitist dobüri szövődményként.

Esetem szokatlan helyen jelentkező füleredetű ocipitalis áttörésével és előzően lezajlott thrombophlebitisével, azt hiszem, érdeklődésre tarthat számot.

Kővári István dr. OTBA-szakorvos.

Állami forrás

Nieder-Selters

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

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

KÖNYVISMERTETÉS

Egy orvos vallomásai. Irta: *Marék Antal dr.* (Nemzeti Könyvtár 54. sz. 24 fillér.) A népnevelés hivatását teljesítő »Nemzeti Könyvtár«-ba Marék Antal collegánk mesteri tolla segedelmével a falusi körorvos nemes példája is bevonult e kis füzettel, amit Csiky Gyula ügyes vonalrajzai élénkítenek. A jól képzett orvos himnusza ez, kit jó szíve és socialis érzése a babonával és tuberculosissal megvert magyar faluba visz s egy vendégének meséli el munkája közben, hogy miként hódította meg a falu népét, élte le köztük az egészség apostolának életét. Nemes példáján sok derék vidéki collegánkra gondolunk, kik jóleső mosollyal fognak magukra s a velük történtekre ismerni »Károly bácsi« elbeszélései nyomán. De nem volna szabad ennek a füzetnek hiányoznia egy falu vagy iskola könyvtárából sem, mert nevelőhatására a nép körében is nagy szükség van.

Vámosy

Leitfaden der Rassenhygiene *von Dr. med. Otmar Frhr. v. Verschuer.* (Georg Thieme Verlag Leipzig. 1941. 260. lap. Ára 7.88 márka.)

Szerző az öröklésbiologiának és a faj hygienenek elismert kutatója és egyetemi előadó tanára. Mert Németországban négy féléven át kötelező tárgy a fajhygiene, ebből kettő a bevezető, kettő a klinikai félévekre esik. Ezeknek az előadásoknak első összefoglaló tankönyve. Rövid történelmi bevezetés után az általános emberi öröklésbiologiát fejtegeti, az öröklés és környezet hatását, az ikerkutatást az öröklés hordozóit, majd a Mendelezés módjait, a dominans és recessiv öröklés, a polymeriát és a többszörös alleliát. Az öröklésnek hatása a test fejlődésére és újabb öröklődő elváltozások keletkezése. Ezután a részletes emberi öröklésbiologiát tárgyalja, először az ép ember alaki, élettani és elmebeli sajátosságainak öröklését, majd fajok öröklésbiologiáját (a zsidókérdést) tekinti át. Ehhez csatlakozik a népesedéstudomány és népesedéspolitika tárgyalása, különös tekintettel a német nép viszonyaira. Ezután az öröklés kórtanára tér át s a bevett szakok szerint csoportosítva tárgyalja az egyes betegségeket. Az elmebajok tárgyalásában tekintettel van a törvényben megjelölt betegségekre (gyöngeelméjűség, schizophrenia, cyklophrenia, örökölhető epilepsia, vitustánc, iszakosság). De az itt meg nem említett, azonban örökölhető ideg- és elmebajokra (psychopathiák, homosexualitás) is figyelemmel van. Végül a gyakorlóorvosra vonatkozó törvényes rendelkezéseket és az ezekből folyó kötelességeket meg teendőket ismerteti. Nagy gyakorlati értékkel bírnak a függelékben fölsorolt kérdések és feleletek, melyek az életben meg az orvosi működésben sokszor fölmerülő bonyolult kérdéseket példákkal megvilágítják. Zárószavában pedig az orvosi gyakorlat és az öröklési tanácsadás közötti különbségre figyelmeztet.

A' világosan és kitűnő didaktikai érzéssel megírott könyv ma már minden orvosnak nélkülözhetetlen lesz, habár a fajhygiene nálunk még törvényesen nincs szabályozva, de föltétlenül meg fog történni. Ezért jó, ha mi orvosok előre tájékozódunk a kérdésről, hogy biztos tudással hozzászólhassunk.

Reuter prof.

Bismuthsulfitagar zur Züchtung der Typhus und Paratyphusbacillen. *I. Lovrekovich.* (Johann Ambrosius Barth Leipzig, Eggenbergersche Buchandlung Karl Rényi Budapest, 1941.)

A szerző 94 oldalas monographiában számol be a Wilson-Blair táptalaj módosításáról. Olyan bismuthsulfitagar táptalajt készített, amely a Wilson Blair táptalaj hibáit lecsökkentette, ugyanakkor az előnyeit pedig kiemelte. Azok a vizsgálatra küldött bélsár próbák, amelyek ty. csoport bakteriumait nem tartalmazták, az esetek nagyobb részében sterilek maradtak. Elektivitas szempontjából jobb a táptalaj az eddig használtaknál. A táptalaj törzsoldata jól lezárt üvegben évekig eltartható, a kész lemezek pedig 6—7 napig használhatók. A táptalajjal a typhus csoport bakteriumainak kitenyésztősége emelkedett. A nagy szorgalommal és alapos kritikával végzett munka kétségtelen haladást jelent a typhus bakteriológia diagnostikája terén.

Belák prof.

Fizikai-kémiai praktikum. *Proszt János* és *Erdey-Grúz Tibor.* II. kiadás, 423 oldal. Sopron, 1941. Az élet annyira bonyolult folyamatainak megismerésében kétségtelenül igen nagy szerepet játszanak a fizikai-kémiai vizsgáló módszerek, mert ezek gyakran olyan tökéletesek és annyira érzékenyek, hogy ott is felhasználhatók, ahol más mérőmódszerek már túlságosan durváknak, pontatlanoknak bizonyulnak. Ezért az orvostudományi kutatásokban egyre növekvő mértékben van szükségünk fizikai-kémiai mérésekre. Örömmel kell tehát üdvözölnünk a szerzők munkájának új kiadását, mely nagyon alkalmas arra, hogy az orvoskutatók belőle megtanulják azt a pontos és gondos munkát, mely éppen az ilyen méréseknek nélkülözhetetlen feltétele. A »Praktikum« az alapvető mérésekre vonatkozó gyakorlatokkal kezdődik, majd a fizikai egyensúlyok meghatározásával, a kalorimetriával, a diffusió állandó mérésével foglalkozik. Ezután részletesen tárgyalja az elektrokémiai méréseket, a kémiai mechanikát és az optikát. A kolloid-kémiai kísérletek fejezetét dr. Buzágh Aladár, a radioactivitását pedig dr. Imre Lajos írta meg. Minden fejezet számos feladatot (összesen 88-at) tartalmaz, melynek végrehajtásához szükséges eszközök részletesen le vannak írva. Az utasítások olyan gndosak, részletesek és körültekintők, hogy ezek alapján egy kis ügyességgel bárki is végrehajthatja az előírt méréseket. Nem lehet eléggé melegen ajánlani minden orvoskutatónak ezen felette hasznos és tanulságos könyvnek használatát.

Issekutz Béla prof.

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

Házassági tanácsadás.

A B. M. 1111/1941. sz. rendelete szabályozza a házasulandók orvosi vizsgálatának megvalósítását, a pestmegyei úttörő kísérletek tanulságai alapján. Az 1. § szerint: az 1941. XV. tc. alapján a házasság csak akkor köthető meg, ha a házasulandó felek az *illetékes* tisztiorvosnál megjelentek, annak a szükséges felvilágosításokat megadták, a tisztiorvos őket megvizsgálta és fertőző gümőkórtól, nemibajtól mentesnek találta. A vizsgálat mellőzhető erre feljogosított házi, uradalmi, hatósági és pénztári orvos megfelelő bizonyítványának felmutatása esetén. (3. §) A megjelenése mellőzhető szakorvos, szak- (védő- és gyógyító) intézet, honvédorvos jogosított bizonyítványának ellenében (4. §) Tüdő- és nemibajok gyanúja, annak eldöntéséig, halasztó hatályú a házasságkötéshez szükséges tisztiorvosi bizonyítvány kiadását illetően. Ezen betegségek fennforgása a bizonyítvány megtagadását vonja maga után, ami ellen jogorvoslatnak van helye, megfelelő szakintézetek igénybevétele útján. (6. §) A tisztiorvosi bizonyítvány és vizsgálat díja 10.000-nél kisebb lélekszámú községben 4.— pengő, városban 8.— pengő a 60/1933 B. M. rend. szerint. (Tehát cheque lap befizetés és közvetett, részleges eljuttatás a vizsgáló tisztiorvoshoz.) Tüdő- és nemibeteggondozó intézet ingyenes bizonyítványt köteles adni, magángyógyintézet díjazott magánorvosi bizonyítványt. Házi és uradalmi orvosok az orvosi gyakorlat szabályai 55. és 56. pontja szerint díjaztatnak, a pénztári orvosokra külön jogszabályok rendelkeznek. A városi, községi és körorvosokra nézve a 900/1936. B. M. rendelet 19. §-a, a pénztári körzeti kezelőorvosok, tüdőbetegosztályok, közkórházak, klinikák megbízott nemibeteggondozó orvosok, honvédorvosok és kórházi orvosok díjazására külön rendelkezés jön. (8. §.) A rendelet nem érinti a 888/1940. B. M. rendelet érvényét (9. §.) és 1942. II. 1-én lép életbe (10. §.). Mellékleteként a vonatkozó tisztiorvosi vizsgálatokról és jegyzőkönyvről szóló bizonyítványszövegmintái szerepelnek, számszerint 7. Végül a nemibetegségek tekintetében véleményadásra jogosult intézmények névsora következik 35 klinikai, illetve kórházi osztály. (8. sz. mell.)

*

A vázolt rendeleten az egészséges orvosi lélek és a beteg jogász test ellentéte jól látszik. Mert a cél világos és helyes: a házasulandók védelme önmaguktól és házastársuktól, az utódok védelme számban és minőségben a testi és szellemi bajoktól. Látszik a szakértelem a vizsgálatra feljogosított szakintézmények felsorolásából, a szakorvosok előtérbeállításából, a korszerű vizsgáló módszerek alkalmazásának lehetővé és kívánatossá tételéből, a vonatkozó jegyzőkönyv és bizonyítványok szövegéből. De látszik a jogász bürokrata rendszer a rendelet bonyolultságából, más törvényekre és rendeletekre való hivatkozásokból, a jogorvoslat biztosításából (6. §.), melyben a kir. törvényszék véleményt kér a rendelet 8. sz. mellékletében felsorolt intézetektől és azután dönt; ahelyett, hogy a házasulandót sérelmes intézkedés esetén saját költségére klinikai vagy közkórházi vizsgálatra utasítaná, ami rövid, velős és megnyugtató elintézés volna. Egyenesen orvosellenes a házasulandók orvosi vizsgálatáról kiállítandó bizonyítványok díjazásának eltérő rendszere.

Sérelmes a 7. §. azon rendelkezése, amely szerint 10.000-nél kisebb lélekszámú községben a bizonyítványért fizetendő díj 50%-kal alacsonyabb, mint 10.000-nél nagyobb lélekszámú községekben és városokban. A helyes az volna, hogy a díj megállapítása a házasulandók anyagi helyzetéhez igazodjék, nem a lakhely lélekszámához.

Gyanus a 8. §. azon rendelkezése, amely szerint egyedül a nem közkórházi jellegű tüdőszanatórium és tüdőbetegotthon orvosa számíthat fel magánorvosi bizonyítvány-díjat. Házi és uradalmi orvosok díjazása tekintetében az O. Gyak. Szab. 55. és 56. pontja érvényes, a törvény alapján létesült intézetekre pedig külön jogszabályok vannak, a városi, községi, kör- és nemibeteg (alkalmazott) szakorvosok díjazását a 900/1936. sz. B. M. rend. szabja meg, a pénztárak körzeti kezelőorvosainak és tbc. kórházainak, közkórházak és klinikák orvosainak és a megbizott nemi beteggondozó, valamint honvéd csapat- és intézeti orvosoknak díjazására külön rendelkezés fog történni.

A bizonyítványdíjak ezen sokfélesége, mely összegszerűen nem ismeretes, nyilván arra mutat, hogy a 7. §-ban megállapított 4 és 8 P-nél kevesebb lesz, mert különben a felsorolásnak és megkülönböztetésnek nem volna értelme.

Sokkal egyszerűbb volna a házassági orvosi tanácsadással kapcsolatos vizsgálat díjának az egyházi esküvő díjával egyenlő megállapítása, mert ez az igényeknek és anyagi helyzetnek megfelelő összeg.

Jellegzetes bürokratikus intézkedés az, hogy a tüdő- és nemibeteggondozók, egészségvédelmi szolgálatok ingyenes bizonyítványok kiállítására kötelesek. Ezek beküldése módot ad a tisztiorvosnak a felek megjelenésének elengedésére. A józan ész szerint ilyen esetben a tisztiorvos működése szükségtelen és díjazásra sincs igénye. Mert a munkát ilyenkor nem ő végzi, a felelősség sem őt terheli, hanem a vizsgáló orvost. (Lásd a rend. 4. §-ának első bekezdését és 4. mellékletét.)

Az orvosi szolgálat egész vonalán állami beavatkozással ingyen munkához szoktatott nagyközönség nyilván a házassági tanácsadással kapcsolatos vizsgálat esetén is azt a formát fogja előnyben részesíteni, amely ingyen áll rendelkezésére. Ez a tüdő- és nemibeteggondozó igénybevétele, mellyel a tisztiorvosnál való megjelenést is elkerüli. Sőt, miután a 7. §. a tisztiorvosi megillető díjat a bizonyítványkiállítást megelőző vizsgálattal *együtt* állapítja meg, világos, hogy a megjelenés elengedése esetén a különben megállapított díj felszámítására sincs alap. Ennek eredménye tehát a tüdő- és nemibeteg-gondozók forgalmának emelkedése lesz, az ott alkalmazott, rosszul fizetett orvosok újabb munkával megterhelése, olyan közönség részéről, amely fizetőképes és a gondozókra rászorulva nincs. Annál is inkább ez lesz a helyzet, mert a magánorvosi bizonyítványok hitele régóta csekély, a nyaralási, valutaügyi, élelmiszerkedvezményi bizonyítványok tisztviselői kölcsönökkel kapcsolatos, iskolai és munkavállalási bizonyítványok rendszeresítése óta pedig jóformán semmi. Igy nyilván mindenki szívesen megtakarítja a valószínűleg elégtelennek minősített magánorvosi vizsgálat és bizonyítvány díját. Azok a nem tüdő- és nemibeteggondozó intézeti orvosok pedig, akik hasonló bizonyítványok kiállítására bármi okból ingyen vagy esetleg fillérekért lesznek kötelesek, nyilván a felelősségtől és felesleges munkatöbblettől szabadulás céljából a jelentkezőket a tüdő- és nemibeteggondozókhoz fogják utasítani.

Mindezekből azt a gyakorlati következtetést kell

CIGELKA
jód-brómos források gyógyvizei
1843
óta vannak forgalomban

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

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

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

levonni, hogy mindaddig, amíg az egészségvédelmi szolgálat és az egészségügyi propaganda eredményeként nem alakul ki az egészségügyi törzskönyvrendszer régebben kifejtett,*) alapos, rendszeres, sok és részletes adatot tartalmazó formája, amelyből az egyén öröklési terheltsége, egészségi állapota megnyugtatóan kitűnik, a házassági tanácsadás csak a tüdő- és nemibetegségek kizárására irányulhat. Ez az ismertetett rendeletben is benne foglaltatik. Fölösleges tehát a sok formaság, a hosszú és szövevényes rendelet, a tisztiorvos szerepe. Elég lett volna a következő rendelkezés:

»Minden házasulandó köteles tüdő- és nemibajtól mentességét az anyakönyvezés előtt igazolni. Szegények a tüdő- és nemibeteggondozó díjtalan bizonyítványaival, fizetőképesek a kijelölt szakorvosok magánorvosi díjszabály alá eső bizonyítványaival. Akit a vizsgáló gondozó intézet vagy magánszakorvos betegnek talál, a népbetegségekről szóló törvény értelmében bejelentendő, magát gyógykezeltetni tartozik, gyógyulásáig házasságot nem köthet.«

Hisszük, hogy a kérdések hasonló, egyszerű, népszerű, célszerű és méltányos rendezése nagyobb eredményre vezetne mind a betegek, mind az orvosok körében, mint a vázolt bürokratikus elintézés.

Zemplényi Imre dr.

*) O. H. 1938. 37. sz.

Vitajecol *standardizált csukamájolaj.* Egy gr-ban 1500 I. E. természetes A- és 125 I. E. természetes D-vitamint tartalmaz. Rendkívüli előnye, hogy csaknem teljesen szagtalan és ízetlen, miáltal a legkényesebb gyermeknek is — akik egyébként a csukamájolajat íze miatt nem bírják — könnyen adható. A Vitajecol gazdag mindazon jól felszívódó, könnyen oxydálható és emulgeálódó zsírsavakban és zsírokban, melyek a természetes csukamájolajnak különleges tápértéket biztosítanak. Kalóriaértéke Poulsson szerint evőkanalanként 125 kalória. Toxikus mellékhatásoktól mentes. Könnyen adagolható, túladagolás veszélye nélkül. Indikált: rachitis megelőzésére és kezelésére, osteomalacia, fogcaries, tuberculosis, scrophulosis, általános roborálás esetén és általában csukamájolaj helyett.

VEGYES HIREK

Személyi hír. A kormányzó a vallás- és közoktatásügyi miniszter előterjesztésére *dr. bilkei Papp Lajos* magyar királyi egészségügyi főtanácsos, a székesfővárosi gyógyfürdők és gyógyforrások központi igazgatója, budapesti királyi magyar Pázmány Péter tudományegyetemi magántanárnak a szakirodalom művelése és az orvosképzés terén szerzett érdemei elismeréséül az egyetemi rendkívüli tanári címet adományozta.

A Kolozsvári Egyetemi Zenekar — mint örömmel halljuk — megalakult, miben nagy része van a közel két évtizede annyi sikerrel működő budapesti Medikus Zenekarnak. Az alapítók között ott látjuk ennek régi oszlopos tagját: *Itzés Jenőt, Krasznói (Kedrovits) Mihályt* és *Kolonits Barnát*, ki ott is a karmesteri pálcát vette a kezébe. A zenekar tanárelnöke *Annau Ernő*, az orvosi vegytan professora lett, aki fiatal assistenskorában sok rokonszenvvel látta a medikuszenekar működését a pesti gyógyszertani intézet könyvtárszobájában. Sikert kívánunk működéséhez!

A Medikus Táncestélyt január 17-én rendezte az Orvostanhallgatók Segítő Egyesülete a Pesti Vigadó termeiben. Ezidén a rendkívüli viszonyokra való tekintettel bál helyett táncestély keretében volt együtt az estély előkelő és díszes közönsége. A táncestély megnyitására *Imre József* professzor, az estély pártfogója adta meg az engedélyt. A megjelent előkelő közönség soraiban ott láttuk: *Navratil Ákos* Rector Magnificust, *Belák Sándor, Hainiss Elemér, Huzella Tivadar, Verebély László, Ertl János, Ratkóczy Nándor* egyetemi tanárokat és még sokakat az orvostársadalom előkelőségei közül. Meg kell állapítanunk, hogy az idei rendező gárda élén Bartha Miklós elnök, ifj. Ertl János és ifj. Matolay György társelnökökkel a hagyományokhoz méltóan teljesítették kötelességüket. Az anyagiak is ehhez mérten szépen növekedtek és sok szegény medikus életét és tanulmányát fogják megkönnyíteni.

A hősi halált halt orvosok emlékművének új helye. Miután az emlékmű felállítása a Gellérthegy oldalában e célra juttatott helyen a váratlanul felmerült akadályok miatt meghiúsult, az illetékes hatóságok az emlékmű új helyéül az Üllői-út és Ludoviceum-utca elágazódásánál fekvő kis parkot jelölték ki.

Új előfizetőink elnézését kérjük az 1. és 2. számunk megküldésének késése miatt. Nagy örömünkre oly sokan léptek be előfizetőink táborába, hogy készletünk kifogyott, lapunk példányszámát fel kellett emelni és az 1. és 2. számunkat újra kellett nyomatni. Pár nap mulva mindenki meg fogja kapni a hiányzó 1. és 2. számokat.

Kuncz Andor dr., a kolozsvári egyetem rendkívüli tanárának új címe: Budapest, Üllői-út 42., MÁV kórh. főorvos. Orvoskari naptárunkban szereplő régi címét kérjük kijavítani.

calcium + ephedrin
Calciphedrin
INJEKCIÓ DR EGGER TABLETTA

HETIREND

Kedden, 27-én ¾7 ó. A Bp. Orvosi Kaszinó ülése. *Fleischmann L.:* Az otosclerosis pathologiájának és therápiájának mai állása.

Kedden, 27-én d. u. ½7 ó. A Bp. Kir. Orvosegyesület Orr-, Gége- és Fülészeti Szakosztálya ülése (egyetemi orr-, gége- és fülklinika). Bemutatások: 1. *v. Tátrallyay (Wein) Z.:* és *Jeney L.:* Lórugásból származó koponyaalapi törés műtéttel gyógyult esete. 2. *v. Tátrallyay (Wein) Z.:* Cholestheatoma okozta conservativ radicalis műtétet utánzó csontüreg. Előadás: *Halm T.:* A fül jelentősége a repülésnél.

Szerdán, 28-án 6 ó. A Magyar Orvosok Röntgen-Egyesületének ülése. Bemutatás: *Leszler A.:* Adatok a tüdőcsúcsdaganat kérdéséhez. Előadás: *Barnóthy J.* egyet. magántanár, felkért előadó: A kozmikus sugárzás. *Toperczer J.:* Az X-sugárvédelem meghatározása.

Csütörtökön, 29-én 6 ó. A Bp. Kir. Orvosegyesület Orthopaediai Szakosztályának ülése. Előadás: *Mester Z.:* A gyermekkori acetabulumsérülések. *Balta Béla L.* orvosfőhadnagy m. v.: A mai háború kézlövéseiről. *Reichard J.:* A neuritis — neuralgia kérdés orthopaediai vonatkozásai.

Pénteken, 30-án 6 ó. A Bp. Kir. Orvosegyesület ülése. Bemutatások: *Kalló A.:* Szokatlan nagyságú vesetömlő műtéti esete. Medencében elhelyezkedő köves vese. *Basch I.:* Az idült izületi gyulladás gyógyítása terhesek vérével. Előadás: *Vajda K.:* Orvosi vonatkozások Shakespeare drámáiban.

Orvosi műszerek haláleset miatt eladók 9—11-ig I., Pauler-u. 13. I/c 4.

Frontátvonulások és kísérőjelenségeik jan. 4, jan. 10-e közt. Ezen a héten a betöresi frontok száma rendkívülien csekély, a felsiklási frontoké ellenben (a hét második felében) igen nagy volt. A frontok részletes adatai:

Átvonulás ideje Budapesten			A front		Kisérő eseményei*
	hó	nap óra	fajtája	fejlettsége	
Január		6 20	Felsiklási	Mérsékelt	Légnyomásnyugtalanság és enyhülés.
		7 3	Betöresi	»	Szélfordulás É-ra és havazás.
		8 8	Felsiklási	Erős	Praefrontalis havazás 0 órától, 9 mm.
		8 9	Betöresi	Mérsékelt	Hózápor és hófuvás.
		8 18	Felsiklási	»	Havazás veszteglő fronton reggeltől.
		8 23	»	»	Gyenge havazás 18 órától.
		9 1	Betöresi	»	Hózápor, szélrohamok, hófuvás.
		9 11	Felsiklási	»	Kis havazás.
		9 21	»	»	Kis ónoseső és havazás.
		10 16	»	»	Praefrontalis havazás 11 órától.
		10 17	Betöresi	»	Szélélénkülés.

Az összes időadatok nyári időszámításban értendők!

* A táblázat utolsó oszlopában szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a M. Kir. Orsz. Meteorológiai Intézet öníró műszereinek adatai. Részletes magyarázatot lásd 1942. 1. szám 14. old.

FAGIFOR „CITO"

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lacto-kreosot-syrup

Ideális enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

lag. orig. P 2·35, pénzt. csom. P 1·01

Szabadon rendelhető: MABI, MÁV. B. B. I. Szklőv. közkórháza Szklőv. Aik. Segítő Alapja. Keresk. Segélyegy

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

A sárospataki járás főszolgabirájától.
5746/1941. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Zemplén vármegye sárospataki járásához tartozó vajdácskai közegészségügyi körben megüresedett körorvosi állásra másodszor hirdetek pályázatot.

Az állás javadalma az állami rendszerű X. fizetési osztály 3. fokozata szerinti fizetés, lakáspénz és a rendelő szoba fűtési és világítási költségek fejében havi 12 pengő külön járulék, továbbá útiátalány. Az útiátalány ellenében a közegészségügyi körbe tartozó valamennyi községet hetenként kétszer meg kell látogatni, valamint járvány vagy más rendkívüli szükség következtében felmerülő kiszállásokat is el kell látni.

Az állást elnyerni óhajtók a m. kir. Belügyminiszter úrhoz címzett, szabályszerűen felülbélyegzett kérvényeiket ezen pályázati hirdetménynek Orvosi Hetilap című lapban történt közzétételétől számított 15 napon belül — közhivatalban levők hivatali főnökük útján — nyujtsák be.

A pályázati kérvényhez a Népegészségügy »Számmagyarázat«-ában 1—14. szám alatt megjelölt okmányok csatolandók.

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

Sárospatak, 1942 január 12.

vitéz Füzesséry Sándor,
főszolgabíró.

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

VITAJECOL Természetes A és D vitaminban gazdag csaknem **ízetlen és szagtalan**

standardizált csukamájolaj

Tartalmaz: 1 gr-ban 1500 I. E. természetes A és 125 I. E. természetes D vitamint.

Indikációk: rachitis, spasmophilia, osteomalacia, fogcaries, tuberculosis, scrophulosis, általában csukamájolaj helyett.

Adagja: csecsemőknek 1—3 kávéskanállal, gyermekeknek 1—3 gyermekkanállal, felnőtteknek 1—3 evőkanállal naponta.

KROMPECHER TÁPSZER- és GYÓGYSZERIPARI Kft., Budapest, V., Nádor-utca 15. szám

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

Alapítványi Közkórház, Gyöngyös
243/1942. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló Gyöngyösi Alapítványi Közkórháznál lemondás folytán megüresedett egy segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása az állami rendszerű XI. fizetési osztály 3. fokozata szerinti fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás és 50%-os térítmény ellenében kiszolgáltatandó I. oszt. élelmezésből áll.

Pályázni óhajtók szabályszerűen felszerelt és felbélyegzett kérelmei a Gyöngyösi Alapítványi Közkórház Bizottságához címezve, a kórház igazgatóságához küldendők meg. Pályázati határidő 1942 február hó 20. napjának deli 12 órája. Elkésve érkezett, a már közszolgálatban állók által pedig a szolgálati út megkerülésével beadott, vagy hiányosan felszerelt kérvényeket figyelembe nem veszem.

Pályázhatnak nőtlen orvosdoktorok vagy orvosnők. Magángyakorlat nincs megengedve, az állás azonnal elfoglalandó. A választás egy évre szól, azonban javaslatomra további egy-egy évre meghosszabbítható. Távozás két hónappal előbb bejelentendő.

Pályázati kérvényeikhez 1940. év október hó 1-én megjelent, a Népegészségügy 19. számában közzétett számmagyarázatban az 1—12. szám alatt feltüntetett okmányokat kell csatolni.

Gyöngyös, 1942 január hó 13-án.

Dr. Wiltner Sándor,
igazgató-főorvos.

466.122/XVI. 1941. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A budapesti magdolnavárosi m. kir. állami elmegyógyintézetnél megüresedett tiszteletdíjas orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma havi 120 P tiszteletdíj, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás, valamint az önköltségi ár 50%-ának megtérítése ellenében I. osztályú intézeti élelmezés.

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

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

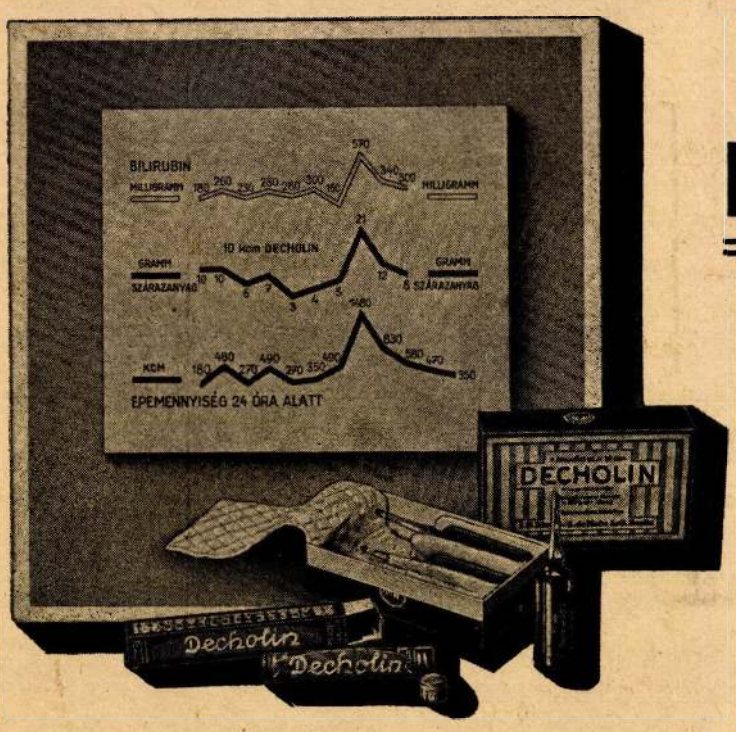
Közszolgálatban álló pályázók a felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, az említett törzskönyvi lappal (minősítési táblázattal) igazolhatják.

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

A tiszteletdíjas orvosnak az intézetben kell laknia, a természetbeni lakást csak saját személyére veheti igénybe s magángyakorlatot nem folytat.

Budapest, 1942. évi január hó 2-án.

M. kir. belügyminiszter.



Decholin

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

J. D. Riedel-E. de Haën A. G. Berlin

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

POLYMICIN
„sec. Dr. BALLAGI ISTVÁN"
polyvalens gombavaccina,

gombás bőrmegbetegedések
(strand-mycosis, erosio interdigitalis, ekzema mycoticum)
gyógykezelésére.
Dr. Pápay-féle oltóintézet és szérumtermelő r. t.
Budapest, IX., Lónyay-utca 12. Telefon: 385-563

261/1942. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A pesti izr. hitközség elöljárósága pályázatot hirdet a pesti izr. hitközség kórházaiban betöltendő következő orvosi állásokra:

1. A létesítendő D) belgyógyászati osztály vezetésére szervezett belgyógyászati osztályos főorvosi állásra.
2. Az A) szülészeti és nőgyógyászati osztály vezetésére elhalálozás folytán megüresedett osztályos főorvosi állásra.
3. A létesítendő B) szülészeti és nőgyógyászati osztály vezetésére szervezett osztályos főorvosi állásra.
4. Egy elhalálozás folytán megüresedett fülészeti osztályos főorvosi állásra.
5. Amennyiben az új belgyógyászati osztályos főorvosi állást az egyik belgyógyászati rendelő főorvosa nyerné el, az így megüresedő egyik belgyógyászati rendelést vezető rendelőorvosi állásra.
6. Amennyiben a szülészeti és nőgyógyászati osztályos főorvosi állások egyikét egyik működő rendelőfőorvos nyerné el, az így megüresedő egyik nőgyógyászati rendelést vezető rendelőorvosi állásra.
7. Egy újonnan szervezett nőgyógyászati rendelőorvosi állásra.
8. Amennyiben a fülészeti osztályos főorvosi állást az egyik működő rendelő-főorvos nyerné el, az így megüresedő rendelőorvosi állásra.
9. Egy újonnan szervezett gyermekgyógyászati urológiai rendelőorvosi állásra.
10. Egy újonnan szervezett gyermekgyógyászati szemészeti rendelőorvosi állásra.
11. Egy újonnan szevezett gyermekgyógyászati stomatológiai rendelőorvosi állásra.
12. Az újonnan szervezett sportorvosi tanácsadóra egy belgyógyászati rendelőorvosi állásra.
13. Az újonnan szervezett sportorvosi tanácsadóra egy sebészeti rendelőorvosi állásra.
14. A rendelő orvosi statusban rendszeresített diétás orvosi állásra.

A kellően felszerelt pályázati kérvények legkésőbb folyó évi január 30-án déli 12 óráig a pesti izr. hitközség elöljáróságához címezve, a hitközség központi iktató hivatalában (VII., Síp-utca 12., I. 21. sz.) adandók be. Később beérkező folyamodások figyelembe vétetni nem fognak.

A kérvényhez születési bizonyítvány, a Budapesti Orvosi Kamara tagságának igazolványa, magyar orvosi diploma, curriculum vitae és tudományos dolgozatok mellékelendők.

A minősítés tekintetében a nagyméltóságú m. kir. belügyminisztérium által 1941. évi december hó 13-án 360.518/XVI/1941. szám alatt jóváhagyott szervezeti és működési szabályzat 58. §-a, a javadalmazás tekintetében pedig ugyanezen szabályzat 68. §-a irányadó.

A megválasztottak alávetik magukat a nagyméltóságú m. kir. belügyminiszter úr által jóváhagyott fenthivatkozott szervezeti és működési, valamint a pesti izr. hitközség képviselőtestülete által 1930. évi október hó 26-án elfogadott szolgálati és fegyelmi szabályzat előírásainak.

Közelebbi felvilágosítással szolgál a hitközség alulírott főtitkára (VII., Síp-utca 12., III. 40. sz. a.), akinél a hivatkozott szabályzatok is rendelkezésre állanak.

Budapest, 1942 január 10.

A pesti izr. hitközség elöljárósága:

Eppler Sándor s. k. főtitkár. — *Stern Samu* s. k. elnök.

7/1942. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Sárvár Nagyközség Közkórháza újonnan szervezett 40 ágyas belgyógyászati osztályára osztályvezető-főorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása az állami rendszerű IX. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő illetmény.

Az állásra csak azok pályázhatnak, akiknek legalább öt évi kórházi gyakorlatuk és belgyógyász-szakorvosi képesítésük van.

A kinevezett főorvos a kórházzal kapcsolatos sárvári vármegyei tüdőgondozó intézet vezetőorvosi állását is elnyerheti, mellyel 888/1940. B. M. számú rendelet 59. §-ában megállapított tiszteletdíj jár (IX. fiz. oszt. 3. fok.). Ezért azok, akik belgyógyaszszakorvosi képesítésen kívül tüdőszakorvosi képesítéssel is rendelkeznek, előnyben részesülnek.

Pályázni óhajtók a Népegészségügy számmagyarázatában 1—12. szám alatt felsorolt okmányokkal felszerelt és Vas vármegye alispánjához címzett pályázati kérvényüket 1942 február 25-ig hozzám nyujtsák be.

Sárvár, 1942. évi január hó 12-én.

Dr. Stubenvoll Ferenc,
igazgató-főorvos.

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

Ajánljuk a klinikailag kipróbált és megbízható
Szitmaltin vitamindús roboránst 100, 250, 500 és 2500 g-os
Demaltos csecsemő tápcukrot 150, 300 és 3500 g-os
Maltosit-ot melyből a malátaleves kényelmesen készíthető, 150, 300, és 3500 g-os **rendes, közalapi** és **kórházi** csomagolású eredeti dobozokban.
GYÁRTJA:
a Kőbányai Polgári Serfőző és Szent István Tápszerművek Rt.
Tápszer-osztálya, Budapest X.

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.

Női és férfi sexualis neurasthenia,
férfiklimax, prostatahypertrophia,
endokrin eredetű bőrbetegségek,
lelki depresszió, rekonvalescencia, stb. esetén

Androstin

him-ivarmirigy
összkivonat •
tabletták, ampullák

Perandren

testosteronpropionat
• synthetikus herehormon
1 ccm-es ampullák à 5, 10, 25 mg.
kenőcs à 25 g-os tubusok

Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel (Schweiz)

Magyarországi képviselő:
Jakitsch János, Budapest, V., Rudolf trónörökös-tér 5.

ACEDICON

a makacs köhögésnél

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

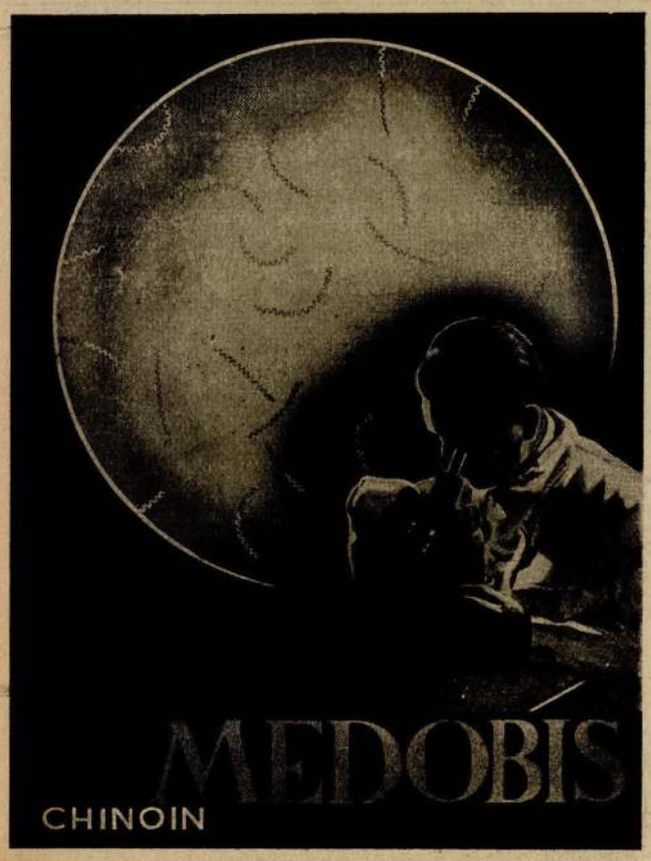
A legcélszerübb és legjobban bevált adagolás, mit a betegek jól türnek: kétszer napjában egy fél tabletta (0,0025) este pedig egy egész tabletta (0,005).

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



MEDOBIS-*Chinoin*

INJECTIO

A KIVÁLÓ BISMUTH-ANTILUETICUM

✩

Olajos oldatú,
magas fémbismuth-tartalmú,
higanfolyó készítmény

✩

Egyes adagja 0·5 kcm

10 ampulla *12 és 25 kcm-es üvegek*

420337. — AZ ATHENAEUM IRODALMI ÉS NYOMDAI R.-T. NYOMÁSA, BUDAPEST. FELELŐS: KARPATI ANTAL IGAZGATÓ.

86. évfolyam. 5. szám. Budapest, 1942. január 31.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26., IV. em.
Telefon: 345-112.
Ingyenes lifthasználat.
(Kérje a portástól.)

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

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

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

SYMPATOL
A SZIV ÉS VÉRKERINGÉS GYÓGYSZERE

Indikációk:

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

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

Sulyos kollapsus:
Mütétek – Szülések – Vérveszteség – Shok

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

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

Influenza

és meghűléses betegségekben

Megelőzésre és kezelésre hűlések, különböző formájú anginák és influenza esetén

Revasa-pasztilla az ingermentes, nem festő száj- és garatüregfertőtlenítő

Influenza kezelésére

Gardan a bevált antipyreticum, analgeticum és antirheumaticum

A védekező erők fokozására

Omnadin megrövidíti és enyhíti a betegség lefolyását

(Magyar gyártmány!)

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

Köhögésnél

Kresival elősegíti a könnyű expektorációt, enyhíti a köhögési ingert javítja az étvágyat

(Magyar gyártmány!)

»Bayer« LEVERKUSEN

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

BAYER

COREDIOL

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

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

MYOFORT

Coronaria-ereket tágító és vérnyomást csökkentő, biologiailag standardizált szervkivonat.

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

Solutio *Injectio*

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

86. évfolyam. 5. szám. Budapest, 1942. január 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:

Verebély Tibor: Műtéti collapsus esetek. (49—51. oldal.)
Csiky-Strauss Árpád: A m. rectus abdominis és az epigastrica önkéntes szakadása. (51—53. oldal.)
Mayer György: Henning—Norpoth-jelenség gyomorhurutos betegeken. (53—55. oldal.)
Kiss Elemér: Egy példa a Campeanu-féle vitában. (55. oldal.)
Irodalmi szemle. (55—56. oldal.)
Könyvismertetés. (57. oldal.)
Kluge Endre: Levél a szerkesztőhöz. (57—58. oldal.)
Lapszemle. (58. oldal.)
Vegyes hírek. (58. és 61. oldal.)
Hetirend. (61. oldal.)

A Pázmány Péter Tudományegyetem I. sebészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: Matolay György ny. r. tanár).

Műtéti collapsus esetek.

Írta: *Verebély Tibor dr.* egyet. tanársegéd.

Nagyobb, különösen hasi műtétek egyik legsúlyosabb és váratlan szövődménye a látszólag kimutatható ok nélkül fellépő műtét utáni collapsus. Létrejöttének mechanismusára a keringésdynamika kutatásának újabb eredményei bizonyos világosságot derítettek és azt eredményezték, hogy a folyamat korai felismerésével és okszerű kezelésével az eddig túlnyomórészben elveszettnek hitt eseteket is meg lehet menteni.

A közelmultban két esetünkkel kapcsolatban sikerült igen értékes tapasztalatokra szert tenni.

1. 45 éves férfi bizonytalan hasi panaszokkal jelentkezett a klinikán. Gyermekfejnyi terimenagyobbodást találtunk a máj jobb lebnyében, aminek területén az átvilágítás meszes árnyékot mutatott. A 4%-os eosinophilia, az echinococcus complementkötés igenlő volta elmeszesedő májechinococcusra utalt. Egyébként semmi kóros elváltozás kimutatható nem volt. Szív, tüdő, lép, veseműködés kifogástalan, vérnyomás 145 Hg/mm.

Műtét: aether altatásban jobb bordaív menti metszésből a gyermekfejnyi daganat feltárása. A máj jobb lebenyének alsó felszínén, közvetlenül a vese előtt félig elődomborodó, félig a máj állományába ágyazott, mérsékelt összenövésekkel fedett echinoccocus tömlőt találtunk, melynek tokja elmeszesedett, tartalma elhalt, besűrűsödött, barnás kenőcsszerű. Az egész tömlőt sikerült a májból nagyobb nehézségek nélkül kifejteni. A májágyat vérzéscsillapítás céljából Mikulicz tamponnal szorosan tamponáljuk, a sebet rétegesen zárjuk.

A beteg a műtétet jól bírja, hamarosan magához tér, keringése kifogástalan. A műtét után 10 órával az érverés hirtelen szaparodik, 130, majd 140, 160 lesz, vérnyomás 100, majd 60 Hg/mm-re esik, anélkül, hogy a műtét területén, vagy a hasban bármi kóros kimutatható lenne. 24 h mulva a beteg vizeletelválasztása megszűnik és szünetel 3 napon át, ennek megfelelően a vérsavó maradék nitrogenje 140 mg%-ra emelkedik. A kórkép collapsus következtében fellépett extrarenalis azotaemia képének felelt meg, ezért kezelésére viszérbe adott csepegő infusiót állítottunk be és óránként cardiazol-sympatol injectiókkal igyekeztünk a vérnyomást fokozni. Várakozás ellenére a keringés nem rendeződött, a vizeletelválasztás nem indult meg. A műtét utáni 4. napon, abból a feltevésből kiindulva, hogy a collapsus előidézője a májágyba betömött tömeges tampon lehet, azt felerészben eltávolítjuk, ami símán sikerül. A tamponlazítás hatása meglepő volt. A vérnyomás már két óra mulva emelkedni kezdett és 6 óra mulva elérte a 120 Hg/mm-t. Ennek megfelelően 12 óra mulva bőséges diuresis indult meg, aminek eredményeként a MN további 2 nap alatt normálisra csökkent. A továbbiakban a gyógyulás símán zajlott le, a tamponeltávolítás a 8. napon következett be, a seb további 3 hét alatt sarjadzás útján kitelődött és a beteg gyógyultan távozott.

2. 39 éves, lesoványodott férfi, 15 évre visszamenő gyomorpanaszokkal kereste fel a klinikát. 3 hónapja fájdalmai súlyosbodtak, gyakran hányt. A gyomor Rtg. hypotoniás, tágult gyomrot, erősen szűkült, deformált duodenumot mutatott, kifejezetten csökkent ürüléssel. Szív- és veseműködés kifogástalan, vérnyomás 150 Hg/mm. Pylorus szűkület miatt műtétre készítjük elő 3 napon át napi 400 ccm sóoldatot adunk viszérbe.

Műtét: helyi érzéstelenítésben. A heges nyombélfekély miatt gyomorcsonkolást végzünk, sarokanastomosissal. A műtét teljesen símán zajlik le, szinte eszményi körülmények között.

6 órával a műtét után érlökésszaporulat 130-ra, majd másnapra 140-re. A vérnyomás ugyanakkor 40 Hg/mm-re esik. A műtét utáni napon mély, comatosus eszméletlenség lép fel, az izomzat teljes atoniájával, areflexiával, vizeletelválasztás csökken, napi 150—300 ccm között ingadozik, a vérsavó MN-je 130 mg%-ra emelkedik. Mindez megint csak collapsus következtében létrejött extrarenalis azotaemiára tereli a figyelmet, azért a collapsus megszüntetésére viszérbe csepegő infusiót állítunk be, amivel napi 6—8 liter isotoniás konyhasóoldatot nyujtunk. Óránként felváltva cardiazol-sympatol és veritol injectiókat adunk. Mindezekkel a vérnyomást emelni csak 60 Hg/mm-re sikerül. A műtét területén semmi kóros elváltozás sincsen. A bélmű-

ködés a 4. napon magától megindul. Minthogy a 4. napon semmi változás sem következik be, az uraemia tünetei pedig egyre súlyosbodnak, a beteget súlyos állapota ellenére alapos physikai vizsgálat alá vesszük. Ekkor feltűnik, hogy a májtompulat nem mutatható ki. Mivel egyébként a hasban semmi kóros elváltozás ki nem mutatható, feltesszük, hogy a hasfal bevarrásakor a laza hasfalu beteg hasűrébe nagyobb mennyiségű levegőt zártunk be. Ezért a jobb bordaív alatt a hasüreget csapolótűvel szúrcsapoljuk. A bezárt levegő nagy nyomás alatt hallhatóan távozik, mire a májtompulat ismét teljes egészében kimutatható. A beavatkozás hatása bámulatos volt. Három óra alatt az eddig teljesen reménytelenül elégtelen keringés kifogástalanná rendeződik, a vérnyomás 130 Hg/mm-re emelkedik, érlökés 90-re csökken. Bő diuresis indul meg. A beteg már aznap estére magához tér, MN-je másnap 60 mg%-ra száll le, hogy harmadnapra a normalis értéket elérje. Ettől kezdve a beteg a gyors gyógyulás útjára lép s csupán az eszméletlenség ideje alatt keletkezett felfekvésének kezelésére tartjuk vissza a klinikán, amiből is rövidesen felépült.

A két esetben érdekes párhuzam vonható. Mindkét esetben felső hasi beavatkozás után collapsus fejlődött ki, amely súlyos extrarenalis azotaemiához vezetett. A veseműködés elégtelenségének létrejötte *Gömöri* és *Podhradszky* vizsgálatainak alapján jól magyarázható a következőképpen. A mai felfogás értelmében a glomerulusokban ultrafiltratio történik, aminek mennyiségét a vérnyomás, a plasma colloidosmosisos nyomása, valamint a vér keringési sebessége szabja meg. A vérnyomásnak a glomerulusban le kell győznie a plasma colloidosmosisos nyomását. A glomerulus filtratum mennyisége tehát nagyjából a vérnyomás és a colloidosmosisos nyomás különbségének függvénye. Ha már most a vérnyomás csökken, vagy pedig a vér besűrűsödése (pl. exsiccosis) miatt a colloidosmosisos nyomás nő, természetesen a filtratum mennyisége csökken. Minthogy pedig a vérnyomás a glomerulusban az aorta vérnyomásának nagyjából a fele, érthető, hogy eseteinkben a collapsus következtében létrejött tartós vérnyomássüllyedés a glomerulusban a vérnyomás és colloidosmosis nyomás különbségét megszüntette és ezzel a glomerulus filtratiót leállította. Ezáltal egyébként ép vesék mellett extrarenalisan, tisztán keringésdynamikai okokból azotaemia lépett fel.

A tapasztalatok szerint az extrarenalis azotaemia megszüntetésének egyetlen lehetősége a bőséges isotoniás konyhasóoldat intravenás bevitele. Eseteinkben azonban ez nagyjából hatástalan maradt, mert a collapsust megszüntetni nem tudta, aminthogy a keringés javításának centralisan és peripheriásan ható két hatalmas hatású gyógyszere, a cardiazol és a sympathol, illetve veritol is hatástalan maradt.

Ezért kellett eseteinkben a collapsus tartós fennállását előidéző okot felkutatni.

A collapsus gyüjtőfogalma alá sorolunk minden olyan állapotot, amelyben térarányatlanság támad a keringő vérmennyiség és az érpálya ürtartalma között. Minthogy a keringő vér mennyiségét, valamint az érpálya ürtartalmát igen sok tényező határozza meg, kóroktani szempontból a collapsus létrejöttének oka bármelyik szabálvozó tényező megváltozása vagy kiesése lehet. *Gömöri* így kóroktani szempontból osztályozva a collapsus fajait, következő, gyakorlatilag elsőrangúan bevált vázlatot állapította meg.

A keringés elégtelenségének oka lehet centralis és peripheriás eredetű.

1. A centralis keringési zavarok forrása a szív heveny vagy idült elégtelensége.

2. A peripheriás elégtelenség származhatik a vérpálya túlzott hirtelen bővüléséből, ezek a vasoregulatiós collapsusok, valamint a vér mennyiségének megkevesbedéséből, ezek az oligaemiás collapsusok.

a) A vasoregulatiós collapsusok ismert formái a vasomotorbénulás, a vagus tonus kóros fokozódása (Goltz-reflex), az orthostatikus collapsus (pl. az astheniások collapsusa hirtelen felálláskor vagy a repülők collapsusa), végül a carotis sinus túlérzékenysége.

b) Az oligaemiás collapsusokban megfogyhatik a vér alakelemeivel együtt (vérzéses collapsus), megfogyhatik a víz a vérben (exsiccosis), végül a sérült capillarosokon át kivándorolhat a vérplasma (schok, valószínűleg histamin hatásra).

Természetesen bármilyen eredetű collapsus azonos képet mutat a keringés elégtelenségét illetőleg, hiszen az említett tényezők egymásrahatása mindig fennáll. Ha tehát pl. a collapsus vérzés következtében jön létre, az a tartós oxygenhiány következtében előbb-utóbb központi érbénulást, sőt később szívműködésbeli zavart is fog előidézni. Másszóval mindenfajta eredetű collapsusban végeredményben előbb-utóbb circulus vitiosus keletkezik a különböző keringést szabályozó tényezők egymásrahatása következtében.

A vérraktárak keringésdynamikai jelentőségére a collapsusok kóroktanában *Eppinger* és iskolájának nyomán *Zopff* hívta fel a figyelmet. Messzire vezetne e helyen érdekes vizsgálatainak részletezése, de klinikai szempontból nagy jelentősége volt annak a ténynek a megállapítása, hogy a máj, mint másodlagos vérraktár, a kapuérrendszer keringésének szabályozásával szolgáltatja elsősorban a szív számára a megfelelő vérmennyiséget. Ebben a működésben a máj keringésének motora a légzőmozgás, helyesebben a hasprés és a rekesz működése következtében létrejövő állandó nyomásingadozás. Mármost ha a légzés okozta mozgatóerő pl. a hasizomzat vagy a rekesz bénulása következtében, vagy éppen nagyobb arányú pneumoperitoneum miatt kiesik, vagy a máj capillarisainak sérülése (shok) következtében az állomány ú. n. serosus gyulladása miatt a kapuérrendszerben a keringés ellenállása növekszik, a szív üresen kezd dolgozni, tehát létrejön a collapsus. *Zopff* ezt a lehetőséget kísérletileg igazolta.

Eseteinkben tehát a vázoltak alapján kellett a tartós collapsus okát megtalálni. A collapsus okának meghatározására két lehetőség nyílt. Az egyik elgondolás szerint a májba helyezett tampon, illetve a nagyfokú pneumoperitoneum a vagus túlingerültségi állapotát hozta létre és ez vezetett collapsushoz, hasonlóképpen a *Goltz*-reflex mechanismusához. A másik elgondolás szerint az első esetben a gyermekfejnyi májágy szoros tamponálása a májtérfogat ingadozását akadályozta meg, második esetünkben a művi pneumoperitoneumban a máj körül levegőköpenyt hozott létre s így a légzés keringést fenntartó hatását kapcsolta ki. E szerint tehát a

collapsus keringésdynamikai okokból jött volna létre. Nyilt kérdés marad, hogy a két lehető magyarázat közül melyik közelíti meg inkább a valóságot.

Ami mármost vázlatosan a collapsusok kezelését illeti, oki és tüneti beavatkozásokra van szükség. Oki beavatkozás a collapsust előidéző ok kikapcsolása, pl. a vérzés megszüntetése, vagy éppen eseteinkben a kóros vagusingert létrehozó tényező, illetve a májkeringést mechanikusan akadályozó elváltozás kikapcsolása.

Tüneti beavatkozás a keringő vér mennyisége és az érpálya közötti téraránytalanság megszüntetése.

Feltölthetjük az érrendszert viszérbe kötött csepegő infusióval, ami 6—8 liter folyadék nyujtásából is állhat; továbbá igen hatásosan tölthetjük fel a vérpályát gyakran megismételt vérátömlesztéssel.

Csökkenthetjük az érpálya ürterét akár peripheriásan ható gyógyszerekkel, amilyenek az adrenalin, symphathol, veritol vagy pulsoton, akár centralis hatású gyógyszerekkel, mint a camphor, cardiazol, coramin, centroton, stb. Legcélszerűbbnek látszik a peripheriásan és centralisan ható gyógyszerek együttes alkalmazása. A szívműködés hypoxemiás zavarainak kiküszöbölésére mindezek mellett állandó strophantinadagolás feltétlenül indokoltnak látszik.

A collapsus következtében létrejött extrarenalis azotaemia pedig, mint az eseteinkből levonható tanulság igazolja, megszűnik azonnal, amint a collapsus megszűntével a vérnyomás emelkedni kezd és így a veseglomerulusokban a filtratiós nyomás emelkedik.

Összefoglalás: A két közölt eset jelentősége az, hogy klinikai megfigyelés alapján emberen bizonyíték volt nyerhető a collapsus következtében kifejlődő extrarenalis azotaemia keletkezésének és megoldódásának mechanismusára vonatkozóan, úgy, amint azt állatkísérletben megállapítani és abból következtetni lehetett.

A székesfővárosi Szent Margit-közkórház sebészeti osztályának közleménye. (Főorvos: Fáykiss Ferenc.)

A m. rectus abdominis és az a. epigastrica önkéntes szakadása.

Írta: *Csiky-Strauss Árpád dr.*, adjunctus.

A rectus abdominis izomzatába történő spontán bevérzést és az izomnak kóros szakadását mindig egyszerre és egymás mellett szokták említeni. Az izomnak és a hasfali ütőérnek a szakadását követő igen ritka kórkép pedig már évtizedek óta élénken foglalkoztatja az irodalmat, mert a hasfalban keletkezett vérömleny és az ezzel kapcsolatos tünetek rendszerint egy sürgős műtéti beavatkozást igénylő súlyos hasüri folyamat tüneteit szokták mutatni. *Hilgenweiner*, — akit számos szerző idéz — traumás és spontán eredetűekre osztja fel a szakadásokat. A traumás eredetűek gyakoribbak; a spontán szakadásnak, illetve vérzésnek 1932-ig mindössze 150 esetét foglalta össze a svéd *Nilsson*, ezután pedig még 14 esetet találtam az irodalomban.

Az arteria és az izom önkéntes szakadása *Hilgenweiner* szerint súlyos fertőző betegségek után, terhesség alatt és idős korban, *Herley* szerint még hájasság, erősen lógó has esetén is minden trauma nélkül következhetik be. A nagy lázzal járó súlyos fertőző betegségek kapcsán az általános intoxicatio következtében az izomrostok elfajultak, az érfalak elváltoztak és rendes ellenállóképességüket elvesztették, úgyhogy már erősebb izomösszehúzódásokra szakadások és vérömleny keletkezhetik. Terhességben az izomzat megnyúlásával az a. epigastrica falában kis szakadások és gyakran aneurysmák támadnak, mivel ez pl. a carotis externával szemben nem kígyózva, hanem teljesen egyenesen halad; ehhez járul még az egész vérkeringési apparátus elváltozása, úgymint a vérnyomás emelkedettsége és az alsótest gyakori viszérpangása. Idős korban a szövetek rugalmassága csökkent, az arteriosclerosis miatt az erek szakadékonyak, ugyanez vonatkoztatható a zsíros, erősen lógó hasra is, amint ez egyébként a hasi műtétekből közismert. Tehát az arteria, illetve izom spontán szakadását minden olyan ok létrehozhatja, amely az izom szövetében és az arteria falában elváltozást okoz. Fiatalabb korban pedig az ép arteriát, illetve izmot is valamely túlzott izomműködés, pl. sportolás vagy nehéz emelés elszakíthatja. Itt a hirtelen, erős izomösszehúzódások játszanak nagy szerepet, ilyenkor az arteria epigastrica megrándul, sőt azt a linea semicircularis, illetve arcus Douglasi valósággal át is vághatja.

Az önkéntes szakadást előidéző okokat általánosakra és helyiekre oszthatjuk fel; az általános okok lehetnek veleszületettek, vagy szerzettek; a helyiek legtöbbször szerzettek. Általános okok az arterialis hypoplasia, az arteriosclerosis és valamennyi idült infectio és intoxicatio, mely esetekben a véredényfalakat támadás érte. *Bogetti* érdekes összefoglalása szerint ilyen okok a csúz, lues, gümőkór, szesz, phosphor, májcirrhosis, typhus, paratyphus, vérhas, variola, grippe, tetanus, malaria, recurrens, égés és fagyás. A helyi okok részben ugyanezek a felsorolt okok lehetnek, azonkívül még régi traumák, melyek az arteria falának locus minoris resistentiae-jét idézik elő.

A felsorolt okok egyenként és esetleg több ok közrejátszása is létrehozhatják az arteria és izom szakadását, amely így minden különösebb behatás nélkül, rendes testmozgás esetén szokott bekövetkezni. *Trofimov* érdekes esetében egy 51 éves asszonynak az ágyban való megfordulása közben, minden trauma nélkül hasfalában daganat támadt, amely később vérömlenynek bizonyult. *Nilsson* 2 esetében a bronchitises köhögés váltotta ki a hasfali vérömlenyt, 52 és 61 éveseken. *Kapel* és mások szintén öregkorban bekövetkezett hasfali vérömlenyeket írnak le. *Nussbaum*-nak egy tetanusos betege esetében az izomösszehúzódás okozta a szakadást, *Tillmann* szerint egy iszákoson igen csekély erőbehatásra állott be az izomszakadás.

A hirtelen erős hasi izomösszehúzódások fiatalabb korban is okozhatnak ér- és izomszakadást. *Lennez* 12 esetet gyüjtött össze, midőn lóra való felszálláskor az energikus izomösszehúzódás hasfali vérömlenyt és izomszakdást idézett elő. *Nussbaum* coitus kapcsán keletkezett 2 hasfali vérzés esetét ismertette, mások különféle sportok és nehéz súly emelése közben bekövetkezett hasfali vérzés-esetekről számolnak be.

A műtét utáni rectus-hüvelybe történő vérzést is az önkéntes szakadások közé szokták számítani, bár ilyen esetekben előzőleg műtéti trauma történt.

Mintz számol be 2 súlyos esetről, mindkettő halálos volt.

A szakadások leggyakrabban, többször szülő nőkön, sportolók között és egészen idős korban fordulnak elő. Az izom szakadása ritkább és nagyobb vérömlennyel jár, mint az arteriáé. Érdekes, hogy az esetek jóval nagyobb részében baloldalt történt a szakadás. A vena epigastrica szakadásakor csak elvétve észlelhető vérömleny, mert ezt a hasfal feszülése megakadályozza, egyébként a vena szakadása igen ritka, kanyargósabb volta miatt. *Morton* appendicitis gyanuja miatt végzett műtét kapcsán bukkant rá a vena vérzése folytáni vérömlenyre.

A klinikai képre legjellemzőbb az igen erős helyi fájdalom, amely a szakadás pillanatától kezdve állandóan, napokig fennáll, a beteg úgy érzi, mintha oda erős ökölcsapást kapott volna. Rendszerint teljes tompultságú daganat tapintható, esetleg látható az epigastrica haladásának irányában. A daganat rugalmas tapintatú és helyzetváltoztatáskor nem változik. Bár a spontán szakadás többi tünetei esetről-esetre nagyon különbözők, gyakran ismétlődő jelenségek a sápadt arc, émelygés, hányásinger, hányás, helyi hashártya-inger, esetleg shock, subfebrilis hőmérséklet, szapora pulsus.

A bajt legtöbbször nem is lehet megállapítani, mert a felsorolt tünetek, amint látható, nem jellemzőek és inkább valamilyen hasüri megbetegedésre engednek következtetni. Mindenesetre rectalis és vaginalis vizsgálattal a nőgyógyászati folyamatokat ki lehet zárni. Ha a vérömleny kicsiny, akkor a belső genitáléktól határozottan elkülöníthető, a hasfallal összefügg, attól eltolni nem lehet és kevéssé mozgatható. Ezzel szemben, ha a vérömleny nagy, úgyhogy látszólag az egész kismedencét kitölti, akkor szükséges, hogy egy ovariális tömlő nyelének hiányát ki tudjuk mutatni. Megkülönböztető kórhatározás szempontjából ezen a tájon még féregnyúlványos szövődmények, a hólyag sérülései és az urachus cystája jöhetnek számításba. Igen gyakran ileus képét mutatja.

A kórisme felállításához *Bogetti* szerint a próbapunctio — ha lehetséges — gyakran hozzásegíthet. Nagy jelentősége van a vérnyomásnak és a leucocyták számának, amely az első órákban 16.000-ről 50.000-re szökhet fel egyidejű eosinophiliával párosulva. Ezenkívül útbaigazíthat még a vérnek alvadási minősége és a Wassermann-próba.

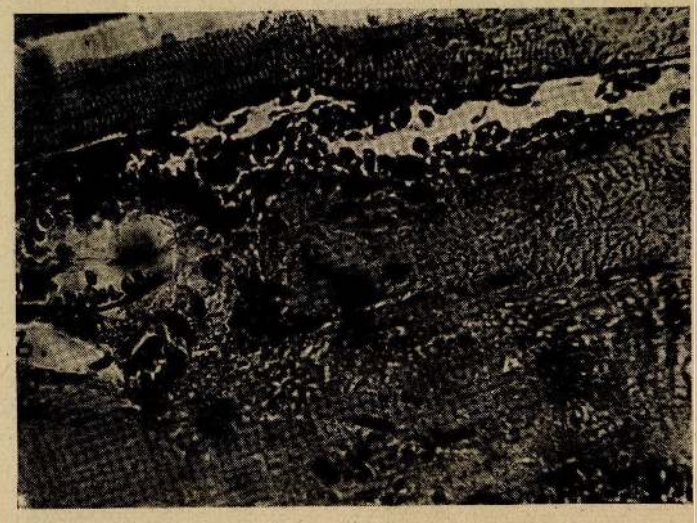
Érdekes, hogy a hasfali vérömleny tüneteit a legtöbb szerző valamilyen sürgős beavatkozást igénylő hasüregi megbetegedésre vezette vissza és ezért laparatomiát végzett, amelynek negativ eredménye után a megvastagodott hasfalat pontosan kitapintva és a m. rectus hüvelyét megnyitva talált csak rá a vérömlenyre, esetleg izomszakadásra is. A vérzést okozó véredényt csak a legritkábban lehetett kimutatni, minthogy annak szakadási szélei visszahúzódtak. A hasüregi folyamatot mutató erős hashártya-tünetek miatt sokan ileus, mások daganat, ovarialis tömlő, apendicitis miatt végeztek laparatomiát.

Osztályunkról olyan érdekes esetet szeretnék ismertetni, ahol a súlyos tünetek miatt szintén műtétre került sor; egy másik esetben pedig a vérömlenyt az előbbi eset alapján pontosan sikerült kórismézni és így a műtétet elkerülni.

Az első esetben a 30 éves beteg beszállításakor shock-ban volt. Sápadt, pulsusa igen szapora: pként 140. Hőmérséklete: 37.2 C. Az egész has deszkakemény, a bal alsó hasi tájon, a középvonaltól 2—3 harántujjnyira a középvonallal párhuzamosan, kb. 15 cm hosszú, 8—10 cm széles, feszes, kiemelkedő, daganatszerű terület volt. A beteg ordított fájdalmában. Azt mondta, 5 nappal azelőtt járás közben megrándult és roppanást érzett baloldalt alul, ahol a tumorszerű képletet is észleltük. Öt nap alatt ez a roppanás megismétlődött, a jelzett helyen napról-napra fokozatosan erősödő fájdalmat érzett és csak görnyedt testtartással tudott járni. Az 5. napon kibírhatatlan hasi görcse és rosszulléte miatt beszállították. A shock megszüntetése után a jelzett terület látszott a legérzékenyebbnek a még mindig feszes hason. A peritonealis tünetek oly erősek voltak, hogy egy intraabdominalis folyamatra, nevezetesen ileusra gondoltunk, de nem lehetett teljesen kizárni egy esetleges gyomorátlyukadást sem.

A betegen ezért alsó mediánban laparatomiát végeztem. A hasüregben szabad, ép képleteket találtunk, rendellenesség nem volt, ellenben a bal alsó hasfalban kis gyermekfejnyi képletet lehetett tapintani. A hasüreg zárása után a resistentiát mutató részt a műtéti seben át megnyitva, a rectushüvelyek között kis gyermekfejnyi üregre bukkantunk, melyben igen nagy haematomát és sárga színű izomcafatokat találtunk; a haematoma minősége jó néhány napos vérzésre utalt. Az üreg kitakarítása után feltünt az e területen levő izomfolytonossági hiány, a felső és alsó rectusszélek cafatosak, sárgás színűek voltak, ezen szélekből szöveti vizsgálatra is kivettünk. Az alsó rectusszélen thrombotisált erek tüntek fel. Az üreget tamponálva a hasat zártuk. A beteget 4 héttel később gyógyultan engedtük haza; az üreg helyén lévő sérvvel félév mulva jelentkezett.

A szöveti lelet szerint (Kálló Antal dr. egyetemi magántanár, az Új Szent János-kórház boncoló-főorvosa) a beágyazott készítményekben friss vérzések és friss sarjadzásos szövet által szétdúlt haráncsíkolt izomszövetet találni. Az izomrostok majdnem teljesen homogenizálódtak, *viaszos elfajulást* mutatnak. Az *izomrostkötegek között található sarjadzás specificitást nem mutat.* A leírt szöveti kép alapján a harántcsíkolt izomszövet elfajulása látszik elsőlegesnek, ennek következté-



Az egyenes hasizom grippe utáni viaszos elfajulása, amely izomszakadást és hasfali vérömlenyt okozott; a) ép izomrostok, jól kivehető harántcsíkolattal; b) viaszos elfajulásban levő puffadt, széttöredező izomrostok.

ben jöhetett létre az izomszakadás és így az izomközti vérzések. Az ezáltal okozott szövetszakadás reparálására indulhatott meg azután a rostok közti sarjadzás.

Az izmok úgynevezett *Zenker*-féle viaszos elfajulását (degeneratio cerea) typhus vagy más fertőző betegség okozta lázas intoxicatiónak tulajdonítják, s az elfajulás különösen az egyenes hasizmokban, a rekeszizomban és egyes combizmokban szokott végbemenni. A beteg anamnesisében typhus nem fordul elő, a beteg vére a Widal-reactiót 1:40-szeres hígításban adta. Wassermann-reactio negativ volt. Az anamnesisben mint fertőző betegség csupán a két héttel azelőtti lázas influenza szerepel, e mellett a beteg iszákos, napi másfél-két liter bort fogyaszt. *Bogetti* összefoglaló munkájában az okok között a grippét és az alkoholt is felsorolja.

Mc. Carty, Ray B. amerikai sebészek 1934-ben együttesen olyan érdekes esetet közöltek le, midőn egy 60 éves grippében szenvedő asszony jobb rectus izomzatában spontan szakadás és vérömlés jött létre, szerintük hasonló esetet nem találtak az irodalomban.

Ha *Andrews, Smith* és *Laidlaw* angol kutatók eredményeire gondolunk, akik az 1933. évi londoni influenzajárvány alkalmával igazolták, hogy a kórokozó szűrhető virus és ezt az amerikai *Francis* egy évvel később megerősítette, akkor magyarázatot kap az influenza szertelen ragályossága, amit egyébként az 1939. évben New-Yorkban tartott mikrobiológiai világkongresszuson elhangzottak is bizonyítanak.

Igy a spontan izomszakadás és vérömleny okául az alkohol által kikezdett szervezetben jogosan lehet a grippét tekinteni. Esetem ezért különös aethiológiája és klinikai kórképe miatt a ritka irodalmi esetek közé sorolható.

A másik esetben, egy 63 éves, igen hájas hasú nőbeteg esetében, bronchitises hirtelen köhögési roham után, a köldök alatt, a középvonaltól balra ökölnyi nagyságú, fluctuáló, nem éles határú daganatot észleltem, amely köhögésre alakját és nagyságát nem változtatta. A helyi fájdalomtól, az igen enyhe peritoneális érzékenységtől és a kissé szapora pulsustól eltekintve különösebb tünet nem volt. Minthogy herniát és ileust, továbbá rectalis és vaginalis vizsgálattal tumort vagy ovarialis cystát ki lehetett zárni, az előzőleg előfordult eset tanulságai alapján hasfali vérömlenyre gondoltam, amely a köhögéstől keletkezett. Borogatásra lassan felszívódásnak indult, 1 hónap mulva még keményebb resistentiájú érzéketlen terimét lehetett tapintani, 2 hónap multán pedig már ez is eltünt.

A spontan rectusvérzés e második esetben tehát idősebb korban, zsíros hasfal esetén következett be, midőn az érfalak és az izomzat rugalmasságukat nagyrészt elvesztették már és egy aránylag kevéssé heves izomösszehúzódás, mint a bronchitis alatti erősebb köhögés elégséges volt annak kiváltásához.

A közölt esetek kapcsán leszűrhető tapasztalat az, hogy ha nem túlnagy és nem növekvő a vérömleny, akkor a konzervatív kezelés is eredményes lehet, egyébként a műtét, az üreg kitakarítása az arteria egyidejű lekötésével vagy tamponálással szükségesnek mutatkozik.

Konzervativ kezelés csak biztos diagnózisban ajánlható, kétes esetben: hasüregi folyamatot mutató tünetek mellett inkább próbapunctio vagy műtét jöhet számításba.

A biztos diagnózis azonban igen ritkán, rendszerint csak egyes szerzők megismétlődő esetében sikerült. *Nilsson* első esetében bizonytalan kórismével műtétet végzett, második esetét biztosan diagnosztizálta és konzervative kezelte. *Kapel* ileus gyanuja miatt első esetben operált, második esetében pedig, bár elsősorban hasfali vérömlenyre gondolt, nem tudta teljes bizonyossággal kizárni az ileus lehetőségét és ezért szintén műtétet végzett.

Igen fontos javallat a műtéti beavatkozásra akkor áll elő, ha a hasüregbe való másodlagos áttörésnek, avagy heveny anaemiának a veszélye fenyeget, vagy ha a haematoma genyedésnek indult.

Általában a prognózis jó szokott lenni, kivéve a postoperativ vérzéseket, amelyek rendszerint halállal végződnek. Az izomszakadás mindig kötőszöveti heggel gyógyul, és ez mint inscriptio tendinea állandóan megmarad, a szakadási helyeken nem képződnek újra az izomrostok. A hasfalban keletkező kötőszöveti heg pedig fokozatosan annyira ki szokott tágulni, hogy hasfali sérv képződésével kell a legtöbb esetben számolni.

Pázmány Péter Tudományegyetem II. belklinikájának közleménye. (Igazgató: Boros József ny. r. tanár.)

Henning — Norpoth jelenség gyomorhurutos betegeken.

Mayer György dr.

Minden betegség kórismézésében fontosak a különleges felszerelés nélkül. elvégezhető vizsgáló eljárások, mert ezek nagy értékűek intézetekben és gyakorló orvosok kezében is. A legszebb példát erre a vérsejtsüllyedés nagy elterjedettsége mutatja. Fontos kellékük a könnyű értékelhetőség. E célból az összes lehetőségeket klinikailag meg kell vizsgálni és csak ezután válhatnak azok a gyakorló orvosok kincsévé.

A gyomorhurutok kórismézésével igen sokan foglalkoztak és igyekeztek a leghasználhatóbb eljárásokat megtalálni. Az adatok sokfélesége és ellentmondása mutatja, hogy egyik sem tudott általános érvényű lenni.

Henning és Norpoth közölték, hogy, ha egy csepp friss gyomorbenneket tárgylemezen beszárítunk, akkor a beszáradt csepp alakjából és szerkezetéből gyomorhurutra lehet következtetni. A módszer abból áll, hogy az éhgyomori gyomornedvből egy cseppet tárgylemezre teszünk és 24 óráig szobahőmérsékleten szárítjuk. A beszáradt csepp széli része górcső alatt két alakot mutathat. Egészséges emberen a csepp belső része ágazatos rajzolatot, néha kristályos szerkezetet mutat és az egészet kívülről egy 20—50 μ széles, rajzolat nélküli gyűrű övezi. Gyomorhurutos betegen e gyűrű szélessége 150—500 μ (Henning—Norpoth Ringphänomen) és sajátos árkádos rajzolatot, szakadásokat mutat. Szerintük már szabad szemmel is látható ez sáncszerűen előmdomborodó, üvegszerűen áttetsző gyűrű alakjában. A szerzők csak súlyos és általános gyomorhurutban kapták ezt a positiv eredményt. Henning és Norpoth szerint az egész jelenség a gyomornedv fehérjetartalmával párhuzamosan viselkedik, amennyiben csak nagy fehérjetartalmú gyomornedvben válik positivvá. Ha egészséges gyomornedvhez tojásfehérjét kevertek, széles gyűrűt kaptak. A nagy fe-

hérjetartalmú izzadmányok beszáradt cseppje szintén széles gyűrűt mutatott.

A gyomornedv hasonló változását már többen vizsgálták. Badylkes, Kudaschewitsch és Einhorn a biuret-próbával határozták meg az éhgyomori bennék fehérjetartalmát és azt találták, hogy hurut esetén megszaporodik. Henning és Norpoth szerint a maradék nitrogén megnő ilyen esetben, viszont Wang vizsgálatai lényeges változást nem mutattak. Mazzoleni—Fenwich kimutatták, hogy egészséges gyomornedvben nincs albumin, ennek jelentkezése gyulladásra mutat.

A gyomorhurut kórismézének nehéz felállítása, másrészt a Henning—Norpoth jelenség (HN) könnyű elvégzése arra ösztönzött, hogy nagyobb, klinikailag kivizsgált beteganyagon utánvizsgáljam ezt az eljárást.

Olyan 80 betegen végeztem ilyen vizsgálatot, akik főleg gyomor- és hasonló hasi panaszokkal állottak kezelés alatt. Minden betegen a fizikális vizsgálaton kívül gyomor- és bélröntgenvizsgálatot, gyomor nyálkahártya reliefvizsgálatot, szokásos próbareggelit végeztünk. A próbareggeli minden szakaszából egy-egy cseppet tárgylemezre helyeztem és pormentes helyen szobahőmérsékleten beszárítottam. Ezt használtam a Henning—Norpoth jelenség (HN) vizsgálatához.

A gyomorhurut kórismézét akkor vettem fel, amikor a panaszokon kívül bevont nyelvet, epigastriális nyomásérzékenységet, a röntgenvizsgálaton durva nyálkahártya-rajzot találtunk. A próbareggeli számszerű adatait csak annyiban használtam fel, amennyiben a savtartalom mennyisége szerint osztályoztam a betegeket. A 80 vizsgált beteg között 40 gyomorhurutos volt (20 anacid, 12 subacid, 8 hyperacid). E biztosan gyomorhurutos betegek próbareggelijében a Henning—Norpoth jelenség (HN) 36 esetben positiv volt, ami gastritisre mutatott. Viszont 4 nem gyomorhurutos esetben is positiv volt ez a vizsgálat.

Mielőtt eredményeimet megmagyaráznám, néhány megfigyelésemet közlöm a vizsgálatokkal kapcsolatban:

Henning és Norpoth megfigyeléseivel ellentétben nem lehet *szabad szemmel* a bevezetésben leírt jelenséget megfigyelni, mert ez hamis eredményt ad. Igen gyakran volt megfigyelhető, hogy amikor szabad szemmel széles, sáncszerűen kiálló szegélyt láttunk, mikroskoppal a gyűrű igen keskenynek bizonyult és viszont. Ezek alapján el kell vetni a szabad szemmel való megfigyelést. Minden esetben górcsövet kell használni és ezzel meg kell mérni a gyűrű vastagságát. Ez legegyszerűbben ocularmikrometeres górcsővel történhetik, amellyel pontosan, mikronokban olvasható le a gyűrű szélessége. Az ocularmikrometer osztályzatát úgy lehet bemérni, hogy előzőleg Bürker-kamra ismert méretű vonalaival mérjük össze, esetleg a tubus hosszát addig változtatjuk, amíg 1 beosztás 10 mikronnak felel meg. A vizsgálathoz egyébként 50—100-szoros, tehát csak kis nagyításra van szükségünk.

A górcső alatt nem mindig látható az a szabályos kép, amelyet Henning és Norpoth mikrofotogrammon bemutatott. A gyűrű gyakran nem egyenlően széles, ezért a csepp kerületét végig kell vizsgálni és a legnagyobb és legkisebb szélesség középértékét kell venni. Szakaszos próbareggeli vizsgálatakor előfordult elég gyakran, hogy csak a harmadik vagy negyedik szakaszban volt igen széles a HN gyűrű, tehát csak itt volt lehetséges positiv eltérést észlelni. Ennek nyilván az az oka, hogy a gastritises gyomornedv nem keveredik azonnal a bevitt próbareggeli folyadékkal és ha a sonda vége történetesen ezzel a folyadékkal érintkezik, akkor nem adja a positiv ractiót. Vizsgálataimban positivnak vettem a HN jelenséget, ha csak egy-két szakaszban is széles gyűrűt találtam.

A gyűrű szélességére vonatkozólag Henning és Norpoth megállapításai helyén valóak. 50 μ alatt nem volt gastritis, 50—120 μ között voltak az acut gastritises esetek, míg üdült gyomorhurutban nem egyszer 300—600 μ vastagságú gyűrűt is találtam. Henning és Norpoth az 50—150 μ közötti gyűrűket kétes eseteknek tartják a gyomorhurut szempontjából. Mi úgy vettük észre, hogy acut esetekben észlelhető a gyűrű ily kisfokú szélesedése.

A mérésnél néha nehézséget okoz a HN gyűrű szemcsézett volta. Ez ismeretlen ok miatt keletkezik és porfelhőszerűen bevonja az egyébként rajzolatmentes széli részt. E jelenség állandó jellemzője egy-egy ember gyomornedvének, mert a 3—4 hét mulva megismételt próbareggeliben ismét észlelhető volt. Természetesen ezt a szemcsés részt a gyűrűhöz kell még számítani. Általában a gyűrű belső szélét onnan lehet számítani, ahol a szabályos ágazatos, belső rajzolat kezdődik. Ezt mindig könnyen fel lehet ismerni.

Meg kell továbbá azt is jegyezni, hogy Henning és Norpoth által leírt szabályos árkádos gyűrű rajzolat csak 3 esetben volt látható, úgy, hogy azt ritkaságnak kell mondani. A gyűrű általában rajzolat nélküli, bár néha a gyűrűn belül az előbb említett szemcsés rajzolat egy szélesebb sáv alakjában jelentkezett, ami szintén figyelmen kívül hagyható.

Már Henning és Norpoth foglalkoztak azzal a kérdéssel, hogy mennyiben befolyásolja a jelenséget a duodenalis nedv visszacsorgása, vagy szájnyál lenyelése. Rövid közleményükben csak azt jelezték, hogy lényegesen megváltoztatja a gyűrű kialakulását. Mivel mindkét anyag hozzákeveredése gyakran előfordulhat, kézenfekvő volt ezek hatását is vizsgálni.

A szájnyálból készített csepp körül 20—30 μ vastag gyűrű keletkezik, amely porszerű szemcsézettel van telehintve. A gyűrűn belül rajzolat nincs. Ha már vizsgált gyomornedvhez kevertem nyálat, akkor az nem változtatta meg sem a gyűrű szélességét, sem a belső rajzolatot. Tehát a szájnyál keveredése nem befolyásolja a HN jelenséget. A duodenum nedvből készített cseppnek 40—50 μ széles széli része volt. A bilirubin ebben a gyűrűben gyült össze, mert ez sokkal sárgább volt, mint a többi rész. Amikor duodenalis nedvet gyomornedvvel kevertem össze, akkor az így keletkezett keverék gyűrűje mindig keskenyebb lett, mint a tiszta gyomornedvé. Az epe felületi feszültséget csökkentő hatása okozza ezt a változást. Tehát, ha a próbareggeliben epét találunk, akkor a HN jelenség megítélésében vigyázni kell, mert az epevisszacsorgás az esetleges gastritises gyűrű szélességét csökkentheti, tehát elfedheti a valódi értéket. Ha epés a próbareggeli, akkor a gyűrű szélességét és az egész vizsgáló módszert nem lehet értékelni.

Érdekes, hogy igen szép, gastritises gyűrűt utánzó kép keletkezik, amikor mellkasi exsudatum cseppjét szárítjuk be. Itt körülbelül 350 μ széles gyűrű jelenik meg és a csepp belső ágas rajzolata igen tisztán szemlélhető.

Ezek előrebocsájtása után lássuk az eredményeket! 40 gastritises beteg közül 36 esetben találtam positiv HN jelenséget, míg 4 gyomorhurutos betegen negativ eredményt kaptam. Viszont 40 egészséges gyomornedvet vizsgálva, 36 negativ és 4 positiv HN-t észleltem. E számok mutatják, hogy körülbelül ± 5% hibahatárral jól értékelhető diagnosztikus eljárást kaptunk ezzel a vizsgálattal. Tehát a gastritis kórképének felépítésében jelentős segítőtársat és egy újabb támpontot nyertünk. Sajnos, hogy Henning és Norpoth által leírt makroskopos eltérések nem értékelhetők, úgy, hogy csak mikroscoppal rendelkező orvos használhatja ki e gyors kórisméző eljárás előnyeit.

Összefoglalás: A gastritises gyomornedv beszáradt cseppjét szélesebb gyűrű övezi, mint egészséges esetben (Henning és Norpoth-jelenség). Ezt csak *mikroscopos* méréssel lehet megállapítani. Lehetőleg szakaszos próbareggeli mindegyik szakaszát kell vizsgálni, mert a gyomornedv és a próbaital keveredése nem mindig egyenletes és azért 1—2 szakaszban negativ lehet az eredmény. A szájnyál nem, a regurgitáló duodenum nedv lényegesen befolyásolja a jelenséget.

Egy példa a Campeanu-féle vitában.

Engedtessék meg nekem, mint egy aránylag kisebb tapasztalatokkal bíró sebésznek, hogy ismertessem egy esetemet, mely esetleg rávilágít arra, hogy a Campeanu-féle korai felkeltetés alkalmazása terén milyen eredményekre számíthatunk.

Két évvel ezelőtt 40 éves földmívest operáltam sarcoma testis d. miatt. Műtét: castratio, Bassini. Helyi érzéstelenítés, inguinalis metszés. A beteg gyengeelméjű volt. A műtét utáni éjjel felkelt, vizet ivott, a folyosón járkált, a szomszéd beteg ágyára átmászott, úgyhogy a kórteremben valóságos riadalmat okozott. Másnap rábeszélőképességem latbavetésével se tudtam elérni, hogy nyugodtan feküdjék. Nappal többször felkelt, éjjel a beadott csillapító injectio ellenére többször fent járt. A következő napokon és éjjeleken állandóan többször felkelt, ágyban tartani nem tudtuk. Ilymódon az orvosi utasítás ellenére teljességgel Campeanu elvei szerint utókezelte önmagát. Egy hét mulva per primam gyógyult sebbel kibocsátottam. Hozzátartozói kíséretében lefelé indult a lépcsőn. A lépcső aljában összeesett és tüdő-embóliában hirtelen meghalt.

Ez kétségtelenül csupán egy eset, amiből távolabbi következtetéseket vonni nem lehet. Érdekességet azonban az kölcsönöz neki, hogy dr. v. *Nagy* és dr. *Körmendy-Ékes* tapasztalataikból azt a következtetést merítették, hogy a betegek korai felkeltése elejét venné a műtét utáni trombosisnak és embóliának. Ha most ehhez megemlítem azt is, hogy eddigi sokszáz operált esetemből csak egy kapott tüdőembóliát és a velem együtt dolgozó, jóval idősebb sebészek is csak nagyon ritkán észleltek egyet-egyet, akkor arra a következtetésre kell jutnom, hogy a betegek korai felkeltése nem lehet az egyedüli tényező, amely ennek a szövődménynek gyakoriságát befolyásolja. Ha most megemlítem, hogy tapasztalt szerzők klimatikus változásokkal (front-átvonulás) hozzák kapcsolatba a műtét utáni szövődményeket, akkor arra kell következtetnünk, hogy a betegek korai felkeltése nem csodaszer. Értékes tapasztalatokat olyan sebész tudna szolgáltatni, aki éveken át ugyanabban a városban ugyanolyan beteganyagot operált, kései felkeltés mellett és most ugyanott, egyébként változatlan módszerek mellett, betegeit éveken keresztül korán felkeltetné.

Kiss Elemér műtőorvos.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

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

Az anuriás halál okáról. *Hoff—Smith—Winkler.* (J. Clin. Invest. 6. 1941.) A szerzők munkája, sok régebbi munkához hasonlóan, ismét a uraemiás halált okozó mérget keresi. Ezúttal a K-ról van szó. Experimentalis anuriában a serum K-tartalma emelkedik, olyankor is, ha a K-bevitel teljesen szünetel; a felszaporodó K tehát a széteső sejtekből származik. A halál kb. ugyanazon K-szintnél következik be, mint experimentális K-mérgezésben. K-adagolás nephrectomiás állat életét megrövidíti. Anuriában az EKG-én ugyanolyan elváltozások (ORS nagy fokú kiszélesedése) láthatók, mint K-mérgezésben. Ezek szerint az akut anuriás halál K-mérgezés okozta szívhalál lenne. Nem vonatkozik azonban mindez az idült uraemiára: a K-szint nem emelkedik lényegesen és az EKG-elváltzoésok is más typusúak. (G. 1.)

Gömöri dr.

A vér és vizelet B_1-vitamintartalma fermentációs eljárással vizsgálva. *Goodhart.* (J. Clin. Invest. 6. 1941.) B_1-vitaminmeghatározások különböző idegrendszeri betegségekben az új, a régiekkel szemben jobbnak látszó, fermentációs eljárással. Egészségesek vérében átlagban 5.39 mikrogramm % B_1 található. Az észlelt legalacsonyabb érték egészséges ember vérben 3.1. Alkoholos eredetű neuritisben, enkephalopathiában és cirrhosisban ennél lényegesen alacsonyabb értékeket találtak. (G. 2.)

Gömöri dr.

Egy komplett felszerelésű »Koch und Sterzel, Dresden« gyártmányú röntgenkészülék, pantostat és komplett felszerelésű orvosi rendelő jutányos áron eladó. Cím: Özv. dr. Steinmetz Károlyné, Szeghegy, Bács-Bodrog vármegye.

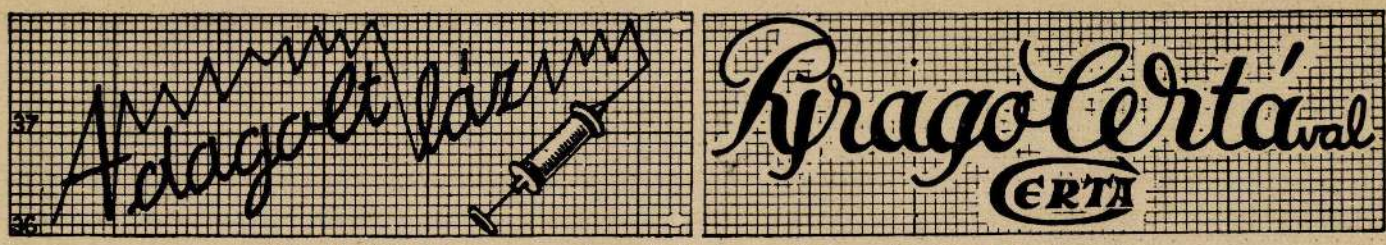
A szövődményes férfi és női gonorrhoea kezelésére

»Behringwerke«
LEVERKUSEN

GONO-YATREN

Forgalomba hozza:
Magyar Pharma Gyógyáru Rt.
Budapest—Kolozsvár

az erélyes hatású gonococcus-vakcina



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

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

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

Teljes fürdő a szülés alatt. *Werner Lüttge.* (Zbl. f. Gynaek. 1941. 18.) Habár a teljes kádfürdők gyógyértéke a szülés alatt fájáserősítés céljából, görcsös fájások, méhszájgörcsök megszüntetésére az irodalomban ismeretes, mégis mind itt, mind pedig a gyakorlatban elvetik manapság még a teljes kádfürdők használatát azzal a megokolással, hogy a fürdővízből csirok juthatnak a belső nemzőszervekbe. Megrepedt burok esetén a fürdő a maj felfogás szerint a fertőzés legnagyobb veszélyét jelenti, azért az irodalomban és gyakorlatban egyaránt elvetik, a bábatankönyvekben pedig a szülés alatti teljes fürdő egyenesen tiltva van. A szerző klinikáján 12.000 esetben a szülés alatt a kádfürdőt chlor-desinficiensek hozzáadásával (Caporit, Perchlorom) teljes sikerrel alkalmazta, tekintet nélkül a méhszáj tágasságára vagy a burok állapotára. Véleménye szerint az eddigi felfogás, miszerint a teljes kádfürdők csirafelvándorlás útján a gyermekágyi láz keletkezését elősegítik, teljesen helytelen. A szülés alatt a teljes kádfürdő szerinte a legjobb védekezés a gyermekágyi láz ellen. A szerző a szülés alatti teljes melegfürdők előnyeit a következőkben foglalja össze: A melegfürdő a vajúdóra a jótékony psychikus hatáson kívül minden más tisztálkodási eljárásnál, mint lemosás, zuhanyfürdő, hatékonyabb és egyenesen fertőtlenítő hatású. Időelőtti burokrepedés, túlhordás, terhesség alatt elhalt magzatok esetében a melegfürdő a legjobb fájáskeltő eljárás. A teljes melegfürdő az időelőtti burokrepedés és a túlhordás diagnosisának megerősítésében is jó szolgálatot tehet, ha a szülőfájások teljes melegfürdő, chininadagolás és thermophor alkalmazása után sem indulnak meg, az időelőtti burokrepedés és a túlhordás diagnosisát nagy valószínűséggel ki lehet zárni. A teljes fürdő alkalmazásával a szülés időtartami is megrövidül; a szerző klinikáján a teljes fürdők bevezetése óta először-szülőknél a vajúdás időtartama 10 órára, többszörszülőknél 6 órára rövidült meg. (O. 1.) *Goszleth Tibor dr.*

Hibaforrás az Aschheim — Zondek-reactióban. *Friedrich Lönne.* (Zbl. f. Gynaek. 1941. 18.) Ma az Aschheim — Zondek-reactio a legmegbízhatóbb korai terhességi próbának tekinthető; előfeltétele azonban, hogy a reactiót megbízható intézetben is végezzék. Bizonyos esetekben, túlságos feszes vagy vastag hasfalaknál, továbbá myoma esetén, mikor is a terhesség korai diagnosisa különösen nehézséget okozhat, az A.—Z.-próbának esetenként nagy jelentősége lehet. A szerző egy alább leírt esettel kapcsolatban különös nyomatékkal hívja fel a figyelmet a vizsgálandó vizelet azonosságának ellenőrzésére. A szerzőt 29 éves nőbeteg kereste fel, hogy méhdaganatát eltávolítsa. Elkülönítő kórisme szempontjából myoma vagy korai terhesség jöhetett szóba, melynek tisztázására a szerző A.—Z.-reactio végzését ajánlotta. Két ízben megejtett vizsgálat alkalmával, mikor is a vizelet azonosságát nem ellenőrizték, a reactio negativ volt. Később narcosisban végzett vizsgálattal a terhesség diagnosisa valószínűvé vált; a feltevés megerősítésére újból végeztetett A.—Z.-reactio, melyet a szerző sajátmaga katheterrel vett vizelettel eszközölt, positivnak bizonyult és a diagnosist megerősítette. A szerző véleménye szerint az előbb végzett negativ reactiók oka csak az lehetett, hogy a vizelet mástól származott. Ez az eset is bizonyítja, hogy milyen fontos az A.—Z.-reactiónál a vizelet azonosságának ellenőrzése. A vizsgálandó vizelet azonosságának ellenőrzésére szerző szerint az A.—Z.-reactiók százalékos positivitása is emelkedni fog. (O. 2.) *Goszleth Tibor dr.*

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

Árnyékmentes röntgenfelvétel. *Larsson.* (Acta Ophth. 19. 1.) Szemgolyó belsejében lévő apró idegentest kimutatása olykor csak a Vogt-féle »skelettfrei« felvétel révén sikerül (fogfilm a kötőhártyazsákban). Szerző *műtéti* úton tökéletesíti az eljárást, amennyiben a kötőhártya megnyitása után a gumival körülvett s meghajlított különleges filmet (Agfa) a szemgolyó mellett belül hátravezeti a hátsó pólusig, miközben a szemgolyót fonál segítségével abdukálja. Felvétel oldalról. Indikátorul a belső egyenes inába helyzett rézdrót szolgál vagy letört tűhegy a sklerába szúrva, közel az idegentesthez. Az eljárás előnye a régi, nemvéres módszerrel szemben, hogy a bulbus hátsó felében lévő apró fémszilánkok is lokalizálhatók. Ez elsősorban nemmágneses idegentest esetén fontos a direct, transscleráis eltávolítás szempontjából. (G. 62.)

Grósz István dr.

A retinalis arteriák vasomotor beidegzése. *Kaj Porsaa.* (Acta Ophthalm. 18. melléklete, 1941.) Szerző a koppenhágai orvosfizikai intézetben végzett állatkísérleteiről számol be. Pernoctonnal altatott macska szemfenekét contact üveg és Ultropak mikroskop segítségével vizsgálta. Az ér caliberét mikrometer okulárral mérve (Fog), az értékeket kymographra viszi át. Az igen preciz tanulmány conclusiói: a retina verőerei nem állanak vasosensoros idegek befolyása alatt s így bizonyos autonómiát élveznek. Az értónust az intravascularis nyomás szabályozza olyképp, hogy minden nyomásemelkedés a tonust emeli és szűkülést vált ki és viszont. Sem a vasosensoros, sem a sympathicus idegek nem játszanak szerepet; kémiai tényező sem valószínű. A retinalis arteriák teljesen azonos módon viselkednek, mint a megfelelő caliberű agyi arteriolák; ez áll az intracranialis nyomásemelkedésre is. Amylnitrit tágító hatással bír anélkül, hogy általános vérnyomásesést idézne elő. (G. 4.)

Grósz István dr.

KÖNYVISMERTETÉS

A vízforgalom és az uraemia kérdése a sebészeti vesemegbetegedésekben. *Dr. Babics Antal.* (Budapest, 1942. Eggenberger-féle könyvkereskedés. 80. oldal.)

A veseműködés élettanának, a víz körforgalmának és kiválasztásának mai állását foglalja össze a nagy gonddal és kiváló szakértelemmel megírt munka. Nemcsak a gyakorlati orvos, hanem a modern urologus betegkörüli ténykedésének is egyik legnehezebb feladata: az uraemia. A szakember ezen a téren kettős célkitűzéssel dolgozik: az egyik a vese elégtelen működését előidéző okok megismerése, illetve kiiktatása; a másik pedig a már kifejlődött uraemia leküzdése. A vízforgalom és az uraemia kérdése úgy is mint önálló betegség vagy mint társkórkép az általános sebészet mindenkori komoly problémája. Ezért üdvözöljük a mindennapi sebészet szempontjából ezt a kitűnő szakmunkát és örülnünk kell, hogy ezt a tárgykört olyan illetékes szerző tollából kapjuk, aki nemcsak országunk exponált intézményének évtizeden át helyettes vezetője, hanem egyúttal ennek a témakörnek önálló kutatója is.

Babics Antal nyolc fejezetben foglalja össze ismertetését. Az első a víz szerepe az élő szervezetben és a víz sajátos tulajdonságai, a víz igen bonyolult és fontos feladatának kérdését tárgyalja és errevaló adottságát ismerteti. A második fejezet a folyadékcsere az élő szervezetben cím alatt kitűnő ábrákkal illusztrálja a folyadékáramlás elméletét. Vízfelvétel, vízkiválasztás. A vesék működése. A veseelégtelenség és tünetei. Vizsgálati módszerek. Uraemiához vezető betegségek a húgyrendszer egyes szakaszaiban. Az uraemiák általános kezelése cím alatt kap az olvasó tömör és világos feleletet szorosan a tárgykörhöz tartozó kérdésekre.

Örömmel kell üdvözölni a szerzőnek azt a törekvését, hogy a magyar szerzők neveit mindenütt feltünteti és sémás jó ábrákkal illusztrálja könyvét.

A mű igazi érdeme, hogy elméleti megalapozottságával a gyakorlatban előforduló minden kérdésre nagy pontossággal adja meg a választ oly módon, hogy mindig érezzük az *Illyés*-klinika önálló tapasztalatait. Oly világos a szerző irálya, hogy az általános sebészet szakemberei mellett a gyakorló orvost is a legtökéletesebben útbaigazítja.

Kubányi prof.

Levél a szerkesztőhöz!

Reuter prof. úr multévi 48. számunkban közölt kritikájának védelmében az alábbi levelet kaptuk, melyben foglaltakkal mi is teljesen egyetértünk.

*

Igen tisztelt Szerkesztő Úr! Kérem, hogy alanti soraimnak, amelyek megírására a szakszerű tárgyilagosságnak és a tudományos kritika érdekeinek tisztelete indított, az Orvosi Hetilapban helyet adni méltóztassék.

Az Orvosi Hirlap c. orvostársadalmi figyelőnek nevezett lap január 10-i számában »Pro és contra« cím alatt helyet adott Nemes Nagy Zoltán orvos úr sorainak, melyben az véleményét mondja el arról a kritikáról, melyet »Sexuális neurosisok« című könyvéről az Orvosi Hetilap multévi 48. számában Reuter Camilló professor pécsi egyetemi tanár írt. Az Orvosi Hetilap a közlemény fejlécében a közreadás indokolásául azt fejtegeti, hogy a kritikának feltétlenül tárgyilagosnak, elfogulatlannak és főleg szakszerűnek kell lenni, amiből azt kellett következtetni az olvasónak, hogy a megkritizált kritikát nem ilyennek tartja és végül Leonardo da Vincit citálja a megkritizált, amelyben ez azt mondja, hogy csupán hozzáértő és figyelemreméltó embereknek a tévedéseit kell bebizonyitani. Bár Nemes Nagy úr tagadja, hogy ezt Reuter professorra vonatkoztatná és a citátumnak nem is engedelmeskedik, az idézet felhasználása átlátszó.

Reuter professor, a 23 év óta orvosgenerációkat felnevelő legöregebb magyar psychiáter professor, messze földön ismert könyvrajongó és a sexuális thémának már tanársegéd korában széles körben ismert specialistája, sőt a Nemes Nagy Zoltántól citált Moravcsiknak legrégibb tanársegéde és orvosi iskolájának folytatója, nem szorul védelemre az Orvosi Hirlap közleményével szemben.

Védelemre szorul azonban a tudományos kritika szabadsága és védelemre szorul a rendi tekintély a hasonló »visszalövésekkel« szemben. Ezt mindenki belátja.

Ugyan hová is jutunk, ugyan ki is vállalkozik még ezután az orvosi tanultság és haladás terjedése érdekében oly szükséges könyvismertetések megírására, ha önzetlen, fárasztó munkája után ilyen támadásoknak van kitéve, még pedig személyét érintő támadásoknak. Nem jutott-e hát eszébe a megkritizált szerzőnek, hogy a kritika megbirálására ő maga a legilletéktelenebb és a publicitást nyujtó lapnak, hogy a tárgyilagos elfogulatlanság, melyet

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

DEMALGONIL-CHINOIN
ALCALOIDAMENTES, ERÉLYES HATÁSÚ FÁJDALOMCSILLAPITÓ
Injectio. Solutio

megkövetel, csakis attól nem várható, akinek a kritika az elevenébe vágott?

Egy ilyen vitának e helyütt való folytatása mindenesetre az orvosi kar tekintélyét rombolja s ez speciálisan ebben az érzelmileg különösen alá-festett kérdésben rendkívül kártékony hatású. Minden idegorvos ismeri az onania-complexussal törvényszerűleg velejáró önvádlásos-hypochondriás lelkiállapotot s az ilyen heves állásfoglalásokat az idegorvos csak az indulatátvitel jelenségével magyarázhatja meg. Elég baj, ha erre a célra a serdülő ifjúságnak a lexikonok sötét lapjai és a titokban pad alatt adogatott szennyes könyvek állanak rendelkezésére, kár a publicumnak orvostársadalmi lapokban is ilyeneket nyujtani. Kár kiásni a jó öreg szakállas Krafft-Ebinget és Havelock Ellist, a pubertás találékony, úgyis megtalálja. De mit szóljunk ahhoz, hogy valaki Magnus Hirschfelddel bizonyít, akit nyílt utcán égettek el pár éve Németországban és akinek iskolájához tartozott az a Bettauer, akit pár éve agyonlőtt egy, az ilyen olvasmányokon megmérgezett lelkű serdülő. Az idegorvosi rendelők sokat tudnának beszélni arról a kárról, amit az ilyen olvasmányok okoztak.

A legfontosabb azonban tényleg a szakszerűség. Nos, ezzel van itt a legnagyobb baj.

Nemes Nagy Zoltán úr könyvét az alulirott igen alaposan áttanulmányozta, mert az egyik elterjedt magyar orvosi tudományos lapnak a könyvet szintén beküldték recensióra s az az alulirottat kérte fel véleménye megírására. Nem is tudtuk, hogy az Orvosi Hetilap is foglalkozik a könyvvel s hogy Reuter professorra bízta a kritikát. A mi véleményünk mégis hajszálig egyezett azzal, amit később, mikor a saját kritikánkat már írásban átnyujtottuk, Reuter tollából az Orvosi Hetilapban olvastunk, sőt mi a könyvet még rosszabbnak találtuk. Kiemeltük a könyv rendszerének áttekinthetetlenségét, gyakori ismétlődéseit, a kidolgozás elnagyoltságát, van egész fejezet, amely majdnem csupa kidolgozatlan fejezetcímekből áll, megjelöltük a helyeket a recensiós példányban, amelyek nemcsak nem helyes fogalmazásúak, de mondattani értelmetlenségek, megjelöltük az anatómiai és élettani tévedéseket, nem is beszélve a klinikai tévedésekről, melyeknek csak egyike az onaniakérdés. Nem kis elégtétellel olvastuk tehát a hivatott szaktudósnak, Reuternek ezzel azonos bírálatát, hogy annál nagyobb legyen megdöbbenésünk az Orvosi Hírlap közleménye felett s afelett, hogy ez a megkritizálttól magától származik. Ha tehát szakszerűtlenséget emlegetünk, akkor éppen a könyv írójának illik szerényebben hallgatni, mert hiszen az alulirott is hallgatott őróla, bár véleményét megalkotta s le is írta, de helyesebbnek vélte ha nem viszi a nyilvánosság elé. Magára vessen tehát a szerző, ha most mégis kikényszerítette ezt.

Megértjük a szerzőt, hogy önmagáról jobb a véleménye, mint másoknak, de aki a nyilvánosság elé lép, az ne legyen ilyen érzékeny s főleg ne önbíráskodjék, leginkább pedig ne ilyen támadó modorban.

Soraim közléséért fogadja Méltóságod köszönetemet és kiváló tiszteletem nyilvánítását, amellyel maradtam

Budapest, 1942 január 17.

készséges híve:
Kluge Endre dr.
magántanár,
a Szent János-kórház főorvosa.

FASOR SZANATÓRIUM (VI. Vilma királynő-út 9.)
legkorszerübben átépítve és újjáalakítva **MEGNYILT**

LAPSZEMLE

Wiener Klinische Wochenschrift. 1942. 1. sz. *Pernkopf E.:* Megnyitóbeszéd a bécsi biologiai társaság alapításakor 1941 december 1-én. *Pötzl O.:* Az agyvelő aggkori betegségei. *Polzer K.* és *Risak E.:* Az öregedő szív. *Ehalt W.:* A combnyaktörés. — 2. sz. *Siebke H.:* A petefészekrák operativ kezelése. *Palugyay I.:* A tbc. röntgendiagnostikájának újabb eredményei. *Henszelmann A.:* Az insulin alkalmazási területe. *Hintenberger H.:* Sarkoma phyllodes lipomatodes mammae. *Finsterer H.:* Az idült székrekedés sebészi kezelésének javallatai és végleges gyógyeredményei. *Pieber H.* és *Seyfried H.:* Befecskendezhető Dijodthyrosin-készítmények therapiás hatása. *Poindecker H.:* Vérsejtsüllyedés jelentősége gümőkórban. *Hoschek R.:* A nem fajlagos intravénás immuntherapia rheumás bántalmakban.

Schweizer Medizinische Wochenschrift. 1942. 1. sz. *Koller Th.* és *Anderes K.:* Tapasztalatok petefészekhormonkezeléssel. *Löffler W.* és *Hegglin R.:* Néhány elvi jelentőségű kérdés az újabb chemotherapiás szerek klinikai vizsgálatában. *Meyer O.:* Gócfertőzés és allergia. *Jakob F.:* Sífutás közben létrejött torsiós alszártörések aetiologiája. *Thiry M.:* Gonorrhoeas izületi gyulladás szokatlan alakja. *Iramer M.:* Az alkoholismus psychohygienéje. *Barth F. M.:* A felnőttek primaer tuberculosisának kérdéséhez. *Gubler E.:* Műtéti kényszer.

Münchener Medizinische Wochenschrift, 3. sz. *Hochrein M.* és *Schleicher I.:* Idült kifáradás, mint betegségi ok. *Ottmer I.:* Mellékvesekéregadenoma által okozott Cushing-betegség esete. *Seiffert G.* és *Benoit W.:* Gégediptheria fel nem ismert esetei. *Goll H.:* A typogalaktia hormonalis és thymotrop kezelése. *Troll W.* és *Gessner O.:* Gyógynövény-kirándulások orvostanhallgatók számára. *Kraus H.:* A katonai orvostudomány történetéhez.

VEGYES HIREK

Személyi hírek. A Kormányzó úr *Ratkóczy Nándor dr.* egyet. r. k. tanárnak az orvostudomány müvelése terén szerzett érdemeiért elismerését tudtul adta, *v. Jancsó István dr.* szanatóriumi igazgató-főorvosnak pedig az egészségügy terén szerzett érdemei elismeréséül újbóli elismerését adta tudtul.

V. Sövényházy Agost dr. egyet. m. tanárt a főpolgármester a Margit-kórház szülész-nőgyógyász osztályának főorvosává kinevezte.

Neuber Ede professzort, a budapesti bőrgyógyászati klinika igazgatóját az Olasz Dermatológiai Társulat tiszteleti tagjává választotta.

Halálozás. Davidovics József dr. közkórházi szemészfőorvos január 20-án 59 éves korában elhúnyt.

FAGIFOR „CITO“
Calcium-sókat tartalmazó józű mentholos lacto-kreosot-syrup
Ideális enyhe expectorans
Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere
lag. orig. P 2·35, pénzt. csom. P 1·01
Szabadon rendelhető: MABI, MÁV. B. B. I. Szklőv. közkórháza Szklőv. Alk. Segitő Alapja. Keresk. Segélyegy
CITO gyógyszervegyészeti gyár
Budapest, XIV., Lengyel utca 33.

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

Narcoticum- és barbitursavmentes fájdalomcsillapitás.

DITONAL-KÚP

MITE ÉS FORTE

Analgeticum — sedativum — spasmolyticum — antipyreticum

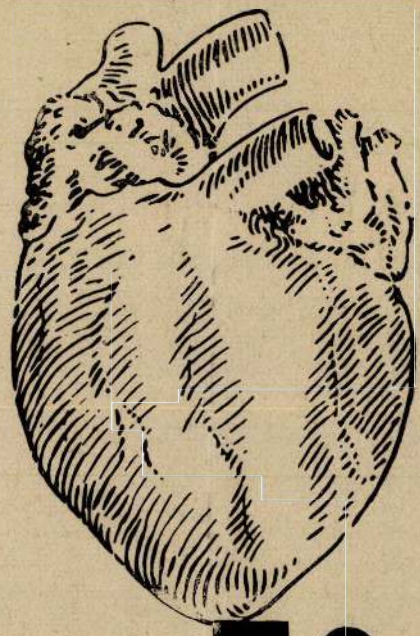
Sulyosabb eseteknél, spasmusoknál, rheuma és ischiásnál

DITONAL-FORTE

Magyar gyártmány

Készíti: Vajna József gyógyszerészeti laboratoriuma

Budapest, IV., Váci-utca 34.



Verodigen

Digitalis-készítmény, leggyorsabban hat, a szervezet jól tűri

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

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

Magyarországon torgalomba hozza:

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

CIGELKA
jód-brómos források gyógyvizei
1843
óta vannak forgalomban

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

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

Orvosi továbbképző tanfolyam. Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottságának debreceni helyi Bizottsága két- és négyhetes orvosi továbbképző tanfolyamokat rendez a debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem klinikáin február 1-től május 31-ig abból a célból, hogy a résztvevők újabb eljárásokat vizsgáló és diagnosztizáló módszereket kívánságukhoz képest behatóan megismerjenek. A kéthetes tanfolyamok minden hónap 1-én vagy 16-án, a négyhetes tanfolyamok minden hónap 1-én kezdődnek. A jelentkezési lapok legalább 2 héttel a tanfolyam megkezdése előtt beküldendők. Jelentkezni lehet az Orvosi Továbbképzés Debreceni Helyi Bizottsága titkáránál: Borsós-Nachtnébel Ödön dr. egyetemi ny. r. tanárnál.

A köztisztviselők és családtagjaik betegellátását ismertető könyv fog megjelenni a közeljövőben »OTBA Betegellátás Kézikönyve 1942« címmel, amelyben nemes Halmy Gyula MABI-titkár részletesen ismerteti az állami tisztviselők, nyugdíjasok, özvegyek és családtagjaik betegsegélyezését szabályozó 9900/1938. M. E. számú rendeletet, valamint az 1938:XXXIX. tc.-ben foglalt rendelkezéseket, amelyben a kormány a betegellátást kiterjeszti a vármegyei, városi és községi alkalmazottakra, a nem állami tanszemélyzetre, a bevett és elismert vallásfelekezetek tényleges szolgálatban álló lelkészeire, segédlelkészeire, hitoktatóira.

A szerző könyvében bőséges magyarázó szöveggel ismerteti az Országos Tisztviselői Betegsegélyezési Alap szolgáltatásaira vonatkozó jogszabályokat és a visszaszerzett országrészekre kiterjesztett és ma érvényben levő törvényeket és rendelkezéseket.

Az »OTBA Betegellátás Kézikönyve 1942« ára szállítási költséggel együtt P 3.80 és megrendelhető a kiadóhivatalban, Budapest, VII., Rákóczi-út 32., II. 1.

Budapest fürdőinek forgalma. Budapest fürdőinek forgalma 1941 első kilenc hónapja alatt kedvezően alakult. A nyolc gyógyfürdőt, kilenc tisztasági fürdőt és 17 idényfürdőt (Dunafürdőket, uszodákat, strandokat) ez alatt az idő alatt összesen 3,871.566 személy látogatta, míg az előző év ugyanezen időszakában 3,008.351, vagyis 863.215-tel többen, ami 28.7% emelkedésnek felel meg.

A m. kir. igazságügyminisztérium a budapesti kir. orsz. gyüjtőfogházi belgyógyász-főorvosi állásra pályázatot hirdetett. A hirdetmény a Budapesti Közlöny 1942 január 23-, 24- és 25-iki számában jelent meg. Pályázati határidő 1942 február 23-án jár le.

Berlinben »Tuberculosis elleni nemzetközi egyesület« alakult, melynek elnökéül *Raffaele Paolucci Valmaggiore* gróf római sebészprofesszort választották.

A davosi német gyógyintézet december 1-én ünnepelte 40 éves fennállását. Az intézet jelenleg 150 betegággyal rendelkezik. Testvérintézete a 27 év előtt létesített Lugano melletti agrai német ház.

Az olasz-német társaság elhatározta, hogy a ferrarai egyetemen Paracelsus emlékkövet állíttat fel.

Eladó az O. H. 1926—1937. évi évfolyamai, lehetőleg az összes évfolyamok átvételével — jutányos áron. Cím: Községi orvos, Madocsa, Tolna m.

Lapunk mai számához a Chinoin-gyár Pulsoton készítményéről szóló színes prospektust mellékelünk.

HETIREND

Kedden, 3-án 3/4 7 ó. a Bp. Orvosi Kaszinó ülése. *Steiner B.:* Ujabb eredmények a fertőző betegségek gyógyításában.

Szerdán, 4-én 6 ó. a Közkórházi Orvostársulat ülése. Bemutatás: *Érczy L.:* Dysenteriás csecsemők sulfaguanidin kezelése. Előadások: *Csiky-Strausz A.:* A háborús lövési csontsérülésekről. *Simkurát M.:* Ecchinococcus megbetegedések.

Pénteken, 6-án 6 ó. a Bp. Orvosegyesület ülése. Bemutatások. *Mező B.:* Másfél évig nem befolyásolható súlyos hólyaggyulladás gyors gyógyulása cyclikus anaesthesiára. Heves hasi tüneteket okozó kisfokú hydronephrosis. — Előadások. *Sitkéry J.:* A chemotherapiás hatásmechanismus kérdése a gonorrhoea gyógyításának mai állásában. — *Julesz M.:* B_1 vitamin és a hypophysis mellsőlebeny közötti összefüggés.

VITAJECOL

Természetes A és D vitaminban gazdag csaknem **íztelen és szagtalan**
standardizált csukamájolaj

Tartalma: 1 gr-ban 1500 I. E. természetes A és 125 I. E. természetes D vitamint.
Indikációk: rachitis, spasmophilia, osteomalacia fogcaries, tuberculosis, scrophulosis, általában csukamájolaj helyett.
Adagja: csecsemőknek 1—3 kávéskanállal, gyermekeknek 1—3 gyermekkanállal, felnőtteknek 1—3 evőkanállal naponta.
KROMPECHER TÁPSZER- ÉS GYÓGYSZERIPARI KFT. BUDAPEST, NÁDOR-UTCA 15. SZÁM.

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

909/1942. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A pesti izr. hitközség elöljárósága pályázatot hirdet a pesti izr. hitközség kórházaiban betöltendő következő orvosi állásokra.

1. Egy újonnan szervezett belgyógyászati rendelőorvosi állásra.

2. Az urológiai osztályon lemondás folytán megüresedett segédorvosi állásra.

A kellően felszerelt pályázati kérvények legkésőbb folyó évi február 23-án déli 12 óráig a pesti izr. hitközség elöljáróságához címezve, a hitközség központi iktató hivatalában (VII., Síp-utca 12., I. 21. sz.) adandók be. Később beérkező folyamodások figyelembe vétetni nem fognak.

A kérvényhez születési bizonyítvány, a Budapesti Orvosi Kamara tagságának igazolványa, magyar orvosi diploma, curriculum vitae és tudományos dolgozatok mellékelendők.

A rendelőorvosi állásra vonatkozó minősítés tekintetében a nagyméltóságú m. kir. belügyminisztérium által 1941. évi december hó 13-án 360.518/XVI/1941. szám alatt jóváhagyott szervezeti és működési szabályzat 58. §-a, az orvosi állások javadalmazása tekintetében pedig ugyanezen szabályzat 68. §-a irányadó.

A megválasztottak alávetik magukat a nagyméltóságú m. kir. belügyminiszter úr által jóváhagyott, fenthivatkozott szervezeti és működési, valamint a pesti izr. hitközség képviselőtestülete által 1930. évi október hó 26-án elfogadott szolgálati és fegyelmi szabályzat előírásainak.

Közelebbi felvilágosítással szolgál a hitközség alulírott főtitkára (VII., Síp-utca 12., III. 40. sz. a.), akinél a hivatkozott szabályzatok is rendelkezésre állanak.

Budapest, 1942. január 23.

Eppler Sándor s. k. főtitkár. — *Stern Samu* s. k. elnök.

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

Laikus propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra

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

Rachitis megelőzésénél és gyógyításánál kiválóan bevált a *Vitajecol* biologiailag standardizált, természetes csukamájolaj, mely 1 gr-ban 1500 I. E. természetes A- és 125 I. E. természetes D-vitamint tartalmaz. Rendkívüli előnye, hogy csaknem teljesen szagtalan és ízetlen. Gazdag mindazon jól felszívódó, könnyen oxydálható és emulgeálódó zsírsavakban és zsírokban, melyek a természetes csukamájolajok különleges értékét jelentik. Kalóriaértéke Poulsson szerint evőkanalanként 125 kalória. Toxikus mellékhatásoktól mentes. Könnyen adagolható a túladagolás veszélye nélkül. Indidált rachitis megelőzésére és gyógyítására, osteomalacia, fogcaries, tuberculosis, scrophulosis, általános roborálás esetén és általában csukamájolaj helyett.

Alapítványi Közkórház, Gyöngyös

243/1942. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló Gyöngyösi Alapítványi Közkórháznál lemondás folytán megüresedett egy segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása az állami rendszerű XI. fizetési osztály 3. fokozata szerinti fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás és 50%-os térítmény ellenében kiszolgáltatandó I. oszt. élelmezésből áll.

Pályázni óhajtók szabályszerűen felszerelt és felbélyegzett kérelmei a Gyöngyösi Alapítványi Közkórház Bizottságához címezve, a kórház igazgatóságához küldendők meg. Pályázati határidő 1942 február hó 20. napjának déli 12 órája. Elkésve érkezett, a már közszolgálatban állók által pedig a szolgálati út megkerülésével beadott, vagy hiányosan felszerelt kérvényeket figyelembe nem vehetem.

Pályázhatnak nőtlen orvosdoktorok vagy orvosnők. Magángyakorlat nincs megengedve, az állás azonnal elfoglalandó. A választás egy évre szól, azonban javaslatomra további egy-egy évre meghosszabbítható. Távozás két hónappal előbb bejelentendő.

Pályázati kérvényeikhez 1940. év október hó 1-én megjelent, a Népegészségügy 19. számában közzétett számmagyarázatban az 1—12. szám alatt feltüntetett okmányokat kell csatolni.

Gyöngyös, 1942 január hó 13-án.

Dr. Wiltner Sándor,
igazgató-főorvos.

Frontátvonulások és kísérőjelenségeik. jan. 11—17-e között. Ezen a héten betörési front alig érkezett, ellenben a felsiklási frontok száma abnormisan nagy volt. A frontok részletes adatai:

Átvonulás ideje Budapesten			A front		Kísérő eseményei*
	hó	nap	óra	fajtája	fejlettsége	
Január	11	14	Felsiklási	Mérsékelt	Praefrontalis havazás 9 órától.
	12	13	»	»	Praefrontalis havazás estétől.
	13	5	»	Gyenge	Gyenge praefrontalis hószállingózás.
	14	5	Betörési	»	Kis szélélénkülés.
	14	8	»	Mérsékelt	Hózápor.
	14	17	Felsiklási	»	Praefrontalis havazás reggeltől, 1 mm.
	14	23	Betörési	»	Hózápor.
	16	19	Felsiklási	»	Praefrontalis havazás 15 órától.
	17	4	»	»	Némi havazás és 5 fokos éjjeli enyhülés
	17	12	»	»	Gyenge praefrontalis havazás.

Az összes időadatok nyári időszámításban értendők!

* A táblázat utolsó oszlopában szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a M. Kir. Orsz. Meteorológiai Intézet öníró műszereinek adatai. Részletes magyarázatot lásd 1942. 1. szám 14. old.

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

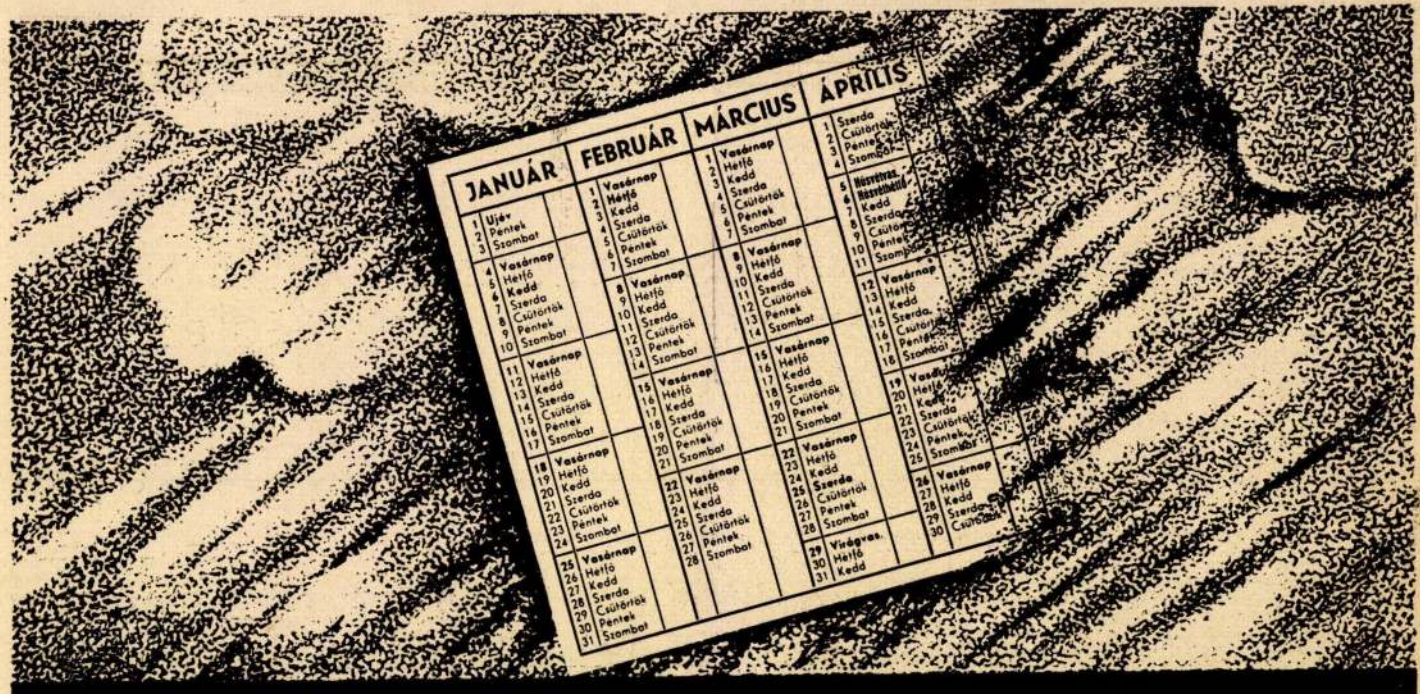
PRIMOVEROL FORTE — MITE az ideális expektorans

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

A gazdasági viszonyokat szem előtt tartva ára **olcsó.**
MABI, Székesfőv. S. A. terhére szabadon rendelhető.

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

vas
máj
réz
HIPORAI



SALIPYRIN

TÖRV. VÉDETT NÉV.

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

Quadronox

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

10 és 20 tablettás
csomagolások

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

M. kir. Belügyminiszter
Szám: 300.332/1941.–XI.

AZ ORSZÁGOS TÁRSADALOMBIZTOSITÓ INTÉZETNEK, A MAGÁNALKALMAZOTTAK BIZTOSITÓ INTÉZETÉNEK, VALAMENNYI BETEGSÉGI BIZTOSITÓ INTÉZETNEK (BÁNYATÁRSPÉNZTÁRNAK)

SZÉKHELYEIKEN

Az Országos Közegészségügyi Tanács szakvéleményének meghallgatása után a Chinoin gyógyszer és vegyészeti termékek gyára r. t. **PULSOTON** elnevezésű készítményének **főorvosi engedélyhez** kötött rendelését engedélyezem.

Budapest, 1942. évi január hó 19-én.

A miniszter rendeletéből:
aláírás

420474. — AZ ATHENAEUM IRODALMI ÉS NYOMDAI R. T. NYOMÁSA, BUDAPEST