86. évfolyam. 23. szám. Budapest, 1942. június 6.

ORVOSI HETILAP

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

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

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

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

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

A syphilis kezelése bizalom kérdése

NEOSALVARSAN

Magyar gyártmány!

30 év óta az egész világon a leghathatósabb fegyver a syphilis elleni küzdelemben

Gyógyhatását és türhetőségét egyetlen más arsenobenzol-készítmény sem múlja felül

FORGALOMBAN:
1 és 50 ampulla à 0.15, 0.30, 0.45, 0.60, 0.75 és 0.90 g, továbbá ampullák à 1.5, 3.0 és 4.5 g

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

BAYER

Gyártja: MAGYAR PHARMA GYÓGYÁRU RT. VEGYÉSZETI GYÁRA
BUDAPEST, V., Arany János-utca 10. **KOLOZSVÁR,** Mussolini-út 18.

ETOVAL

Hatásos elaltató
és átaltató szer

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

Értesítés!

Tisztelettel értesítjük az i. t. orvos urakat, hogy nagy nehézségek és áldozatok árán sikerült elegendő kakaóvajra szert tennünk, úgy hogy ezentúl megint

valódi Butyrum kakaó*-val*

készül a nódusok és szövődményei ellen oly kitünően bevált

Posterisan-kup,

a

Posterisan-kenőcs

-höz

pedig adeps lanaet használunk.
Egy ingyenes mintakéréssel fentiekről az i. t. orvos urak meggyőződhetnek, melyekkel szívesen szolgál

Vajna József gyógyszerészeti laboratóriuma, Budapest, IV., Váci-utca 34

86. évfolyam. 23. szám. Budapest, 1942. június 6.

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:

Schill Imre: Sorozatos sinusextrasystolék vezetési zavarral. (269—271. oldal.)

Gefferth Károly: Önként gyógyult veleszületett csípőizületi ficam. (271—273. oldal.)

Mecsér Ferenc: A rostonyás tüdőlob gyógyítása sulfapyridin-nel és ultraseptyl-lel. (273—276. oldal.)

Irodalmi szemle. (276—279. oldal.)

Könyvismertetés. (280. oldal.)

Lapszemle. (281. oldal.)

Vegyes hírek. (281—282. oldal.)

Sorozatos sinusextrasystolék vezetési zavarral.

Írta: *Schill Imre dr.*, egyetemi magántanár

Sinusextrasystole emberben aránylag ritka, de még ritkább sorozatos jelentkezése. Minthogy emberben és magasabbrendű állatokban a sinus anatomiailag el nem különíthető és működésének sem elektrokardiographikus, sem más jele nincs, a sinusextrasystole megállapítása csak számítás után lehetséges, amint az esetünkben is történt.

Egy 65 éves nőbetegünk régen köhög, csúcsfolyamata volt, utóbbi időkben lelki megrázkódtatás érte, időnkint szívtáji lökéseket érez. Vizsgálat: főleg baloldali, Röntgen szerint fibrosus, gyógyultnak látszó folyamat; mérsékelt emphysema; vérnyomása 120 RR; a pulsus tapintása és a szív feletti hallgatódzás sorozatos és egyedülálló extrasystolékat mutat. EKG: minden egyes kamracomplexust pitvari hullám előz meg, de egyes pitvari hullámokat nem követ kamracomplexus. Nem is lehet tehát másról szó, mint pitvari vagy sinusextrasystolékról. (PE, SE).

Már egyszerű megtekintésre feltünt, hogy a szabályos rhythmushoz nem tartozó P hullámok közei, ha sorozatosan következnek egymás után, nem egyenletesek és hogy a hozzájuk tartozó P—R távolság fokozatosan vagy hirtelen nő (1—3. ábra). A P—P, P—R és R—R távolságok lemérésével nyert adatok (II. elvezetés) a táblázatban láthatók $^1/_{100}$ mp.-ben kifejezve.

P—P	*58*,	*54*,	104,	106,	*45*,	*42*,	109,	134,	*58*,	*48*,
P—R	12,	*17*,	*17*,	14,	15,	*31*,	17,	16,	*18*,	*30*,
R—R	63,	54,	122,	105,	63,	135,	133,	60,	58,	

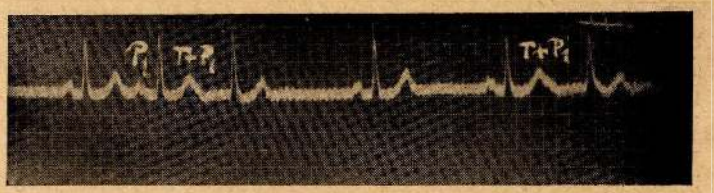
P—P	126,	104,	*46*,	*42* (P_1+T),	106,	122,	*50*,	(P_1?),	
P—R	16,	15,	*32*,	16,	16,	*20*,			
R—R	114,	102,	64,	130,	122,	52,			

P—P	156,	130,	*60*,	*46*,	*38*,	102,	128,	*60*,	*40* (P_1+T),
P—R	14,	16,	*16*,	*26*,	16,	16,	*16*,		
R—R	150,	130	60,	56,	140,	128	60,		

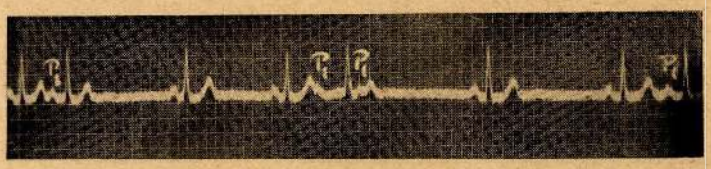
P—P	*48*,	136,	*60*,	*50*,	136,	104,	*66*,	*42*,	120,	130,
P—R	*16*,	16,	*16*,	*20*,	14.	14,	*16*,	14,	14,	
R—R	88,	136,	60,	54,	130,	102,	68,	160,	130,	

P—P	*58*,	*38*,	(P_1—T),	130,	*82*,	*46*,	*46*,	120,	*64*,	
P—R	*16*,	*18*,	14,		*18*,	*38*,	14,	*16*,		
R—R	60,	78,	126,		86,	66,	142,	66,		

P—P	*40*,	*82*,	130	
P—R	*42*,	*18*,	16	
R—R	66,	60,	128	



1. ábra



2. ábra

3. ábra.

A táblázatban az összetartozó P—P, P—R és R—R értékek ferdén következnek egymás alatt, az extrasystolékat és a hozzájuk tartozó vezetési időt dült szedés (aláhúzott számok) jelzi. Az alaprhythmus ritka frequentiájú, ennek megfelelően az idetartozó P—P közök elég egyenetlenek vagotonia vagy respiratorikus sinusarhythmia kapcsán. Ennek teljesen

megfelel a később E-nélküli állapotban felvett EKG, melynek frequentiája 42 (és amelynek megtekintése előtt azt hihettük, hogy 2:1 sinus-pitvar block-kal van dolgunk, amin a végeztetett testi munka esetleg változtatott volna). A P—P közök távolsága ezen utóbbi felvételen 144, 122, 132, 150, 140, 152, 136, 144, 144 vagyis megfelel a másik felvétel változó hosszúságú rendes P—P távolságnak. Az E-k pitvarhullámai kettős vagy hármas csoportokban követnek egy-egy normalis complexust, alakra a rendestől nem igen térnek el, csak a rhythmust zavarják meg korai jelentkezésükkel. A kéttagú csoportok második tagjának legtöbbször nem felel meg kamracomplexus, a háromtagú csoportok harmadik tagjának pedig egy esetben sem.

Feltűnő a P—P-közök fokozatos rövidülése az utolsó tag felé, kivéve két esetben, ahol a második és harmadik P—P-köz azonos, egyetlen esetben pedig a harmadik hosszabb a másodiknál. E kivételeket egyelőre nem tekintve, ha csak azt nem tesszük fel, hogy a sinus vagy pitvar eredetű E-k sorozatos jelentkezés esetében mind sűrűbben következnek egymásután, nem marad más magyarázat, mint egyenlő időközökben jelentkező SE-knak a nagyobb igénybevétel folytán mind lassúbb átvezetése a pitvarhoz, mégpedig oly módon, hogy a vezetőképesség romlása a sorozat első tagjánál aránylag a legnagyobb. Teljesen hasonló a pitvarkamrai vezetés romlásakor észlelhető ú. n. *Wenckebach*-periodus, ahol a pitvarkamrai átvezetési idő meghosszabbodása a csoport első tagjának relative a legnagyobb a rendeshez képest, a késés később csak absolut értékben nő, de a megelőzőhöz viszonyítva mind kisebb. Ennek eredménye, mint az ismert graphicus ábrázolás mutatja, hogy a kamrakomplexumok *mind közelebb* kerülnek egymáshoz, közük mind rövidebb lesz. Ilyenkor a pitvar- és kamracontractio fellépése és ezúton a vezetési idő meghosszabbodása jól megállapítható, minthogy azonban a sinus ingerületbe jutásának sem elektrokardiographiai, sem más jelét nem ismerjük és a vezető rendszer hosszában az ingerület végighaladásának első észlelhető megnyilvánulása a pitvar működése, a sinus-pitvari vezetés ilyen zavarára csak a P—P-közök *fokozatos megrövidüléséből* következtethetünk. Ez a megállapítás egyaránt érvényes a szabályos ingerképzésre, valamint sorozatosan jelentkező SE-kre is. Hogy valóban SE-ről és nem PE-ről van szó, azt a postextrasistolés pausának a rendes P—P-közzel való *egyezése* is mutatja, mert az extrainger teljesen tönkreteszi a sinusban az ingeranyagot, melynek pótlására a normalis időköz szükséges, míg PE esetében a postextrasystolés pausa a rendes P—P köznél ismert okokból mindig valamivel *hosszabb*. A *Wenckebach*-periodusra jellemző teljes blokádja az utolsó tagnak hiányzik, ezt éppen a postextrasystolés szünet rendes volta bizonyítja, de úgylátszik, erre a csoportok kisszámú tagból való állása miatt nem került sor; egy helyen esetleg feltehető a teljes sinus-pitvar block, ahol is a P—P köz 156.

Természetesen nem zárható ki, hogy az aránylag rövidebb (100 körüli) szünet utáni első pitvarkamracomplexus szintén SE következménye, amely így a sorozat első tagja lenne. Ez azonban a további megállapításokat nem érinti.

Mint említettük, a második és harmadik P_1—P_1 köz két esetben azonos hosszúságú, kis különbséget azonban a mérés relativ durva volta fedhet el, marad tehát mint egyetlen kivétel az az eset, amikor a harmadik P_1—P_1 köz hosszabb a másodiknál. Ez is magyarázható azonban a sorozathoz nem tartozó E-val.

Ha a SE-k el is jutnak a pitvarhoz, a kamrát a sorozatok utolsó tagja rendszerint nem éri el és így a sorozat végén csak magában álló pitvarhullámot látunk, úgyhogy itt is *Wenckebach*-periodusra kell gondolni. A pitvar-kamrai átvezetési idő a sorozaton belül fokozatosan hosszabbodik ugyan, de a hosszabbodás általában nem az első, hanem a *második tagnál legnagyobb*, mégpedig legtöbbször ugrásszerű növekedés folytán. Közelebbi megtekintéskor kitűnik, hogy az átvezetési idő a megelőző P_1—P_1 köz függvénye.

Ha a pitvar-kamrai átvezetési időt a P_1—P_1 között hosszával kapcsolatban táblázatban állítjuk össze, akkor három csoport különböztethető meg.

I.		II.		III.	
P_1—P_1	P_1—R	P_1—P_1	P_1—R	P_1—P_1	P_1—R
38 (2.)	18	45 (1.)	31	54 (2.)	17
38 (3.)	—	46 (1.)	32	58 (1.)	17
38 (3.)	—	46 (2.)	26	58 (1.)	18
40 (2.)	42	46 (2.)	38	58 (1.)	16
40 (2.)	—	46 (3.)	—	60 (1.)	16
42 (2.)	—	48 (2.)	30	60 (1.)	16
42 (2.)	—	48 (?)	16	60 (1.)	16
42 (2.)	—	50 (1.)	20	64 (1.)	16
		50 (2.)	20	66 (1.)	16
				82 (1.)	18
				82 (?)	18

Ha a P_1—P_1 köz 50 felett van, akkor a P_1—R a rendes úton keletkezett complexusok pitvar-kamrai átvezetési idejével majdnem azonos, amennyiben utóbbi 14 és 17 közt változva, átlagban 15. Ha a P_1—P_1 a köz 42 vagy ennél is rövidebb, akkor az ingerület, kevés kivétellel, nem vezetődik át a kamrához és az egyik átvezetett érték mind között a leghosszabb. A középső csoportban, ahol a P_1—P_1 45—50, egy kivétellel minden ingerület eléri a kamrát, de igen hosszú, többször dupla idő alatt. Kitűnik az is, hogy a P_1—P_1 közök és az átvezetési idő között nincs szabályszerű fordított viszony, ugyanis rövidebb P_1—P_1 közöknek esetleg rövidebb átvezetési idő felel meg és fordítva. Nincs azonban teljes szabályosság az extrasystolés sorozat első, második, illetve harmadik tagjának hosszát illetőleg sem. (A sorozaton belüli helyzetét valamely tagnak a zárójelben lévő szám jelzi. A ? sorozatonkívüli extrasystolét jelent.) A rendes complexusok köze viszont még nagyobb ingadozást mutat: 104—134 között. Mindezen látszólagos szabálytalanság magyarázata az, hogy nem isolált, hanem az idegrendszerrel összefüggő szívvel van dolgunk, ahol a vagus és accelerans változó tonusa az ingerképzést és vezetést befolyásolja, ami a fenti egyenetlenségekre vezethet.

Általában minél rövidebb a P_1—P_1 köz, annál hosszabb a P_1—R. Minthogy azonban a P_1—P_1 közök a sinus-pitvar vezetésre vonatkozólag mondottak értelmében fokozatosan rövidülnek, természetes, hogy a rövidebb P_1—P_1 közök a sorozat későbbi tagjainál találhatók és hogy a rövid idő alatt még keveset pihent pitvar-kamrai köteg csak hosszabb idő alatt és később egyáltalában nem tudja átvezetni az ingerületet. A *Wenckebach*-szakasz ismert megjelenésétől való ezt az eltérést tehát a P_1—P_1 közök egyenetlensége magyarázza meg.

A sinus-pitvari és pitvar-kamrai vezetés zavarán kívül a vezető rendszer intraventicularis részének működése sem egészen teljes. Az E-knak megfelelő P_1—P_1 közök hossza ugyanis nem egyforma, ha az egyes csoportokat hasonlítjuk össze, mégpedig sem az első tag, sem pedig a későbbiek hosszát illetőleg. Ahol azonban a P_1—P_1 közök aránylag a legrövidebbek, ott egyes csoportokban a *csoport utolsó tagjának kamrai complexusa más formájú*, mint a többi, mely a normalis kamracomplexustól semmiben sem különbözik. Az eltérés abban van, hogy az R-hullám lehágó szárán csomósodás van és az ST-szakasz ferdén lefelé süllyesztett, jeléül annak, hogy a vezetőrendszer intraventicularis része legalább is partialisan elfáradt és az ingerület ennek megfelelően részben más úton halad. Hasonlóképen értelmezhető, hogy az E-k T-hulláma a sorozaton belül fokozatosan alacsonyabb lesz, kivéve ahol P_1-hullám adódik hozzá.

Az elsőleges a közölt esetben kétségtelenül a SE-k sorozatos fellépése és a *Wenckebach*-periodusok formájában fellépő sinus-pitvari és pitvar-kamrai vezetési zavar valamint az intraventricularisan mutatkozó arborisatiós block ennek csak következménye. Kérdés azonban, hogy az egész vezetőrendszer észlelt hibás működését tisztán csak a sűrű igénybevétellel kapcsolatos túlterheléssel magyarázzuk-e vagy pedig emellett gondoljunk szervi elváltozásokra is. Az alaprhythmus frequentiája nagyon ritka, az extrasystoléké sem több persenként 120-nál, amely frequentia mellett vezetési zavar rendesen nem mutatkozik. Arra kell tehát gondolni, hogy a rendes, ritka frequentia mellett a nem ép vezetőrendszernek is van elég ideje, hogy két ingerület között kipihenhesse magát és hogy csak a frequentiát növelő extrasystolék teszik annak hiányos működését nyilvánvalóvá.

Az irodalomban csupán egyetlen esetet találunk, melynek adataiból hasonló viselkedés olvasható ki, de a szerző maga nem ismerte fel, legalább is nem említi. *Fogelson* esetében ugyanis a szabályos rhythmust rohamszerűleg dupla frequentiájú szakaszok (paroxysmalis tachacardia?) szakítják meg, melyek folyamán a P_1—P_1 közök fokozatosan úgy rövidülnek, amint az a *Wenckebach*-szakasznál (I. typus) ismeretes és ami sorozatos sinusextrasystolékkal magyarázható.

Mint a vezetőrendszer működési hiányosságának leggyakoribb okára, esetünkben is arteriosklerosisra kell gondolni. Emellett szólhat az alaprhythmus nagyfokban bradycardiás volta is. Ilyen bradycardiát észlelt ugyanis *Rothberger* és *Scherf* kutyában a sinuscsomó arteriájának lekötése után, *Winternitz* és *Salge* pedig emberben ugyanezen arteria thrombosisával kapcsolatban.

Ha a sinus-pitvari átvezetés blockja *Wenckebach*-periodus formájában mutatkozik, akkor ugyanilyen átvezetési zavar lehetséges a pitvar és kamra között is. Ilyen esetet ismertetett *Zárday*, valamint *Wallace* és *Katz* (utóbbiak digitalis után), de nem sorozatos extrasystolékkal kapcsolatban.

Minthogy a kamránál magasabb kiindulási helyű extrasystolékot prognosis szempontjából általában kedvezőtlenebbnek tartják, érdemes megemlíteni, hogy a szokásos adagolású digitalis-chinin-strychnin keverék egyheti szedése az extrasystolékat megszüntette és azok a szedés abbahagyása után négy héttel sem tértek vissza.

Összefoglalás. Sorozatos sinus-extrasystolék következtében a sinus-pitvari és pitvar-kamrai vezetés *Wenckebach*-szakasznak megfelelő zavara jelentkezett. A pitvar-kamrai átvezetési időknek a *Wenckebach*-periodus ismert viselkedésétől való eltérését az extrasystoléknak megfelelő pitvarhullámok fokozatosan csökkenő időközben való megjelenése okozza, ami viszont a sinus-pitvari vezetésnek gyakoribb igénybevétel folytán beálló romlásával, illetve az ennek következtében a sinus-pitvari átvezetésben észlelt *Wenckebach*-periodussal függ össze. Másszóval a vezetőrendszer két, functionalisan egymásután következő szakaszának működési zavara nem önállóan és egymástól függetlenül nyilvánul meg, hanem a magasabban fekvő rész zavara a mélyebben fekvő rész működési zavarának megnyilvánulását befolyásolja. Sűrűbben jelentkező extrasystolék általi fokozott igénybevétel folytán az intraventricularis vezetés is zavart volt. A leírt jelenségek alapfeltétele az egész vezetőrendszer nem ép volta, mely csak alacsony frequentia mellett képes szabályos működésre. A vezetőrendszer betegségének oka ismeretlen, legvalószínűbb az érelmeszesedés.

A budapesti Tud. Egyetem Gyermekklinikájának közleménye. (Igazgató: Hainiss Elemér ny. r. tanár.)

Önként gyógyult veleszületett csipőizületi ficam.

Írta: *Gefferth Károly dr.* tanársegéd.

A veleszületett csípőízületi ficam oka tulajdonképen a csípőizület, illetve az egész csípőrész visszamaradt fejlődésében keresendő. A nem kielégítő fejlődés csontosodási zavarban nyilvánul. Növekedésében visszamaradt ugyanis az os ileinek az ízületet alkotó része, a trochanter major és a combcsont-fejecs. A porc eltérést rendesen nem mutat. Csak amikor állás és járás következtében az ízületet megterhelés éri, jön létre a tulajdonképpeni ficam, míg addig csupán a hibás fejlődésű, ficamra hajlamos ízület van jelen. A ficamot az okozza, hogy a combcsontfejecs, melyre állás és járás közben a test egész súlyával ránehezedik, nem talál kellő támaszt az ízület boltozatában. Igy a combcsont fejecse a fokozódó megterhelés következtében mindig jobban és jobban eltávolodik az ízülettől és mindig följebb helyezkedik el. a ficam létrejöttében tehát nemcsak a hibás fejlődésnek, hanem mechanikus tényezőknek is szerepük van.

A kórmegállapításhoz röntgenkép is szükséges. Hogy megbízható eredményt kapjunk, a csecsemőt symmetrikusan, az előírt követelményeknek megfelelően kell a fölvételre előkészítenünk, mivel nem teljesen typusos képről, különösen kis elváltozások jelenlétében, kórismét fölállítani nem mindig lehet. Ficamot akkor vehetünk föl, ha a combcsont az ízülettől jóval távolabb áll, mint az egészséges odalon, ha a combcsontfejecs az Y-alakú ízületeken keresztülhúzott vonaltól jóval magasabban áll, ha az ízület lelapult. Csecsemőkorban azonban megtörténhet, hogy ezek a jelek cserbenhagynak. A kifejlődött ficam létrehozásában, mint említettem, az állás és járás is fontos mértékben hozzájárul. Az első hónapokban azonban ez a tényező még nem szerepel. Ilyenkor tehát még csak a csökevényesen fejlett,

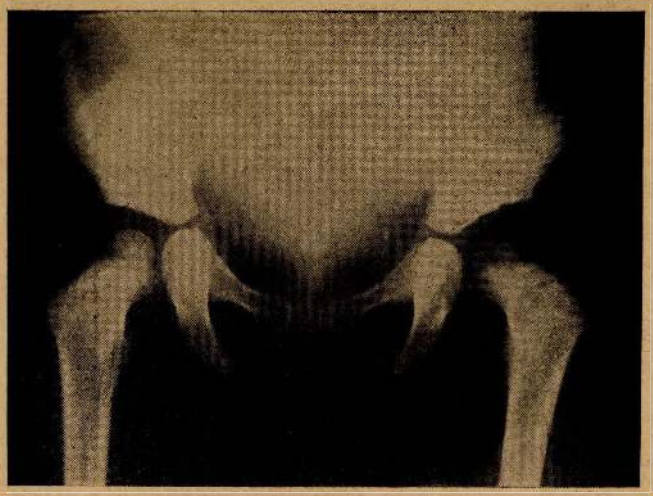
ficamra hajlamosító ízület van jelen. Ilyen korai esetek megítélésében jó szolgálatot tesz a Kopits-féle eljárás. Eszerint a kérdéses ízületen egy négyszög rajzolandó, mely úgy jön létre, hogy az ízület boltozatának felső részén, aztán az ízület mellső részén, majd a combcsont epiphysisén egy-egy vonal huzandó. A négyszöget bezárjuk azzal a vonallal, melyet a combcsont epiphysis distalis szélétől az ízületi boltozat laterális széléhez vezetünk. Rendes csípőízület esetén ez az ábra szabályos rhombus lesz, ficam esetén pedig szabálytalan négyszög. Jól tájékoztat már az is, ha az ízület boltozatán és a femur epiphysisén húzunk egy-egy vonalat. Ep csípő esetén ezek nagyjában párhuzamosan futnak, ficamkor azonban divergálnak. Az eljárásnak különösen hasznát fogjuk venni mindkét oldali elváltozás esetében, ahol nincs meg a lehetőségünk arra, hogy a két ízület közötti különbségből vonhassunk le következtetést az elváltozás mibenlétére.

Könnyebb a dolgunk, ha a csontosodási magvak már megjelentek, mert ilyenkor a ficamos oldalon a kérdéses fejecs kisebb szokott lenni, mint az egészséges oldalon.

Az imént említett jeleknek ismerete már csak azért is fontos, mivel nincs mindig határozott esettel dolgunk, sőt Hagelund szerint a normalistól a teljes ficamig átmenetet lehet találni.

A kezelés megkezdésekor föltett gipszkötésnek nemcsak a reponálás a célja, hanem az is, hogy időt adjunk a visszamaradt csontoknak elkésett fejlődésük pótlására is. Ha erről nem történik gondoskodás, akkor a ficamos helyzet egyre rosszabb lesz. Önmagától való gyógyulásra az előbb említett állás és járás következtében állandóan ható vongálás miatt nincs kilátás. Az irodalomban mégis olvasunk néhányról, jóllehet Hagelund kétli ez esetek valódi ficam voltát és azt mondja, hogy spontán gyógyulás csak álficam esetén lehetséges. Legtöbbről, 27-ről, egy japán szerző, Nagra számol be és műve végén azt következteti, hogy a veleszületett csípőízületi ficam önként gyógyulásra hajlamos. Nincs kizárva, hogy ennek az oka miénkől eltérő életmódban, illetve ülésmódban van, de az sem lehetetlen, hogy ezek sem voltak valódi ficamok. A spontán gyógyulás azonban Európában fölötte ritka. Marconinak 1932-ig az irodalomból mindössze 24-t sikerült összeállítani. Saját esete is csak magától gyógyult álficam volt. Ugyanabban az évben Foriggini, majd később Fliegel közöl egy-egy esetet. A magyar szerzők közül Kopits hármat lát ott.

A mult év őszén nekünk is sikerült egy esetet megfigyelni. Ezt a másfél éves gyermeket néhány hónappal azelőtt már megröntgenezték és veleszületett csípőízületi ficamot állapítottak meg, ami miatt repositiót ajánlottak. A közelgő nyárra való tekintettel azonban a szülők ezt későbbi időre halasztották. Most azzal a szándékkal jöttek, hogy a műtétnek alávetik a gyermeket, de előbb újabb tájékozódás végett kezelőorvosa újabb röntgenképet akart készíttetni. Az ekkor készült képen azonban ficamot látni nem lehetett. Mert jóllehet, az ízületi boltozat lelapult, a kérdéses fejecs fejlődésében visszamaradt, mégis a fejecs nem áll kintebb, mint a másik és nem áll az Y-alakú ízületeken keresztülhúzott vonal fölött. (L. 1. ábra.) Érdekelt minket, hogyan lehetséges, hogy ennek a kislánynak néhány hónappal ezelőtt műtétet ajánlottak. Ezért elkértük az akkor készült képet, amelyen a mienkkel szemben azt láttuk (L. 2. ábra), hogy a combcsontfejecs az ízülettől jóval távolabb



(1. ábra.)

(2. ábra.)

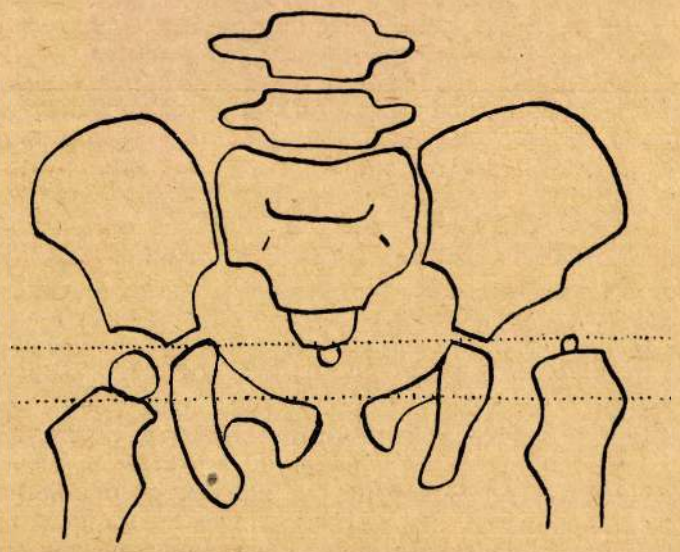
helyezkedik el, jóval kisebb, mint az ép oldali, a Kopits-féle ábra nem szabályos rhombus, csak éppen a combfejecs nincs lényegesen az Y-alakú ízületen keresztülhúzott vonal fölött. Ez azonban csak látszólagos. Ha ugyanis a képet alaposabban megnézzük, azt látjuk, hogy a fejecs azért nincs efölött a vonal fölött, mivel a fejecs igen kicsi, csökevényes. Ha azonban a két diaphysis állását hasonlítjuk össze, akkor kitűnik, hogy a beteg oldali, vagyis a bal, jóval magasabban áll, mint a jobb. Hogy még nem jutott följebb, annak az a magyarázata, hogy a gyermek még csak akkor kezdett járni tanulni, a kifejlődött ficamhoz szükséges másik komponensnek, az állás és járás következtében föllépő vongálásnak tehát még alig volt ideje, hogy hatását kifejtse. Annyi azonban bizonyos, hogy a repositio ajánlása egészen indokolt volt, mert az ilyen csípőknél műtét nélkül nem lehet normális elhelyezkedést remélni.

A kislány most már mindkét fölvétellel együtt került az orthopaedhez, aki repositiót már nem tartott szükségesnek. Különféle conservativ kezelést ajánlott és két hónap mulva ellenőrző vizsgálatra rendelte. A kislány november 14-én jelentkezett újra. A helyzet ezen a képen is további javulást mutatott, jóllehet szülei az elrendelt gyógymassageból, tornából, stb. semmit sem csináltak meg, mivel nem akarták gyermeküket azzal »kínozni«. Az utolsó képen azt látjuk (L. 3. ábra), hogy a combcsont fejecse ismét közeledik az ízület alapjához, a csombcsontfejecs és az

(3. ábra.)

ízületi boltozat további fejlődést mutatnak. Az ízületet alkotó csontok még ennek ellenére is erősen atrophiásak, ficam azonban már nincs. Azt hisszük, hogy az elmondottak és a bemutatott képek alapján magától gyógyult veleszületett csípőízületi ficamot joggal vehetünk föl annál is inkább, mivel a gyermek járásán sem látszik, hogy valaha is lett volna bárminemű csípőízületi zavara.

Ezzel kapcsolatban szeretnék rámutatni arra, hogy a veleszületett csípőízületi ficam röntgendiagnostikája is kiegészítésre szorul. Egyik jellemző tünetnek azt tartják ugyanis, hogy a combcsont fejecse az Y-alakú ízületeken keresztülhúzott vonal fölött helyezkedjék el. Sok esetben előfordulhat azonban, hogy a combcsont már rég elhagyta az ízületet és annál jóval magasabban helyezkedik el, a fejecs azonban mégsem lesz effölött a vonal fölött, mivel a fejecs egész terjedelmében sokkal kisebb, mint a másik. Ha ilyenkor a csökevényes fejecs helyébe rendes fejlettségűt képzelünk, rögtön rájövünk, hogy itt csak az eljárás elégtelensége miatt van látszólagos ellentmondás. Éppen ezért azt tartanám helyesnek, hogy csökevényesen fejlett femurfejecs esetében az Y-alakú ízületeken keresztül húzott vonal mellett húzzunk egy másik, párhuzamos vonalat is, mely vagy az ép trochanter majoron, vagy az ép epiphysisen menne keresztül. (L. 4. ábra.)



(4. ábra.)

A kérdéses oldal megfelelő pontjának elhelyezkedését azután ezzel a vonallal hozzuk összefüggésbe.

Összefoglalás. 1. Másféléves kislánynak veleszületett csípőízületi ficama nyolc hónap alatt magától gyógyult, mely idő alatt bőven kapott vitaminokat és roboránsokat.

2. Veleszületett csípőízületi ficam gyanúja esetén legyünk figyelemmel a combcsont fejecsének kifejlődési fokára is. Ha fejlődésbeli visszamaradást látunk, ne csak a fejecs helyzetét figyeljük meg az Y-alakú ízületeken keresztül húzott vonal fölött, illetve azzal kapcsolatban, hanem a trochanterek, vagy az epiphysisek magasságbeli elhelyezkedését is.

A szegedi Tudományegyetem belgyógyászati diagnostikai klinikájának közleménye. (Igazgató: Purjesz Béla ny. r. tanár.)

A rostonyás tüdőlob gyógyítása sulfapyridin-nel és ultraseptyl-lel.*

Írta: *Mecsér Ferenc dr.*

A rostonyás tüdőgyulladás sulfamid-készítményekkel történő gyógyításáról nagyszámú külföldi és hazai közlemény számol be.

Külföldi észlelőknek a rostonyás tüdőlob kezelésében a sulfamid-készítményekkel eddig elért eredményeit Mariott által összeállított s egyéb főleg európai adatokkal kiegészített táblázaton mutathatjuk be.

1. táblázat.

Ország	Szerzők	Eset	+	Mort. %-ban
Afrika	Agranat et al.	98	8	8·1
	Anderson and Dowdeswell	50	1	2
Kanada	Graham et al.	50	3	6
	Meakins and Hanson	30	1	3·3
Dánia	Alsted	28	1	3·5
	Eldahl	54	4	7·4
	Hjorth	28	—	—
	Lundsten and Morgenseen	39	2	5·3
Egy. Államok	Janney-Smithand Needless	50	4	8
	Pepper et al.	400	28	7
	Williams and Morgan	50	1	5
Anglia	Anderson et al.	70	6	8·5
	Banks	30	—	—
	Dyka and Reid	8	—	—
	Evans and Craisford	627	34	5·4
	Mariott	25	—	—
Németország	Wildgrube	91	11	8·2
	Löffler	298	14	5
	Hegler	420	21	5
Norvégia	Römcke und Vogt	254	11	4·3
Svájc	Staehelin	91	3	3·2
Finnország	Salzmann	100	6	6

A fenti táblázatból kitűnik, hogy a pneum. croup. különböző sulfamid-készítményekkel való kezelésére a mortalitás átlagban 5.5%-ra csökkent.

A hazai megfigyelésekről, tapasztalatokról Soóky Vörösváry, Janik, Bóth és Sás, Szenkláray, Binder közlései adnak felvilágosítást. A készítményeknek a kísérletes pneumococcus fertőzésre való hatásával Ivanovits foglalkozott.

A hazai vizsgálók mortalitásra vonatkozó adatait az alábbi táblázatban foglaltuk össze.

* Előadta az Egyetembarátok Orvostudományi Szakosztályának 1941 március 5.-i ülésén.

2. táblázat.

Szerzők	Eset	+	Mort. %-ban
Binder	33	2	3·3
Janik	21	1	4·7
Sás—Both	12	—	—
Szentkláray	26	3	8
Vörösváry	5	—	—

Mint a táblázatból látható, a hazai adatokban a pneum. crouposás betegek halálozási százaléka sulfamidos gyógyításra átlagban 5.3%-ra szállt alá.

Kiegészítésképpen összeállítottuk külföldi szerzők által észlelt 50 éven felüli tüdőgyulladásos betegek mortalitási adatait.

3. táblázat.

Szerzők	Eset	+	Mort. %-ban
Agranat et al.	15	1	7
Graham et al.	15	3	20
Meakins and Hanson	6	1	16·6
Alsted	5	—	—
Eldabl	14	3	21·4
Hjorth	8	—	—
Lundsteen and Morgenseen	14	2	14·2
Anderson et al.	9	3	33·3
Dyke and Reid	2	—	—
Evans and Gaisford	86	21	24·5
Mariott	9	—	—
Römcke und Vogt	61	8	13·1
Pepper et al.	124	19	15·3

Ezekből az adatokból kiderül az, hogy a haladókorban jelentkező rostonyás tüdőgyulladások halálozási százaléka átlagban 16.6%-ra sülyedt le, a régebbi adatok 60%-os mortalitásával szemben.

Tehát a külföldi és hazai szerzők megállapításai alapján összeállított táblázatokból kitűnik, hogy a betegségi tünetek gyors megszüntetése, valamint a halálozási arányszám csökkentése alapján a pneumonia kezelésében a sulfamid-készítményekben új hatásos szert találtunk.

Az eddigi megállapítások szerint a sulfapyridin és sulfathiazol csoport látszik leghatásosabbnak. Legtöbben vagy az egyik, vagy csak a másik csoporthoz tartozó chemotherapeuticum hatásáról számolnak be. Némelyek specifikus savós kezeléssel együtt végzett chemotherapiás eredményeiket ismertetik. Könnyebb tájékozódás végett nehány ilyen adatot táblázatokban ismertetünk.

4. táblázat.

Szerzők	Pneumococc. typusok	Kez. sz.	Gyógy. %
Sulfapyridin:			
Evans és Gailsford	I., II., III. és IV.	100	92
Flippin és Pepper	I., II., III., IV., V., VI., VII., VIII.	102	96
Anderson és Dowdeswell	különb.	102	96
Agranat, Dreosoli és Ordman	különb.	280	96·4
Plummer és Ennsworth	különb.	157	91·5
Alsted	III.	8	50
Smith és Needleb	különb.	50	92
Pepper, Flippin, Schwartz, Lockwodd	I., II., III.	400	93
Schwart és munkatársai	2b.	233	92
Plummer és Ennteorth	2 b.	270	87·4
Anderson, Cooper, Cary és Brown	II.	70	91
Dowling és Abernethy	2 b	136	93
Sulfanilamid:			
Finland és Brown	I., II., V., VII.	19	20
Prince és Myers	29	115	84
Trant és Logan	nem állap. meg	9	70
Specifikus savó:			
Dowling és Abernetly	26	96	83·3

A gyógyulási százalékokat a 4. sz. táblázat mutatja, az 5. és 6. sz. táblázat pedig *Winkler* prontosil és *Price-Myers* prontosil és specifikus savókezelésre vonatkozó adatait tartalmazza.

5. táblázat.

(Winkler)	90 pneum. I. typ.	II. typ.	(Prontosil) III. typ.	X. typ.
Betegek	22	12	29	27
Mortalitas	18·2%	—	41%	—
	50 éven felüli 50%			

6. táblázat.

(Price and Myers)	249 pneum.		
	I. Prontosil	II. Specifikus savó	III. I. és II. nélkül
B:	115	40	94
M:	15·7%	15%	30·8%

A táblázat adataiból azt olvashatjuk ki, hogy a sulfanilamid-készítmények kevésbbé hatásosak, mint a sulfapyridin-csoporthoz tartozók. Ez utóbbiak a III. typ. okozta tüdőgyulladásra nem fejtenek ki olyan hatást, mint a többi typusbelire. A specifikus savós kezelés a sulfanilamid-készítményekével egyező eredményű.

A sulfapyridin- és sulfathiazol-készítmények összehasonlító vizsgálatával *Garvin* közleményében találkozunk, aki megállapítja, hogy a sulafthiazol-készítmények hatására a betegek 45.7%-ban az első 24 órában válnak láztalanokká, a sulfapyridinre pedig 54.9%-ban. Továbbá megállapítja azt, hogy a sulfathiazol-készítménnyel kezeltek 25.2%-a a szer adagolása ellenére újból lázassá vált, sulfapyridinnel kapcsolatban pedig ez az arányszám 38.2% volt. Tehát a sulfapyridin sokkal hamarabb nyomja le a lázat, de gyakoribb a láz újrajelentkezése.

Az imént vázolt észleléseket szeretnők saját megfigyeléseinkkel kiegészíteni. A készítmények kellemetlen mellékhatását nem említjük, részben mert aránylag kis százalékban jelentkeztek, részben pedig már *Soóky, Greiner* a szegedi viszonyokra, *Colmer, Bartholini, Reiman, Hegler* a külföldi viszonyokra vonatkozólag bőven szolgálnak adatokkal.

Klinikánkon összesen 63 pneumoniást észleltünk. A klinikán kezelt pneum. crouposásokon megfigyeltük, hogy a sulfapyridinre vagy ultraseptylre mikor válnak láztalanná a betegek, hogy a physikalis vizsgálattal megállapítható eltérések a láztalanná válás után meddig mutathatók ki, hogy a röntgenvizsgálattal a pnemoniás elváltozások a sulfamid-készítményes kezelés mellett mennyi ideig állanak fenn; végül, hogy a köpetben a pneumococcus meddig mutatható ki.

A feltett kérdésekre 46 esetben végeztünk vizsgálatokat. A betegek életkora 15—70 év. A 63 esetből 5 végződött halálosan, kettő a klinikai tartózkodás első 24 órájában, egy pedig a klinikai észlelés harmadik napján halt meg. Két másik beteg 50 évesnél idősebb volt, közülük az egyik a klinikai kezelés 20., a másik pedig 6. napján halt meg.

A betegek első betegségi tüneteitől a klinikára való beszállítás napjáig 3-tól 12 nap telt el, kivéve 1 beteget, akit metapneumoniás empyemával a 42. napon szállítottak be.

7. táblázat.

Sulfapyridinnel kezelt 16 eset.

	Kor	Beszáll. a betegs. napján	Láz megszünte	Fizik. eltérés fennáll.	Röntgen-eltérés fennállása	Pneumococcusok a köpetben	Megjegyzés
		Kezelés óta eltelt napok					
Sulfapyridin	41	12	10	5	19	16	Exs. pleur.
	58	9	4	11	12	9	
	16	4	4	7	10	5	
	19	7	5	9	10	7	
	26	8	6	9	12	8	
	43	4	5	11	10	5	
	32	4	8	14	12	15	
	50	6	—	9	3	9	Meghalt
	28	5	2	8	8	7	
	18	4	3	12	12	11	
Ronin	16	7	8	10	10	5	
	39	5	6	—	12	—	
	26	6	8	—	10	8	
	16	6	3	7	11	6	
	29	7	—	36	37	35	Exs. pleur.
	69	7	—	—	—	—	Sepsis

8. táblázat.

Sulfathiasol készítménnyel kezelt 30 eset.

Ultraseptyl

Kor	Beszáll. a betegs. napján	Láz megszünte	Fizik. eltérés fennáll.	Röntgen-eltérés fennáll.	Pneumococcusok a köpetben	Megjegyzések
	Kezelés óta eltelt napok					
16	3	18	19	22	16	
29	6	5	14	17	—	
17	9	12	11	—	11	
55	7	—	—	—	—	Abscessus pulm. műtét.
39	6	1	—	6	2	
55	5	4	10	11	7	
26	5	1	2	2	—	
65	42	11	14	14	—	Metapn. empyema.
37	8	5	10	11	11	
23	5	26	26	25	—	Exs. pleur.
48	5	9	13	16	13	
17	6	3	6	4	6	
26	5	4	6	8	6	
65	8	17	17	17	12	Exs. pleur.
63	6	—	—	—	—	Meghalt
26	5	1	12	12	7	
40	3	17	16	18	10	
64	4	—	6	6	6	Meghalt
70	7	4	10	14	6	
63	7	7	10	12	10	
33	4	7	7	7	4	
52	5	—	20	20	14	Meghalt
59	7	1	2	2	—	
22	9	10	13	13	4	Exs. pleur.
29	6	3	8	9	6	
44	4	4	7	10	—	
48	12	2	9	9	5	Exs. pleur.
32	5	2	6	6	3	
32	6	7	12	14	12	
51	5	2	9	8	—	

A betegek ultraseptyl-, ronin- és sulfapyridintablettákat kaptak belsőleg, illetőleg nagyfokú gyomorpanasz esetén kúpban. Alkalmaztuk ezenkívül vérbe a sulfapyridint és ultraseptylt is. A napi mennyiség per os és kúpban 4 óránként 1 gr, azaz összesen 6 gr, a vérbe adotté 3 gr volt.

A sulfapyridinnel kezelteknek a kezelés megkezdése után lázuk 2, illetőleg 10 napig tartott, átlag 4—5 napig. A sulfathiazol-készítményekre 1-től 26 napig, átlagban 5—6 napig volt hőemelkedés. Tehát a láz a kétfajta szer hatására körülbelül egyforma arányszámot mutatva a klinikai tartózkodás 3—5 napján lytikusan szállt alá. A hőmérséklet rendessé válását a közérzet megjavulása, a pulsus és légzésszám rendeződése kísérte. A fehérvérsejtszám a rendesre szállt le, a vérkép monocytotikus és lymphocytotikus irányba fordult.

Anderson és munkatársai a sulfamid-készítmények állandó nagydosisú adása ellenére is észlelték, hogy a betegek újból lázassá váltak részben anélkül, hogy a meglévő folyamat mellett új góc keletkezett vagy új lebeny szűrődött volna be. Hasonlókról számol be Brednow is Eubasinnal kapcsolatban. Hogy ennek mi az oka, nem tudjuk. Feltehető, hogy a szer bővebb adásával a szervezet védekezőerejét csökkentjük.

63 pneumoniás betegünk közül 5-ön észleltünk a sulfamid-készítmények ellenére a láz felemelkedésével egyidejűleg új beszűrődést 2 esetünkben két héten át adva sulfamid-készítményt, sem tudtuk a lázt csökkenteni, sem a beszűrődést megátolni, sem a közérzetet megjavítani. A folyamat úgy zajlott le, mintha sulfamid-készítményt nem kapott volna.

Mint sokan mások, úgy mi is észleltünk szövődményeket a sulfamid-készítmények ellenére. Igy hat ízben keletkezett mellhártya-izzadmány, két esetben tüdőtályog és egy ízben sulfathiazol ellenére pneumococcus-sepsis fejlődött ki. Halálosan végződött 5 eset.

A betegek tüdőbeli állapotát a lázas szak alatt valamint azután, hogy láztalanok lettek, physikalis és röntgenvizsgálattal ellenőriztük és köpetvizsgálattal kiegészítettük.

A láztalannáválás után a fisikalis lelet, valamint a köpet jellege is hosszú időn át a folyamat fennállására mutatott. Ez különben megegyezik *Mariott* megállapításával, aki szerint a pneumonia oldódási folyamata a szer hatása alatt éppúgy zajlik le, mintha a beteg sulfamid-készítményeket nem is kapott volna.

A régebbi megfigyelések közül *Sante*, továbbá *Graeser, Wu* és *Robertson* megállapítása szerint a pneumoniás izzadmány kb. 2 hét alatt szívódik föl. Ugyanezt tanusítják klinikánk régebbi adatai. Ezek szerint krisis után 2—23 napig, elhúzódó láztalannáválás (lysis) esetében pedig 6—30 napig volt fisikalis és röntgenvizsgálatokkal a folyamat ellenőrizhető.

A kétfajta sulfamid-készítménnyel kezelt pneumoniásokon a láz megszűnte után 7—35 napig volt módunkban a beszűrődést fisikalisan és röntgennel észlelni. Ez a megfigyelésünk az előbb említett szerzők adataival, valamint saját régebbi adatainkkal mindenben megegyezik s ezek szerint az új chemotherapeutikumok az oldódási folyamatot nem befolyásolják.

Észleléseinket a köpet bakterium-florájának vizsgálatára is kiterjesztettük. Egyetlen hasonló adatot Pedersen közleményében találtunk, már a vizsgálataink befejezése után, melyben a kezeléssel kapcsolatosan a köpet pneumococcus-florájának változását ellenőrizték. *Pederson* specifikus savózást alkalmazott s figyelte a pneumococcus-flóra viselkedését. Megállapítja, hogy a bakteriumok a köpetből a tüdőbeli fisikalis és röntgentünetek

fennálásáig 50%-ban kimutathatók. Minden nap néztük a köpet floraváltozását s megállapítottuk, hogy a köpetben a sulfamid-készítmények ellenére a pneumococcus nagy százalékban végig megmarad. Számuk absolut értelemben véve csökken, de korántsem oly gyorsan, mint a kísérő vegyes flora, úgyhogy a betegség előrehaladásával, illetőleg az oldódás megkezdődése előtt majdnem színtiszta tenyészetben kapjuk a kórokozót. Megállapítható, hogy a pneucoccus-flora fennállási ideje együtthalad a tüdőbeli fisikalis és röntgenlelettel s 11—16 napig, sőt 35 napig is nagy mennyiségben voltak pneumococcusok és részben vegyes bakteriumok Gram-festéssel kimutathatók. Igen feltűnő, hogy azok az esetek jártak legsúlyosabb kórképpel, sőt halállal, hol a vegyes flora túlságban uralkodott. Ezekből kerültek ki kiújúló eseteink is.

Tapasztalatainkat a következőkben foglalhatjuk össze:

1. A sulfapyridin és ultraseptyl szedésére a rostonyás tüdőgyulladásos betegek közérzete megjavul. Lázuk 3—5 nap alatt kb. egyforma arányszámot mutatva lytikusan csökken.

2. Mindkét gyógyszer ellenére a láz újból felugorhat és magas szinten maradhat.

3. A halálozási arányszám a két gyógyszer szedésére — mely a klinika 1923—36. közti különböző korú pneumoniás betegei között 12.6% volt — 4.7%-ra csökkent.

4. A fisikalis és röntgenelváltozás a láz elmaradása után még hetekig fennállhat.

5. A szövődményeket a sulfamid nem okvetlenül gátolja meg.

6. A köpetben a pneumococcus a fisikalis elváltozás fennállásáig nagy százalékban kimutatható.

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET.

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

Az ülőideg körkörös peripherikus bemetszése az alsóvégtag torzképződései esetén. *Trosc.* (Wien, med. Wschr. 1941. 51.) Az alsó végtag spastikus állapotát szerző szüntetni véli azáltal, hogy a spasmus okát, az érzőinger vezetését műtéti úton megakadályozza. E célból a farredő magasságában szabaddá teszi az ülőideget és azon körkörösen 1½—2 mm mély bemetszést ejt. Így átvágva az idegben felületesen elhelyezkedő érzőidegszálakat, a spasmus reflexivét megszakítja. 3 saját és 4 a kolozsvári orthopädiai intézetben más által végzett műtétről számol be, mellyel állítólag jó eredményt mutattak fel. (R. 14.)

Puky Pál dr.

A vérkeringés functiós próbái. *Max Hochrein.* (Archiv. f. Klin. Chir. 202. 1—2.) A vérkeringés kielégítő működése sok tényezőtől függ. Az egyes tényezőket külön-külön vizsgálva, következtetést vonhatunk le arra vonatkozólag, hogy a keringés kielégítő-e. Ilyen vizsgálati módszerek: a venásnyomás mérése, az E. K. G., a Rtg., a Rtg. kymographia, a vital kapacitás mérése. Minél kiterjedtebb a vizsgálat és minél többfajta a terhelési póba, annál világosabb ítéletet mondhatunk a szívműködésől. (G. 14.)

Ránky László dr.

A carotis interna zsákszerű aneurismája a sinus cavernosus táján, arterio-venosus anastomosis nélkül. *Prof. A. Stieda és G. Rothmaler.* (Arch. f. klin. Chir. 202. 1—2.) Az előzetes arteriographia után trepanatio Dandy szerint. Az aneurisma nem köthető le. A carotis interna beszűkítése a trepanatio közben azt mutatja, hogy annak lekötése káros hatással nem lesz, mert az ellenkező oldali erek megfelelően ellátják a lekötött oldali agyrészletet. Az ugyanekkor ellenkező oldalon végzett arteriographia is azt mutatja, hogy az erek mindkét oldalon jól telődnek. A carotis teljes lekötése. A beteg minden károsodás nélkül símán meggyógyult. (G. 13.)

Ránky László dr.

CALCORISAN

calcium lacticum-, rizsnyák-, dextrin-, di- és monosaccharidtartalmú csecsemőtápszer

calciumtej készítésére

Javalt: hasmenésre hajlamos exsudativ csecsemőknél; angolkór és spasmophilia eseteiben; influenzás, valamint dysenteriás eredetű vastagbélfolyamatoknál és parenteralis dyspepsiáknál úgy lázas, mint láztalan állapotban.

Irodalommal és mintával szívesen szolgálunk.

Krompecher tápszer- és gyógyszeripari kft. Budapest, V., Nádor-utca 15.

Dr. DEÉR ENDRE SEROBAKTERIOLOGIAI LABORATORIUMA

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

Wassermann I
Wassermann II
Kahn
Kiss

Antigenek SEC. Dr. DEÉR

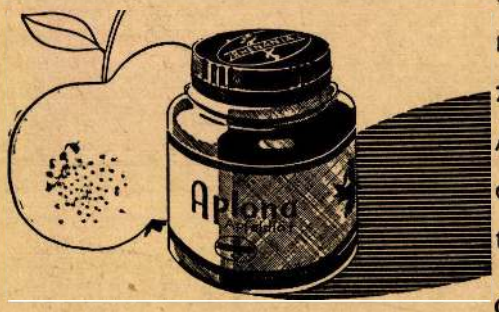
»Sanguityp«
Vércsoporthatározó

VÉRSZEGÉNYSÉG ELLEN

HAEMOPLEX Dr. Deér

ACTIVÁLT FERRUM HYDROGENIO REDUCTUM

Polytrop antidiarrhoikum



részleges hatásu gyógyszerek helyett.

Szén, bolus, tannin-kombinátiók és hasonló per os, vagy rektálisan alkalmazott gyógyszerek felszívó — és desinfiziáló képessége igen korlátolt.

Az Aplona — a nyersalma hátrányaitól mentesen — egyesíti magában a gyógyszer specifikus hatását, a természetes és ideálisan assimilálható gyógydiätával.

Csomagolás: üveg 50 és 100 g. tartalommal.

Aplona

gyógyszer és egyben diäta.

Méregtelenit, szabályozza a bélműködést és megszünteti a hasmenést.

RHENANIA

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

Magyarországi képviselet: Wack Keresztély Budapest IX/8.

Éjszakai nyugalmat biztosít a
Noctal
(Acidum β-bromallyl-isopropyl-barbituricum)
anélkül, hogy a közérzetet rontaná.
Üvegcsőben 10 darab
0.2 g-os tabletta.
J. D. Riedel - E. de Haën A.-G. Berlin
Magyarországi képviselet: Dr. Lányi Lajos, Budapest, VIII., Rigó-utca 10

St. Blasien Szanatórium
800 m tengerszint felett, legkedvezőbb éghajlati adottságok, kimondottan gyógyklima
Németország legmagasabban fekvő magángyógyintézete
tüdőbetegek
számára, a Feketeerdő déli részének legkedvezőbb fekvésében
Időszerű átalányárak:
kétágyas szobában . . . . . RM 9.-től
egyágyas szobában . . . . . RM 11.-től
Igazgató: Dr. BACMEISTER A. egyet. tanár
Főorvos: Dr. EMMLER A. sebész szakorvos
ST. BLASIEN SZANATÓRIUM
dél-badeni Hochschwarzwald. — Vasútállomás: Seebrugg (Németország).
Díjmentes képes ismertető

CARBONA »Réthy« enyhén hajtó széntabletták

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

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

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

Hypertrophiás pylorus stenosisos csecsemők Vasanoval kezelése. *Stoeber.* (Zschr. Kh. 662. 5.) Először visszapillant az eddig több-kevesebb sikerrel alkalkalmazott atropin, eumydrin, adrenalin, gynergen sedatin, stb. kezelésekre, majd pylorus stenosisnál az általuk alkalmazott, jól bevált Vasano-kezelést ajánlja. 88 esete közül csak 1 csecsemőt kellett operáltatnia, egyébként szerine a Vasano a műtétet feleslegessá teszi. Bár a csecsemők a Vasano adagolásra individualisan máskép reagálnak, a kezelés alatt ritkán lépett fel complicatio, például cystitis, láz, pupillatágulás, bőrpirosság, nyelési nehézség, stb. Légzészavar nem volt észlelhető s általában kevésbbé találta mérgezőnek, mint az atropint. Szerinte a Vasanoval való konzervativ-kezelésnél sem nagyobb a csecsemők mortalitása, mint a sebészeti beavatkozások után. Míg eddig a pylorus stenosisok kezelése átlag 79 napot vett igénybe, Stoeber szerint Vasano-kezelésnél 48 nap az átlagos gyógyulási idő. Mivel a Vasano adagolását individualisan kell alkalmazni s a kezelés mellett igen fontos a csecsemők gondos ápolása is, szerinte pylorus stenosisos csecsemők kezelése csak intézetben vihető keresztül sikerrel. (K. 17.)

Csukássy Margit dr.

Adatok a máj- és vérpathologiához csecsemőkórban. *Brackhage.* (Arch. Kh. 123. 2/3.) Intézetének 4 esetét referálja, melyek nem sorolhatók be a májrendszerbe foglalt betegségei közé. Közlésében mellőzi a theoretikus fejtegetéseket, tisztán klinikai és kórbonctani szempontból taglal. *a)* 4 hetes csecsemő: ganglioma sympathicum a bal vesében. A májban oly nagy tömegű áttét volt található, hogy a máj saját szövete alig ismerhető fel. *b)* 2 hónapos csecsemő obstructiós icterusa spontán oldódott, teljes gyógyulás. *c)* Veleszületett májcirrhosis, oka valószínűleg a mater endocarditis rheumaticájának kiújulása a graviditás alatt. *d)* Icterus gravis familiaris. A csecsemő szülei epekőmegbetegedésben szenvednek, egy testvérének szintén icterus grav. neonatorumja volt. (K. 21.)

Szutrély Gyula dr.

A pertussis kezeléséről. *Müller.* (D. M. W. 21. 1942.) Az activ immunizálással csupán a betegségnek kezdetén érhetünk el eredményt. A betegség kezelésében döntő jelentőségűnek tartja a szabadlég-kúrát. Kezdődő tüdőcomplicatio esetén a hydrotherapiának juttat nagy szerepet, de mindezek mellett az általános kezelést is nagyon fontosnak tartja, mellyel psychés vonatkozásban jótékony hatást gyakorolhatunk a betegre. Legkevésbbé tartja mellőzhetőnek a spasmolyticus gyógyszereket. (K. 18.)

Wirth József dr.

A tej zsírtartalmáról és annak emelkedéséről vitaminadagolás után. *Lucadou.* (D. M. W. 5. 1942.) Kísérleteiben teheneknek élelméhez 5 g élő élesztőt adott. Ezek után a nyári időkben a tej zsírtartalma emelkedett. Nyáron adagolt napi 6 mg Lactoflavin nem idézett elő változást; hasonlóképpen napi 50 mg B_1-vitamin sem idézett elő változást a zsírtartalom részéről. 20 mg Betabion és 0.6 mg Lactoflavin naponta egyízben adagolva nyáridőben 25%-kal emelték a tej zsírtartalmát anélkül, hogy az állatokon károsodást vagy a tejproductiót befolyásolta volna. Télidőben 20 mg B_1- és 2 mg Lactoflavinnal sikerül 3 héten keresztül a tejnek átlagos zsírtartalmát állandósítani a normalszinten. Ily eljárással számításai szerint a 13%-os emelkedés elegendő Németország zsírhiány-szükségletének fedezésére. (K. 19.)

Wirth József dr.

BILAGIT-CHINOIN

Rationalis összetételű cholagogum, cholereticum

20 és 40 tabletta

METALIX NEO STANDARD

a magyar gyártmányú teljesen automatizált röntgenkészülék

TRIASKOP

egyetemes vizsgálószerkezettel és

METALIX

finomfókuszú fémröntgenlámpával minden röntgenologiai munka elvégzésére kiválóan alkalmas

Magyarországi gyártás és vezérképviselet:

Metalix Röntgen Részvénytársaság

Budapest, IV., Múzeum-körút 37. szám.
Telefonszámok: 182-680, 383-135
Sürgönycím: Metalix Budapest.

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

KÖNYVISMERTETÉS

Radiumdosimetrie. *Walter Minder.* (Julius Springer, Wien. 1941. Ára 12 márka.)

Ennek a könyvnek megjelenése mindenképpen örvendetes esemény. Először is mert azt jelzi, hogy a radiumdosimetria olyan fejlődési szakba érkezett, mely már önálló könyvet kíván. A radiumtherapia megbízható dosimetria hiányában már-már formalizmusokba látszott jegecesedni. A könyvben ismertetett alig évtizedes fejlődésre visszatekintő és gyakorlatilag is használható alakjában alig néhány éves, modern gammasugár-dosimetria a radiumtherapia további fejlődésének az útjait nyitja meg. Másodszor azért kell még külön is üdvözölni, mert a szerző a népszerűsítő, természetrajzi stílusú s csak kontárokat nevelő irányzattól eltért és a dosimetria fizikális értelmezésével nem maradt adós. Radium- és röntgendosimetriát illetőleg bele kell nyugodni, hogy a lényegük fizikális természeténél fogva mathematika nélkül egyiket sem lehet megérteni. A mathematikának az orvosi vonatkozású művekben ritkábban tapasztalt, bővebb alkalmazása radiologus orvosoknál természetesen nem okozhat nehézségeket. Különösen a fiatalabb kollegáknál nem, akiket a középiskola már jelentősebb mathematikai útravalóval ajándékozott meg. A 170 oldalnyi könyv a gyakorlat részére már megoldottnak tekintendő ionometrikus röntgendosimetriának a gammasugárzásokra való kiterjesztését tárgyalja. A mindvégig világos stílusú és egységes gondolatmenetű mű első része tárgykörének a fizikális elemeit adja. Ez a bevezető rész mértéktartón csak a nélkülözhetetlen ismeretekre terjeszkedik ki. Külön ki kell emelni a mathematikai gammasugár-adagolásról szóló fejezetet. Itt különböző radiumkészítmény kombinációk dosis-teljesítményének az elegáns megoldására bő alkalom kínálkozik. A szerző a kínálkozó alkalmat alaposan ki is használja. Az irodalomban eddig csak szétszórtan fellelhető módszerek rendszerező ismertetésén kívül a szerző eredeti elgondolásaival is gyakran találkozunk. Csak azt sajnáljuk, hogy ebben a fejezetben a Paterson és Parker-féle eljárás mostoha sorsra jutott. Pedig a saját tapasztalataink szerint is, a felmerülő problémák legtöbbjének igen egyszerű megoldását adja. A különböző térrácsokba helyezett radiumkészítmények dosis-viszonyainak a tárgyalása — a könyv terjedelméhez mérten — kissé hosszadalmasabb. Az az érzésünk, hogy a gyakorlati használhatóságukat a szerző túlértékelte. Rádiumkészítmények ilyen elrendezése esetleg üregi moulageoknál kerülhet szóba. Itt azonban a szabályos számítással követhető elrendezés alig lehetséges és útbaigazítást csak a közvetlen dosismérés adhat. Ezeket a megjegyzéseket a könyv remélhető további kiadásaira vonatkozólag kell a szerző figyelmébe ajánlani. Radiologus orvosok, röntgenologusok és sugártherapiás intézeteknél működő fizikusok könyvespolcáról nem hiányozhat.

Czunft Vilmos dr.

Új engedélyezés:

A M. kir. Posta Betegségi Biztosító Intézet terhére

PULSOTON-CHINOIN *ÉRTONICUM*

injectio és solutio **szabadon** rendelhető

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift. 20. sz. *Haberer H.:* Háborús sebészeti tapasztalatok az 1941-es keleti hadjáratból. *Bach E.:* Az eklampsia therápiájához. *Geser L.:* A heveny gyomortágulás klinikájához. *Rumpe F.:* Mérgezések egy zsírpotlék-anyag (orthotrikresylphosphat) használata által. *Koch F.:* A bőr olajártalmai. 21. sz. *Kirschner M.:* A n. glossopharyngeus és occipitalis major neurolgiájának kezelése. *Siegmund H.:* A hepatitis epidemica kórbonctanához. *Wolf W.:* A melaena neonotorum kezelése. *Ostendorf L.:* Puerperalis fertőzések kezelése Tibatinnal. *Holmgren B.:* Könnyen kezelhető készülék összenövések felületi érzéstelenítésére thorakokaustika esetén.

Wiener Klinische Wochenschrift. 21. sz. *Hegler C.:* Sulfonamidkészítmények alkalmazása a gyakorlatban. *Ewald K.:* Hogy kell a vállficamot beigazítani? *Kup J.:* A heveny mellékvesekiesés. *Schneider:* Melyek a tüdőgümőkór műtéti gyógyításának lehetőségei ezidőszerint?

Schweizerische Medizinische Wochenschrift. 20. sz. *Wenner R.:* Hormonkezelés a szülészetben és nőgyógyászatban. *Washington Graves N.:* Az életkor szerepe, mint vizsgálati principium öröklött variatiók biológiai jelentőségének értékelésére az ember alkati problemaiban. *Ernst A.:* Zyklodiathermias scarificatio glaukoma ellen, ennek valódi és állítólagos fertőzési veszélye. *Schuppli R.:* Aratási rühösség és ennek egy új goca Svajcban. *Schachter A.:* Dystrophia pigmentosa egypetéjű ikrek egyikén. — 21. sz. *Heusser H.:* Mit tehet a gyakorló orvos a műtét sikerének biztosítására a kórházi kezelés előtt és után? *Labhardt A.:* Miben áll a Knaus F. szülésszabályozási eljárás és mi ennek az értéke? *Julesz M.:* Új eljárás az agyfüggelék gonadotrop functiójának élénkítésére. *Jequier Dage E.:* Májkivonatok antiperniciosás hatásának klinikai ellenőrzése. *Jeanneret H.:* Aurintiasis palmarum, acanthosis nigricans és epidermo dysplasia verruciformis együttes előfordulása gyomordaganat egy esetében. *Tramér F.:* Cibazol és testhőmérsék.

VEGYESHIREK

Dr. v. Tátrallyay Zoltán c. rk. tanárt a Kormányzó Úr a budapesti egyetem fül-, orr- és gégészeti tanszékére ny. r. tanárrá nevezte ki. Az új professzor az I. sebészeti klinikán szerezte műtői oklevelét, majd Londonban, Párisban és Bécsben végzett szaktanulmányokat. 1914-ben 2 évig csapatszolgálatot teljesített és »önfeláldozó és bátor magatartásáért« a Signum Laudis-szal tüntettetett ki. 1918 december 2-án szerelt le, miután a 17-es helyőrségi kórház fül- és gégeosztályát 2 évig vezette. A háború után berlini tanulmányáról visszatérve, az I. sz. sebészeti klinika rendelését vezette 10 éven keresztül, majd a Vöröskereszt gége osztályát vette át és vezeti most is. 1929-ben habilitálták, 1936-ban nyerte el a rk. tanári címet; 45 tudományos munkája jelent meg. Közismert operateur, szakmájának kiváló képviselője, kit örömmel üdvözlünk, mint a kathedra alapító Lénárt Zoltán professzor méltó utódját.

A páduai egyetemen a Livius emlékünnepélyhez fűződő kulturális ünnepségsorozat keretében nyújtották át több külföldi kiválóság között *Szentgyörgyi Albert* professzornak is az egyetem díszdoktori oklevelét.

A Debreceni Orvosegyesület május 28-án tartotta évi rendes közgyűlését. Ezen adta át *Kettesy Aladár* elnök az Orvosegyesület jutalomdíjait. A Debreceni Orvosegyesület emlékérmét az elmult évben elhangzott legjobb előadásért *Almássy György* nyerte el. A 200 pengős Fornet-díjat a legértékesebb klinikai tárgyú előadásért a bizottság *Szeleczky Gyulának* itélte. Első alkalommal került kiadásra a 400 pengős Högyes Endre-díj, mellyel a bizottság javaslata alapján az Orvosegyesület *Dreguss Miklós* »Kísérleti kanyaró« c. pályamunkáját jutalmazta.

FAGIFOR „CITO"

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lacto-kreosot-syrup

Ideális enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

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

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

CITO gyógyszervegyészeti gyár

Budapest, XIV., Lengyel utca 33.

Agysebészeti osztály létesült a kolozsvári elme- és ideggyógyászati klinikán, melynek megnyitása alkalmával az orvosi kar tudományos ülésén, június 3-án, *Miskolczy Dezső prof.* mondott bevezetőt az osztály keletkezéséről, hivatásáról és felszereléséről, utána *Pette Heinrich,* hamburgi prof. tartott nagy érdeklődés mellett előadást az idegsebészet jelentőségéről a neurologiában, majd végül *Környey István* e. m. tanár, adjunctus osztályvezető szólott az idegsebészet néhány időszerű kérdéséről.

A magyar dematologiai társulat ezévi nagygyűlését június 12—14-én tartják. A nagygyűlés időpontjai: június *12-én:* délelőtt 9 órakor; délután ½6 órakor közgyűlés és nagygyűlés folytatása; *13-án:* délelőtt 9 órakor és délután ½6 órakor; *14-én:* délelőtt 9 órakor. Úgy a nagygyűlést, mint a közgyűlést a Bőr- és Nemibetegségek Klinikájának (Mária-u. 41) tantermében tartják.

A magyar élettani társaság vándorgyűlését — melyet Kolozsvárott június hó folyamán tartottak volna, — az ősz folyamán, előreláthatólag szeptember első felében fogják megtartani. A vándorgyűlésre 107 előadást jelentettek be.

Törvényjavaslat a városi, községi és körorvosokról. A belügyminiszter legutóbb benyujtotta a Házban a városi, községi és körorvosok államosításáról, valamint egyes közegészségügyi rendelkezések módosításáról és kiegészítéséről szóló törvényjavaslatát. A törvényjavaslat kimondja, hogy a városi, községi és körorvos állami tisztviselő, s a belügyminiszter nevezi ki őket. Kinevezhető az, aki tisztiorvosi, vagy községi orvosi vizsgát tett s a belügyminiszter előfeltételül megszabhat két évnél nem hosszabb tartamú kórházi gyakorlatot is. A községi és körorvost a belügyminiszter hivatalból is áthelyezheti más állomáshelyre, ami azok előmenetelét biztosítja. A községi és körorvos hivatalból tagja a képviselőtestületnek és a községi elöljáróságnak. A városi orvos a polgármesternek, a községi és körorvos a főszolgabírónak van elárendelve. Fegyelmi eljárást és az állástól való felfüggesztést: a belügyminiszter, a főispán és a közigazgatási bizottság rendelheti el. A törvény hatálybalépése napján tényleges szolgálatban álló városi, községi és körorvosokat — ha zsidónak nem tekinthetők és nem esnek a 6. bekezdésben foglalt korlátozás alá sem — a belügyminiszter a törvény hatálybalépését követő hónap első napjától kezdve állami tisztviselőkké minősíti. A városi, községi és körorvosok a VII—IX. fizetési osztályokba tartoznak. Azt az orvost, akinek legalább három évi orvosi gyakorlata van, a IX. fizetési osztályba sorozott orvosi állásra lehet kinevezni. Ugyanabban a fizetési osztályban, magasabb fokozatba való előlépés szempontjából az eltöltött szolgálati időt figyelembe kell venni. Ha városi, községi vagy körorvos nem akar állami szolgálatba lépni, szabályszerű eljárás alá vonandó. Ugyanilyen elbírálás alá esik az az orvos, aki zsidónak tekintendő, vagy a paragrafusban megállapított korlátozás alá esik. Ha az állami tisztviselővé minősített városi orvos városi állása után az állami állásával járó nyugdíjba beszámítható illetményeknél magasabb összegű fizetést és pótfizetést élvezett, a különbözetet személyi pótlék címén megtartja.

Orvosi rendelő teljes felszereléssel, személyzettel délutáni órákra kiadó. Horváth, Baross-utca 34. 12—4-ig.

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

A Richter G. gyár 40 éves jubileumát egy 350 oldalas könyvvel ünnepli, mit a magyar orvosi karnak ajánl. Ebben rövid összefoglalásban ismerteti a pharmakotherapia fejlődését az utolsó 40 év alatt, az endokrinologia és hormontan megjelenését tudományunkban és gyógyító tevékenységünkben, majd a vitaminokkal és chemotherapiával fejezi be ezt a kitűnő összefoglalást egy kis függelékben adva a tüneti és roborans szerek becses készletét, amikre oly gyakran rászorul még az orvos.

Ezek az összefoglaló fejezetek elismerésreméltó szaktudással, világos, könnyen érthető modorban vannak megírva, lebilincselően érdekesek és minden korral haladó gyakorló orvos számára nagyon tanulságosak. Írójuk — úgy látszik — nemcsak szaktudományában, hanem annak továbbadásában is jártas. Megkapó például az 58., 59., 60. oldalon a chelesterinnek, mint anyavegyületnek és a belőle leszármazó hormonoknak, steronoknak, oestronoknak feltüntetése. Vagy például a glycogen lebontását és felépítését feltüntető ábra a 172. lapon. Hasonló érdekes származási levezetéseket találunk a vitaminoknál is. Nagyon becses még a kutató számára is, a fejezetekhez csatlakozó teljes irodalom, ami az ott felsorolt Richter-készítmények címszavai után nagy gonddal van összeállítva. Jellemző Richter Gedeon szerénységére és tudománytiszteletére, hogy mai hatalmas, világszerte ismert gyárának 40 éves fennállását nem az öndicséret hivalkodásával ünnepli, hanem szinte alázattal a tudomány himnuszával, ami e 40 év alatt tette boldogabbá a szenvedő emberiséget és e fényes keretbe szerényen illeszti bele, a maga készítményeit, amelyekkel ebben a nagy munkában ő is résztvett. Mindnyájan emlékezünk még a hatalmas termelés első s az orvosok bizalmát megnyerő bevezetőjére, a *tonogen*-re és ma nincs olyan hormon vagy vitamin, még legújabban felfedezett sem, ami ne szerepelne egy jól ismert és megbízható Richter-készítményben.

Az ünneplő gyár multja előtt mi is meghajtjuk az elismerés zászlaját és bízva lobogtatjuk azt jövendő vezetői és munkásai előtt.

Vámossy

Hőgyes Endre pályadíj. A Debreceni Orvosegyesület Hőgyes Endre-pályadíjára pályázhat minden magyar orvos, nyomtatásban még meg nem jelent kísérleti kutatáson vagy klinikai vizsgálaton alapuló eredeti dolgozattal. A pályamű jeligés levéllel nyújtandó be a Debreceni Orvosegyesület elnökségének. A pályadíjjal jutalmazott munka szerzője köteles művét a Debreceni Orvosegyesület egyik ülésén előadás keretében bemutatni. A pályadíjat az előadás megtartása után adja át az elnök. A pályadíj 400.— pengő. A pályamunkát a választmány által kiküldendő bizottság bírálja el. A bizottság mindenkori tagjai: az Orvosegyesület elnöke, a pályázatok tárgyai szerint egy-egy szakprofesszor, egy rokonszakma professzora, az egyesület főtitkára és az Orvosegyesület két tagja. A pályamunkák beküldési határideje 1944 április 1.

Orvosdoktorrá avattatott a pécsi Tud. Egyetemen május 29-én *Tóth* János. Üdvözöljük az új kartársat.

A norvég orvosi akadémia közlése szerint *Hirden* oslói sebész egy eljárást dolgozott ki, mely szerint a hajból az illető személy korát meg lehet állapítani. Hirden olyan oldószert állított elő, melyben a haj életkor szerint különböző idő alatt oldódik.

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.

Híg székletre hajlamos egészséges csecsemők, valamint hasmenésre hajlamos exsudatív csecsemők mesterséges táplálására kiváló eredménnyel alkalmazott *calcium-tej* gyorsan, egyszerűen készíthető a *Krompecher-féle Calcorisanból*. A *Calcorisan* előnye, hogy calcium lactium mellett szárított rizsnyákot, dextrint, di- és monosaccharidokat tartalmaz olyan megfelelő mennyiségben, amely a csecsemő szénhydratszükségletének fedezésére elegendő; szénhydratok hozzáadása tehát a *Calcorisanból* készült táplálékhoz nem szükséges. A készítmény dugító hatású, mert a benne levő monosaccharid már a vékonybél felső részében felszívódik, tehát erjedésre nem kerül, a disaccharidok hatását pedig a calcium és a polysaccharidok többszörösen ellensúlyozzák.

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

Soványság, reconvalescentia, neurasthenia esetén kiváló roborans és étvágyjavító a
VITACHINA DRAGÉE
B_1 vitamint, chinakérget, arsent és strychnint tartalmaz
C hypovitaminosisban, fertőző betegségekben, normális fognövekedés biztosítására
VITASCORBIN SYRUP;
állandó C vitamin tartalmú, jóízű folyadék, különösen ajánlatos a gyermekpraxis számára.
REX Gyógyszervegyészeti Gyár és Gyógyárukereskedelmi R. T. Budapest—Debrecen

Aurocard

CARDIOTONICUM
ENYHE SZIVINSUFFICIENCIÁVAL JÁRÓ LÁZAS MEGBETEGEDESEKNÉL, FUNCTIONÁLIS SZIVBÁNTALMAK, HEVENY FERTŐZŐ BETEGSÉGEK UTÁNI RECONVALESCENTIA, COMPENSÁLT VITIUMOK, COMPENSÁLT MYOCARDITIS CHRONICA STB. ESETEIBEN STB.

ÜVEG á 230 gr. ÁRA P 4.30

Készíti:
SZILÁGYI gyógyszerész, Budapest
Dr. Madaus megbizásából

Cardiotrop gyógynövény készitmény
Myocardium szervkivonattal

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

DORMOVIT*

alvási zavaroknál

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

*) Furfurylisopropylbarbitursav

DIWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A.G., BERLIN-WAIDMANNSLUST

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

422791 — AZ ATHENAEUM IRODALMI ÉS NYOMDAI RT. NYOMÁSA, BUDAPEST. FELELŐS: KÁRPÁTI ANTAL IGAZGATÓ

86. évfolyam. 24. szám. Budapest, 1942. június 13.

ORVOSI HETILAP

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

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

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

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

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

Synthetikus hormonkészítmények:

SYNTESTRIN

4,4'-dioxy-α-β-diaethylstilben-dipropionat

Synthetikus, oestrogen hatású készítmény

Injectio, dragée, linguetta, kenőcs és kúp alakban

SYNTOVAR

Syntestrin és ovarium kivonat kombinációja

Tabletta

ANDROFORT

Testosteronacetat. Synthetikus hím sexualhormon

Injectio, linguetta és bedörzsölésre szolgáló oldat.

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

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.

86. évfolyam. 24. szám. Budapest, 1942. június 13.

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:

Korányi András: Adatok a hastyphus orvoslásához. (283—285. oldal.)
Reischl Edgár: Csecsemőkori icterus-esetek. (285—286. oldal.)
Melléklet. Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (45—48. oldal.)
Irodalmi szemle. (287—288. oldal.)
Csen Imre: Kaparékok összecserélésének elkerülése. (291. oldal.)
Lapszemle. (291. oldal.)
Vegyes hírek. (291—292. oldal.)

A szegedi Tudományegyetem Belgyógyászati Klinikájának közleménye. (Igazgató: Rusznyák István ny. r. tanár.)

Adatok a hastyphus orvoslásához.

Írta: *Korányi András dr.*, egyet. m. tanár, adjunctus.

A lázcsillapítás kérdése fertőző megbetegedések kezelésében már hosszú évtizedek óta élénk vitára adott okot. Ugy a lázcsillapítás mellett, mint ellene, a szerzők hosszú sora nyilvánított véleményt. Ez a vita azonban csak részlete annak az általános kérdésnek, amely a láz hasznos vagy káros voltát van hivatva eldönteni a megbetegedett szervezetre nézve. Nem ismertetem részletesen mindazokat a felfogásokat és véleményeket, amelyeket pro és contra ebben a kérdésben felsorakoztattak. *Beznák* véleménye szerint a kb. 38° C-ig terjedő láz hasznos a megbetegedett szervezetre nézve. A különböző fiziológiai berendezések úgy változnak a láz hatására, hogy az egyes szervek működése fokozódik s ehhez a fokozott működéshez szükséges vér- és hormonellátást a láz elősegíti. Ezzel az általános fokozott működéssel együtt nő a szervezet fertőző ágensekkel szembeni specifikus védekezőképessége, antitesttermelése, vagyis a láz fontos reactiója a szervezetnek. *Taylor, Glatz* és több más szerző szerint ezért a lázcsökkentés úgy fertőző, mint más megbetegedések esetén hiba, mert a szervezetnek a láz okozta fentebb említett fokozott képességeit akadályozza. Más szerzők *(Schmidt, Lepaz,* stb.) viszont a lázban csak secundär jelenséget látnak — mely bár a szervezet ellenállóképességének fokozásával szoros összefüggésben van — de gyógyító hatással nem bír. Az idegen fehérje és egyéb lázkeltő szerek jó therápiás eredményeinek hatása alatt sok szerző viszont a lázcsökkentést egyenesen elhibázottnak tartja s a fertőző megbetegedések kezelésében is gyógyító hatást tulajdonít a láznak.

Ismeretes, hogy a lázas szervezet mind fehérjét, szénhydrátot, mind zsírt — bár változatlan viszonylagos mennyiségben — de kb. 30—50%-kal nagyobb mennyiségben éget el, mint a rendes hőmérsékletű egyén. Ismeretes ugyancsak az is, hogy a láz fokozza az anyagcserét. Ennek a nagyfokú anyagcserefokozódásnak megfelelőleg ajánlatos nagyobb mennyiségű calóriadús táplalékot bevinni, de szükséges az is, hogy emellett nagyobb mennyiségű aminosavat, ásványi anyagokat és vitaminokat vigyünk be *(Beznák)*. Tekintettel arra, hogy a láz az anyagcserét fokozza s a szervezetnek csak mérsékelt mennyiségben állnak rendelkezésére tartalékanyagok, hiányos, kalóriásszegény diaetán nagy súlyveszteségeket fogunk hosszantartó betegségekben észlelni. Igy typhusos betegek nem ritkán 10—20 kg-ot veszítenek. A nagy láz a fertőző betegségekben, különösen a typhus abdominalisban a kellemetlen subjectiv tüneteken kívül — amelyek nagyfokú elesettségben, fejfájásban, aluszékonyságban nyilvánulnak meg — teljes étvágytalansággal is jár. A láz megszüntetése, illetve alapos csökkentése nemcsak a beteg általános közérzetének javítása, hanem a fokozott táplálékbevitel lehetősége miatt is elsőrendű fontosságú lesz. Ez a kettős meggondolás érvényesül akkor, amikor már évtizedek óta a lázcsillapítás kérdése felvetődött a fertőző bajok s így a typhus therápiájában is.

Már a mult század utolsó éveiben is sok szerző ajánlja a láz és az ezáltal okozott kellemetlen typhusos tünetek csökkentését különböző gyógyszerek segítségével. Igy *Korányi Frigyes* »A hasi hagymáz«-ról szóló értekezésében már 1884-ben a chinin, acidum salicylicum, antifebrin kis dosisú adagolását javasolja. A lázcsillapítás gyógyszeres kezelésén kívül a későbbi években a *Brand* által elsőnek javasolt fürdőztetés lépett előtérbe. Azóta mind a gyógyszeres, mind a fürdős lázcsillapítás elsőrangú fontosságú a typhus kezelésében. *Jendrassik* szintén a láz gyógyszeres leküzdése mellett foglalt állást s ugyancsak az óvatos lázcsökkentés álláspontjára helyezkedett nemrégiben *Engel Károly* is. (O. H. 1941.)

Ezen egybehangzó vélemények ellenére a lázcsökkentést mégis a legnagyobb óvatossággal alkalmazzák a fertőző betegségekben, de különösen a typhus abdominalisban. Ez óvatosságnak oka az a körülmény volt, hogy minden lázcsökkentő szernek collapsust okozó hatást tulajdonítottak. Még az utóbbi évtizedekben majdnem kizárólagosan használt amidazophenum pyramidon kezelésről is az

az általánosan elfogadott, sőt a tankönyvekben is lefektetett vélemény, hogy az egyes esetekben collapsust válthat ki. A »Handbuch der experimenteller Pharmakologie« 1923-ban megjelent újabb kiadásában is megemlíti *Heffter*, hogy az irodalomban szerepel néhány eset, mikor pyramidon adagolására collapsus lépett fel. Ezzel ellentétben mi és azt hiszem a klinikusok általában még az utóbbi években elterjedt nagydosisú, napi 2—4 gr.-ig terjedő amidazophen adagolástól sem láttunk egyetlen esetben sem collapsust létrejönni. A francia irodalomban, akik elsőnek használták, különösen csúzos betegségek gyógykezelésében a nagydosisú pyramidont, sehol sem találhatunk arra utaló adatot, hogy az collapsust váltott volna ki. Valószínűnek látszik, hogy a collapsustól való félelem az amidozophen adagolására — mint azt más esetekben és vonatkozásokban is észlelhetjük az orvosi irodalomban — még a régi lázcsökkentő szerek (antifebrin, antipirin stb.) korszakából maradt bent a tankönyvekben s ezáltal még ma is kísért az orvosi felfogásban.

Hogy mennyire belerögződött az orvosi köztudatba a collapsustól való félelem az amidazophen adagolásával kapcsolatban, legjobban bizonyítja az a körülmény, hogy bár lázcsökkentésre a typhus abdominalisban évtizedek óta használják, azt mindig a legnagyobb óvatossággal adagolták. Az általános szabály az volt, hogy 38° C-on felüli láz esetén két óránként 5—10 ctgr-ot adtak. Ilyen kis adagokkal a typhus lázgörbéjét tetemesen befolyásolni csak ritkán sikerült s a betegek a hosszú heteket, néha hónapokat nagy, 39—40° C körüli hőmérséklettel élték át.

Az a körülmény, hogy más betegségekben, (polyarthritis, pleuritis, peritonitis stb.) klinikánkon már évek óta használjuk a nagydosisu, napi 2—4 gr-nyi amydazophen adagolást anélkül, hogy annak — mint már említettem — legcsekélyebb mellékhatását vagy éppen veszélyeit (collapsus, agranulocytosis) észleltük volna, késztettek arra, hogy megkíséreljük typhusos betegeinket is ilyen nagyobb dosisokkal láztalanná vagy legalább is jóval alacsonyabb hőmérsékletűvé tenni. Ezáltal reméltük, hogy a betegek kínzó közérzetét sikerült javítanunk, másrészt étvágyukat visszanyerve, táplálkozásukat fokozni tudjuk. Meg kell említenem, hogy elgondolásunkat határozottan befolyásolta és megerősítette az a körülmény, hogy 1937-ben *Sástól* megjelent egy közlemény, aki a Germicidet ajánlotta a typhus kezelésére. A *Sás* ajánlotta kezelést kipróbálva klinikánkon, arra a meglepő eredményre jutottunk, hogy hatására tyhusos betegeink láza tetemesen csökkent s a betegek kellemetlen typhusos tünetei majdnem teljesen elmultak. *Sás* az általa ajánlott Germicidnek fajlagos csíraellenes hatást tulajdonított. A Germicid a gyár ismertetése szerint pyramidon és chinosol (1 tabl. Germicidben 0.33 pyramidon és 0.16 chinosol van). Tekintettel arra, hogy a chinosol (oxychinolinsulfochinidin) igen enyhe antisepticum, amely typhusos beteg lázát egymagában nem csillapítja és egyéb látható jó hatása hosszabb szedésre sem észlelhető — a vele elért jó eredményeket (lázcsökkenés, a typhusos tünetek megszünése) a nagy dosisu amydazophen lázcsillapító hatására vezettük vissza.

Az amydazophenumot, pyramidont a következőképpen adtuk: óránként—kétóránként typhusos betegeinknek a kora reggeli óráktól kezdve szükség szerint egész napon át annyi amydazophent adtunk 20—30—40 ctgr-os adagokban, amennyi a láz megszüntetésére, illetve leszállítására szükséges volt. A láztalanság, illetve subfebrilitas elérésére különböző napi mennyiségre volt szükség. Voltak betegeink, akiknél 2 óránként adagolt 30 ctgr, illetve óránként adagolt 20 ctgr-mal vagyis napi 2.9 gr, illetve 1.80 gr-mal a kívánt hatást már elértük. De voltak esetek, mikor nagyobb adagokat voltunk kénytelenek adni, különösen a reggeli órákban kellett gyakran az egyszeri legnagyobb adagot, 40 ctgr-ot adni. Más esetekben viszont sűrűbb időközökben, félóránként, óránként kellett a reggeli órákban a szert adni a kívánt hatás elérésére. Általában egyéni különbséget észleltünk a szer lázcsökkentő hatását illetőleg.

Ezzel a kezeléssel elértük azt, hogy a serológiai, illetve bakteorológiai diagnosis után a lázkezelés erélyes és gondos bevezetésére betegeink egyik napról a másikra láztalanná, illetve subfebrilissé váltak és az egész betegség ideje alatt sikerült őket ilyen hőmérsékleten tartani. Vagyis ezzel a kezeléssel a typhus abdominalisra jellegzetes continuus láztyphust, valamint a kellemetlen tüneteket megszüntettük s a betegek jó közérzetben, jó étvággyal napjuk nagy részét olvasással töltötték.

Meg kell még említenem, hogy a nagydosisu amidazophen másik vélt veszélyét, az agranulocytosist sem typhusos betegeinken, sem más betegségben szenvedő és nagy adag amizadophennel kezelt betegeinken sem észleltük. E helyen nem térhetek ki a szer és az agranulocytosis közötti összefüggésre, csak megemlítem, hogy szerintem sem lehet egyedüli aetiológiai factornak az amidazophent tekinteni.

Előbb már említettem, hogy a typhusos betegek a láz okozta étvágytalanság következtében rendszerint milyen nagyfokú testsúlycsökkenést szenvednek. Ez azonban nem vezethető vissza kizárólag a láz okozta étvágytalanságra és az anyagcsere növekedésre, hanem jelentős szerepet játszik az a körülmény is, hogy a typhusos betegeket hazánkban még ma is általában szigorú folyékony és kalóriaszegény étrenden tartják, nemcsak a lázas állapot alatt, hanem azt meghaladólag még 10—14 napig. E conservatív elv alapján typhusos betegeink diétája az utóbbi évekig kilinikákon is ilyen szigorú (tej, leves) volt. Az a körülmény, hogy a lázas szervezet nagyobb mennyiségű szénhidrátot, fehérjét, zsírt és vitamint éget el, mint az egészséges, mutatja azt, hogy mennyire nem célszerű hosszú hetekig, néha hónapokig a betegek ilyen táplálása. Közismert az is, hogy a typhusos betegek milyen sokat szenvednek a láz csökkenése, majd teljes megszünése után az éhségtől. Most ismertetett kezelésünk hatására pedig jóformán a typhus első napjaitól fogva szenvedtek az éhségtől. A külföldi klinusikok nagy része már évtizedekkel ezelőtt eltértek a folyékony diétával való táplálástól s ehelyett fehérjét, szénhydrátot és zsírt tartalmazó könnyű diétát rendeltek. Ezóta a szerzők hosszú sora számol be az elért jó eredményekről. Sőt bebizonyult, hogy a kalóriadús, könnyű vegyes diétán tartott betegekre nemhogy annak káros hatása lett volna észlelhető, hanem sokkal kevesebb szövődmény és kiújulás volt. Igy hivatkozhatom *Schottmüller* statisztikájára, aki több, mint 500 typhusos betegén igen kedvező eredményt tapasztalt könnyű vegyes diétával. E biztató adatok alapján honosítottuk meg mi is a szénhydrátból, fehérjéből és zsírból álló könnyű diétát, természetesen figyelembe véve azt, hogy a bélrendszerre localizálódó

betegséggel állunk szemben. Betegeink étrendje könnyű, részben pépes, részben szilárd, de mindig fűszer- és cellulosementes volt. A szénhydráton, fehérjén és zsíron kívül nagy mennyiségben adtunk cukrot és C vitamint, az utobbit általában limonádé formájában. Diétánk napi 1700—2000 kalóriát tartalmazott.

A vegyes diéta ellenzői általában két érvet hoznak fel. Az egyik érv az az élettani megállapítás, hogy a fehérjék — különösen a hús — fogyasztásától a hőmérséklet nő. A másik érv az volt, hogy typhus abdominalisban, mint fekélyesítő bélben a szilárdabb tápanyagok bélvérzést és perforatiót okozhatnak. Ezt azonban teljesen el kell vetnünk, ha tudjuk azt, hogy a még olyan szilárd tápanyag is már a jejunumban finom pép alakjában található s így el sem képzelhető, hogy az ilyen pépes béltartalom az ileum bélfalát megtámadhatná.

1936 óta kezeljük klinikánkon typhusos betegeinket a most ismertetett erélyes amidazophen és ezzel egyidejű könnyű vegyes diétával. A 64 beteg egyikén sem észleltünk egyetlen esetben sem collapsust, sem agranulocytosist. Eseteink száma nem elég nagy ahhoz, hogy végső következéseket vonhassunk le, de az előbbi évek beteganyagával összehasonlítva eseteinket, *Schottmüller* észleleteinek megfelelőleg nekünk is az a benyomásunk, hogy fent ismertetett módon kezelt betegeinken is kevesebb szövődményt és kiújulást látunk.

A budapesti Tud. Egyetem Gyermekklinikájának közleménye. (Igazgató: Hainiss Elemér ny. r. tanár.)

Csecsemőkori icterus-esetek.

Írta: *Reischl Edgár dr.*

Ha egy csecsemőnek párnapos korában sárgasága van, rendszerint icterus neonatorumról beszélünk. Mint köztudomású, ez a sárgaság a csecsemők legnagyobb részén látható és párnapi, legföljebb 1—2 heti fönnállás után említésre méltó zavar nélkül elmúlik. Jellemző rá, hogy jóindulatú és hogy magától megszűnik. Ha azonban a szokott időre nem múlik el vagy szokatlanul korán, esetleg már veleszületetten jelentkezik, ha igen nagyfokú, ha a csecsemő közérzete zavart, sőt a betegség súlyosbodva halált okoz, nem szólhatunk többé egyszerű icterus neonatorumról. A jóindulatú, magától megszűnő újszülöttkori sárgaság és a halálos icterus neonatorum gravis között természetesen igen sok az átmenet. Bár ezeknek egy részük szintén icterus neonatorum gravisnak tekintendő, mégis gondos kezeléssel e súlyos beteg csecsemők egy része megmenthető. A most ismertetendő 2 eset is ebbe a csoportba tartozik.

Mindenekelőtt kettőt kell tisztázni: 1. hogyan jön létre az icterus neonatorum és az icterus neonatorum gravis és 2. mikor beszélünk ez utóbbiról?

Az icterus neonatorum létrejöttét régebben anatomiai elváltozásokra, majd az epefestenynek a meconiumból való felszívódására, a máj keringési zavaraira, stb. vezették vissza. Később tisztán haematogen úton magyarázták a betegség létrejöttét. Ylppö beható vizsgálatai során a tisztán hepatogen származás mellett tört lándzsát. Mai felfogásunk szerint az icterus neonatorum oka kettős, vagyis haemato-hepatogen. Az újszülötteknek hyperbilirubinaemiájuk van. Ennek oka a születés után közvetlenül beálló fokozott vörösvérsejtszétesés. Az újszülöttek sokaktól megállapított polyglobuliájának csökkenése physiologiás és kifejezi a szervezet alkalmazkodását a tüdőn keresztül való légzés folytán beállott új állapothoz. A magzati máj physiologiásan igen kevés bilirubint képes kiválasztani. A hyperbilirubinaemia foka és tartóssága attól függ, hogy a máj kiválasztóképessége milyen fokú már kezdetben és hogy mikor éri el rendes kiválasztóképességét.

A máj kiválasztóképességét a születés után is érhetik ártalmak. Ilyenek a fertőzések, sepsis, lues, stb. Másrészt azonban lehetséges az is, hogy a vörösvérsejtszétesés olyan nagyfokú, hogy a máj a nagymennyiségű bilirubint még egyéb ártalma nélkül sem tudja kiválasztani. Ezekben az esetekben támad az igen elhúzódó, sőt gyakran halálos icterus neonatorum gravis, amelynek okaként, mint majd később említjük, még a terhességi toxicosis és öröklött betegség is szerepelhet. Végül oka lehet a betegségnek fejlődési rendellenesség is, mint pl. az epeutak veleszületett elzáródása.

Az elmondottakból következik, hogy diagnosisának felállításában figyelemmel kell lenni a sepsisre, luesre, haemolyticus anaemiára és az epeutak veleszületett elzáródására, amelyek a betegség okaiként szerepelhetnek. Ezenkívül azonban vannak bizonyos tünetek, amelyek ehhez a diagnosishoz szükségesek. Így a bőrnek és a nyálkahártyáknak a szokottnál nagyobb mértékű és hosszabb ideig tartó elszíneződése, a vérserum szokatlanul magas bilirubintartalma, a közérzet igen erős zavara, végül a betegségnek egy családban sorozatos előfordulása. A diagnosishoz régebben elengedhetetlennek tartott erythroblastosis, leukocytosis, balratolt vérkép, lép- és májtumor, bár igen gyakori tünetek, mégsem tartoznak mai felfogásunk szerint a gravis feltétlenül jellemző tünetei közé. Másrészt figyelemre méltó, hogy a thrombopoenia, elhúzódó vérzési idő és az általános oedemakészség ha nem is minden esetben, de újabban mind gyakrabban megfigyelhető eseteiben. Ezek alapján a diagnosis nem ejthető meg mindig könnyen. A most ismertetendő 2 esetben is meg voltak a diagnostikus nehézségek, amelyekre később még rátérünk.

Az első esetben 3 hetes csecsemőről van szó, akit 1941 márc. 3.-án hoztak klinikánkra. Ab.: 1. Második szülés. Az első gyerek pár napos korában sárgaságban meghalt. Ez a gyerek normalis időre született. Rendes szülés volt. A szül. súly: 3100 gr. Születése után második naptól kezdve igen erősen sárga. Aluszékony, lusta, bágyadt. Széke nincs. Láztalan. Nyolcszor szopik.

Jelen állapot: Kp. fejlett és táplált leánycsecsemő. Bőrének színe élénk sárga, hasonlóképpen a sclerák is. A látható nyálkahártyák szintén sárgásan elszíneződöttek. Nagykutacs ujjbegynyi. Torokképletek tiszták. Tüdő, szív eltérést nem mutat. A máj 2 harántujjal haladja meg a bordaívet. A lép nem tapintható. A köldök tiszta. Csont, izom, izület és idegrendszer ép. Külső nemiszervek rendben.

A vizsgálatok eredményei a következők: Vérkép: Vvs: 4,800.000, Fvs: 4.400, Hgb: 100%, St: 3%, Sg: 41%, Eo: 5%, Ly: 50%, Mo: 1%. Thrombocytaszám: 800.000. Vérzési idő 1 perc, alvadási idő 10 mp. A vérserum bilirubin tartalma 12.8 mgr%, indirect reactiót ad. Vizelet: f. g. c.: neg. Urobilinogen, urobilin, bilirubin és diazo reactio a vizeletben neg.. A széklet színe rendes, nem acholiás, bilirubin nincs benne. Wa.- és Citochol. reactio negativ.

A csecsemő behozatala után 11 napon át 20 cm^3 20%-os dextroset és 2 E. insulint kapott érbe. Állapota nem javult. Sárgasága továbbra is igen nagy volt. Igen bágyadt és aluszékony maradt, még az injectiók megadására is alig reagált. Táplálása is nehéz volt, mert szopás közben egyre elaludt. III. 20.-án a széklet-

és a vizelet vizsgálat ismét neg. eredményt ad. A vvs. resistencia rendes. A csecsemő bágyadtsága és aluszékonysága, a bőr sárga színe semmit nem csökkent. A szülőkön időközben elvégzett Wa.-r. neg. volt. Hasonlóképpen nem találtunk elváltozást a szülők mennyiségi és minőségi vérképében sem. A vérzési és alvadási idő rendes mindkettőjüknél. Mindkét szülő serumbilirubinja 0.2 mgr.%. A vvs. resistentia szintén normalis. III. 24. Aluszékonysága valamit csökkent, sárgasága most is teljes mértékben fennáll. A rendesnél valamivel gyengébben fejlődik. III. 26. Serumbilirubin 9 mgr.%. Valamivel élénkebb. III. 29.-től másodnaponkint transfundáljuk 4 alkalommal. 20 cm³ vért kap az apjától, ugyanakkor 10 cm³ 20%-os dextroset és 2 E. insulint. Vércukorterhelést csinálunk. Az éhezési vércukor 83%. 1 óra mulva a vércukor érték 175 mgr%, 2 óra mulva pedig 90 mgr%. IV. 5.-én állapota jelentősen javult. Élénkebben nézeget, erőteljesebben szopik. Nem aluszékony. A bőr sárga színe erősen csökkent. A serumbilirubin értéke 2.4 mgr%. IV. 10.-én a csecsemőt hazaadjuk. Az akkor megejtett phis. vizsgálat eltérést nem mutat. Közérzete kifogástalan, jól szopik. A bőr színe már csak alig sárga. Ittartózkodása — tehát 6 hét — alatt 680 gr-ot hízott. 3 hét mulva az anya értesít bennünket, hogy a csecsemő egészséges, sárgasága teljesen megszűnt, élénk, jól szopik.

Olyan csecsemőről számoltunk be, akinek élete második napján kezdődő, erősen fokozódó és 2 hónapnál tovább tartó icterusa volt. Széklete nem volt acholiás, tehát az epeutak veleszületett elzáródásáról nem lehetett szó. A láztalan lefolyás és a végül is beálló gyógyulás a sepsist kizárja. A rendes vvs. resist. és a rendes vvs.-k a haemolyticus anaemia ellen szólnak. Mindkét szülőn és a csecsemőn megejtett Wa. r. negativ volta lues ellen bizonyít. Kérdés ezek után ,hogy az eset icterus neonatorum gravisnak tekintendő-e? A serumbilirubinnak ilyen magas értéke, a közérzet sokáig tartó és súlyos zavara, az icterusnak már korán kezdődő igen nagyfokú és 2 hónapnál tovább tartó fennállása mellett a diagnosis jogosságát elsősorban a családi előzmény támogatja, amely szerint az első gyerek párnapos korában súlyos sárgaságban meghalt. Az icterus egy családban gyakori előfordulása tehát a gravis mellett szól, annál is inkább, mivel a többi okot, ami az icterus előidézésében szerepet játszhat, kizárunk.

A második csecsemő 2 és félhónapos. Szülői kórelőzmény nincs. Szül. súly 3600 gr. Születése után 4-ik napon sárga lett, ami ma is fennáll. A sárga szín intensitása közben változott, de bőre egészen halvány sohasem lett. Nagyon sokat alszik. Szorulásos székletének színe gyakran egészen sötétzöld volt.

Jelen állapot: Közepesen táplált és fejlett fiúcsecsemő. Bőrének színe sárgás, a sklerák és a látható nyálkahártyák szintén. A nagykutacs 2 ujjbegynyi. Torokképletek tiszták. Tüdő és szív eltérést nem mutat. A has elődomborodik. Kis köldökséry. A máj 1 harántujjal haladja meg a bordaívet. Lép nem tapintható. Csont-, izom-, izület- és idegrendszer ép. Nemiszervek rendben. Igen aluszékony.

A vizsgálatok eredményei a következők: Vérkép: Vvs: 5,400.000, Hgb: 122%, Fvs: 9.000, St: 6%, Sg: 18%, Eo: 2%, Mo: 6%, Ly: 68%. A vérzési és az alvadási idő normalis. A serum bilirubin tartalma: 8.2 mgr.%, indirect reactiójú. Vizelet: feh. genny. cukor, urobilinogen, urobilin, bilirubin és diazo-reactio negativ. Rendes színű széklet, benne bilirubin nem mutatható ki. Wa.- és Citochol-r. negativ. Ez a csecsemő is naponta kap 20 cm³ 20%-os dextrosét és 2 E. insulint érbe. Az 5. napon már nem olyan sárga a bőr színe, bágyadtsága erősen csökkent, elég jól szopik. A 9. napon anyja váratlanul hazaviszi. Igy, sajnos, több ellenőrző vizsgálatot nem végezhettünk.

Az esetet az előbbi módon elemezve az epeutak veleszületett elzáródását, a luest, sepsist és a haemolyticus anaemiát, mint az icterus okát szintén kizárhatjuk. Miután ez az első gyerek, a sárgaság családi jellegére bizonyítékunk nincs. Azonban az aluszékonyság, bágyadtság, a nagyfokú és igen sokáig — majdnem 3 hónapig — tartó sárgaság itt is nagy valószínűséggel gravisra enged következtetni, bár e második eset diagnosisa semmiesetre sem olyan biztos, mint az elsőé. A második esetben mint már említettük, az icterus családi előfordulása diagnosisunkat nem segíti. Lehetséges tehát, hogy csupán a veleszületett sárgaság rendkívül elhúzódó formájáról, az icterus perlongusról van szó. Ma azonban a gravis és a perlongus egymástól biztosan el nem különíthető. Már a bevezetésben kitértünk arra, hogy az előbbi diagnosisának szempontjából régebben elengedhetetlennek vélt tünetek elmaradhatnak, míg más tünetek — legalább is újabb megfigyelések szerint — mind gyakrabban előfordulnak és ezek a diagnosist olykor nehézzé teszik. Olyan biztos jel, amely a kettőt egymástól elválasztja — főleg azokban az esetekben, amikor lues, sepsis, az epeutak veleszületett elzáródása, stb. a pathogeneben nem szerepel — nincs. Ezért az ilyen esetek határeseteknek tekinthetők, amelyek gravisnak és perlongusnak egyaránt felfoghatók.

Az icterus gravis okai között a lues, az epeút veleszületett elzáródása haemolyticus anaemia és sepsis mellett, újaban egyes szerzők a terhességi toxicosisok fontosságára hívják föl a figyelmet. *Bernheim Karrer* 2 esetet közöl, amelyekben az anya a terhesség végén súlyos icterusban szenvedett. Mindkét újszülöttön gravis lépett föl. Ezek alapján ő azt mondja, hogy ez a betegség a terhességi icterus tükörképe és a terhességi toxicosis következményének tekintendő.

Végül familiaris előfordulása hereditär momentumra figyelmeztet. Az a tény, hogy egyes családokban minden újszülöttön előfordul, öröklékeny betegségre figyelmeztet bennünket ezekben az esetekben. Azonban nem mindig az anya betegségét örökli a csecsemő, amint azt régebben hitték. Thoenes beszámol egy családról, amelyikben 6 újszülött halt meg gravisban. Mind a 6 gyerek ugyanattól az apától származott. A 7-ik gyerek, amelyiknek más volt az apja, még csak a szokásos icterust sem kapta meg és életben is maradt. Ez az eset szemléltetően mutatja, hogy nemcsak az anya, hanem az apa betegsége is szerepet játszhat a gravis létrehozásában.

A therapiában általánosan jó hatást láttak az izomba vagy érbe adott vértől. Mint említettük, mi is több transfusiot adtunk a csecsemőknek, de ezenkívül a sorozatosan érbe adott cukoroldattól insulinnal szintén jó hatást láttunk. A familiarisan előforduló i. gravis esetén számos szerző, mint *Bernheim Karrer, Boehncke,* stb. a terhesség alatt végzett májkúrának tulajdonít nagy fontosságot, mert azok az anyák, akiknek egy vagy több gyermeküknek ebben halt meg, de legközelebbi terhességük alatt akár nyers májat fogyaztottak, akár májkészítményekkel kezeltettek, egészséges gyermekeket hoztak a világra, akik életben maradtak és gyakran még csak a szokásos icterusban sem szenvedtek.

Az elsőnek közölt esetünkben a betegség familiaris jellegű volt és valószínűnek tartható, még ha nem is bizonyítható be teljes biztonsággal, hogy a csecsemő életbenmaradása kezelésünknek volt köszönhető, mert hiszen feltehető, hogy az icterus éppen súlyos familiaris jellegénél fogva, miként az első csecsemő esetében, úgy ez esetben is halálhoz vezetett volna.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Heveny pancreatitis.

Pancreas megbetegedésére jellemző lehet már az anamnesis is. Gyakran előfordul, hogy a kórelőzményben epeköves görcsök szerepelnek és tényleg műtét közben gyakran meg is lehet találni a papilla Vaterit elzáró követ.

Gulecke 1278 esetre kiterjedő statisztikája szerint 69.8%-ban talált epeútmegbetegedésben szenvedő beteget. Indokolt, hogy minden olyan esetben, ahol az epeköves roham a beteg által megszokottnál nagyobb mértékben jelentkezik vagy a megszokott fájdalomcsillapító szerrel nem csillapítható, *heveny pancreas betegségre gondoljunk.* Jellemző, hogy néhány bevezető, kólikaszerű fájás után *villámcsapás hirtelenséggel* következik az *óriási megsemmisülés érzésével járó fájdalom*, gyakran collapsussal egybekötve. A collapsust magyarázza a hasnyálmirigy secretum megjelenése a hasűrben vagy a mirigytok megfeszülése, mely a mesocolon inflitratiójával együtt a plexus solaris és a gangl. semilunare nyomatásával coeliacalis neuralgiát vált ki. Érthető, hogy ilyen esetekben ellentétben a rohamszerű epeköves fájdalommal, *a fájdalom tartós*, ami a fenti okokból shockig fokozódhat. Jellemző még a fájdalomra: *annak kisugárzása, főleg balfelé.* A fájdalom középpontjától — amely megfelel a pancreas anatomiai helyének — elhúzódnak a fájdalmak: a bordaív mentén balra a felső hasba, lefelé a vesetájék felé övszerűen, ritkábban a n. ischiadicusig, majd pedig a n. phrenicus útján a bal vállba.

Téves diagnosisra az adhatja az okot, hogy a beteg a kisugárzott fájdalmat nagyobbnak jelzi, mint a pancreas anatomiai helyén jelentkező fájdalmat és így keletkeznek a lumbago, bordaközti neuralgia, pleuritis diaphragmatica téves kórisméi. A bal bordaív mentén felfelé sugárzó fájdalom angina pectoris kórisméjére adhat okot, miben támogathat a fájdalom baloldali volta és a megsemmisülés érzése.

Elkülönítő kórjelzés szempontjából szóba kerül: az epehólyag, gyomor, patkóbél átfúródása, üszkös féregnyúlványlob, bélelzáródás, bélfodor visszérrögösödés (mesenterialis vena thrombosis) húgylevezetőkő kólika. Azonban a felsorolt esetekben sem mindig sikerül az elkülönítő kórjelzés. A hibás kórjelzések között első helyen áll és leggyakoribb *a heveny epekőroham*, ami a fentiekből könnyen érthető, másrészt a beteg bemondott adataiból, mely szerint elmondja, hogy már több ízben volt ilyen vagy ehhez hasonló fájdalma (rohama). Az anatomiai okokból érthető szoros összefüggés a heveny pancreas necrosis és epekő között adja meg a magyarázatot arra, hogy *minden a szokásostól eltérő epekőrohamban, heveny pancreas necrosisra gondoljunk.* A gyanut az epekőanamnesisnek kell felkelteni és így a korai felismerést megkönnyíteni.

A tapintási lelet néha segítségünkre lehet. Sovány betegen a mirigyet is tapinthatjuk. Heveny megbetegedésben pedig gyakran tapinthatunk az I—II. ágyéki csigolya magasságában vízszintesen futó resistentiát. Láztalanságában jól áttapintható a has, defense nincsen. A korán fellépő toxaemia következtében szembetűnő az arc és a végtagok cyanosisa. A pulsus szapora, a has felfúvódott, hányás is jelentkezik és így ileus képe fejlődhet ki. A hányás megismétlődhet, sok vizes gyomortartalom ürülhet, esetleg epe is, azonban sohasem faeculens. Vérhányás ritka, ha megvan igen súlyos prognosist jelent. A hőmérsék kezdetben alacsony és lassan emelkedik, mint átfúródásos hashártyagyulladásban. Jellemző lehet még kisfokú sárgaság. A toxaemia fokozódásával különösen hasfali cyanosis keletkezik, ami hullafoltra emlékeztet. A vérképben leukocytosis.

Ilyen ijesztő, heveny tünetek között köszönt be a legsúlyosabb hasnyálmirigymegbetegedés: a heveny pancreas necrosis. Leggyakoribb 40—60 év között, fiatal korban ritkább, az irodalom csak három 20 évesnél fiatalabb esetet említ meg; ugyancsak ritkább férfiakon, mint nőkön. Régente az volt a hit, hogy a kövérség előnyösít. Lehetséges, hogy zsírfelhalmozódás magában a hasnyálmirigyben praedisponál, de valószínűbb, hogy nem a kövérség, hanem a *kövér emberek gyakori és bőséges nagy étkezései* szerepelnek a kórelőzményben. A heveny roham igen gyakran bőséges nagy étkezéshez csatlakozik. Ez megegyezik azon állatkísérleti eredményekkel, melyeket *Guleke* végzett. Olaj és epe keverékének a pancreas útjába fecskendezése által sikerült pancreas necrosist művi úton előidéznie és ha a műtétet az emésztés tetőfokán végezte, sokkal súlyosabb lefolyást kapott, mint éhező állaton.

Mint súlyosbító okok valószínűleg az emésztés alatti vérbőség, mirigyduzzanat és fokozott secretumelválasztás szerepelnek. Alkoholismus, súlyos mérgezések (lysol, oxalsav) szintén szereppel bírnak.

Chiari szerint a mirigy önemésztésében a septicus necrosisok képezik a betegség alapját. A necrosis lényege az, hogy a trypsin a mirigyben activálódik. Intracanalicularis activálás akkor következik be, ha a kivezetőcsövekben epe- és pancreasnedv keveréke pang. Ez akkor jön létre, ha a ductus Wirsungianus és a ductus choledochus együtt szájadzanak be és a papilla Vateri valamilyen okból elzáródik. Az elzáródás oka: kő, görcs (spasmus) daganat, diverticulum lehet.

Az idült pancreatitis kórisméje igen nehéz. Itt segítségünkre lehet a jellemző anamnesis, mely szerint a beteg pancreas rohamra emlékeztető megbetegedést mond el és tapintáskor nagyobb és keményebb pancreast találunk. A fájdalmak nem kifejezettek és főleg a pancreas fejére szorítkoznak.

Idült pancreatitis esetén fontos aetiologiás tényező az alkoholismus. Valószínű, hogy az alkoholisták diabetese a fokozott szeszfogyasztásból származó pancreas megbetegedésén alapszik. Fertőző betegségeknek is fontos szerepük lehet, így pl. lues, tbc. következtében pancreas sclerosis keletkezhet. Dysenteria, typhus, scarlatina, dyphtheria, influenza, angina, pneumonia, parotitis epidemica, stb. után is felléphet idült pancreatitis.

A therapia elsősorban belorvosi. Eltérő a kezelése a heveny, majd ha a beteg életben marad, az idült megbetegedésnek. Miután a heveny pancreas megbetegedésekben az önemésztés veszedelmével számolnunk kell, *legfontosabb a beteg teljes éheztetése, ami esetleg életmentő.* Szénhydrat étrend, rizs-

napok, nyers és párolt gyümölcsnapok ajánlatosak és csak hónapok után engedhető meg zsírmentes hús, de ilyenkor is a táplálék főrésze szénhydrat legyen. Nem hiba, ha a napi táplálék kezdetben kalóriaelégtelen, miután később a kalóriaemeléssel a bevitel és kiadás közötti egyensúly úgyis helyreáll. Igen hosszú ideig kerülni kell *a zsírt*. Ez nagy gondot nem okoz, mert a pancreas betegek amúgy is zsírundorban szenvednek.

Gyógyszeresen ajánlhatók az állati pancreaskészítmények, melyeket az insufficientia súlyosabb eseteiben adunk nagy mennyiségben, napi 10 gr-ot.

Igen fontos a pancreasbántalmak korai felismerése és a megfelelő kezelés megindítása. A korai felismerésben segítségünkre lesz a mindjobban fejlődő functionalis diagnostica.

Gyakorlatilag az a szabály, hogy *minden olyan hasűri kórfolyamat esetén, hol a pancreas megbetegedését teljes biztonsággal kizárni nem tudjuk, gondoljunk erre a betegségre is.*

Schaffler József dr.
egyet. rk. tanár.

A szénsavas fürdő alkalmazása.

A szénsavas fürdő a digitalishoz hasonlóan olyan kétélű fegyver a belgyógyász kezében, mint a sebészében a kés: ha helyesen alkalmazzuk, akkor úgyszólván semmi más gyógymóddal össze nem hasonlítható, áldásos hatást érhetünk el vele, helytelen javallat és technika esetén viszont mérhetetlen kárt okoz.

A szénsavas fürdő (CO_2-fürdő) hatása főleg három tényezőtől függ: *vízmagasság, hőfok* és *szénsavtartalom*. Ezeknek ügyes combinálása célozza *a)* a szív *kímélését*, vagy *b) megterhelését*, tornáztatását, a két véglet között természetesen minden fokozatot elérhetünk.

Vízmagasság. Ha ½-es fürdőt adunk (ülőhelyzetben köldökig érő víz), akkor a hydrostatikai nyomás az alsó végtag és a mesenterialis rendszer gyüjtőereiben megszünteti a pangást, kipréselli belőlük a vért, vagyis elősegíti a gyüjtőeres áramlást = szívkímélés. Ha egész fürdőt adunk (nyakig érő víz), akkor a vázolt előnyös hatás mellett érvényre jut a mellkasi vénákra nehezedő hydrostatikai nyomás is, ami már gátolja a vér visszaáramlását a szívbe, azonkívül a mellkasra nehezedő vízoszlop súlya nehezíti a légző mozgásokat is, ami rendkívül nagy munkatöbbletet ró a szívre = igen nagy megterhelés. Ezért egész fürdőt szívbetegnek úgyszólván soha nem rendelünk, legfeljebb jó szívizom esetén a kúra legvégén. Szívbetegek rendszerint ½-es fürdővel kezdik a kezelést, később ¾-es fürdőt kapnak (szívmagasságig érő víz). Ez középen áll a kímélés és a training között. A hőfok változtatásával készíthetünk belőle edző fürdőt (l. alább).

Hőfok. Hűvös vagy hideg víz (33° C alatt) az erek összehúzódását idézi elő, a környéki ellenállás, a vérnyomás fokozódik, ami megterheli a szívet. Ennél melegebb vízben viszont az erek ellazulnak, csökken a környéki ellenállás, a vérnyomás sülyed = szívkímélés. Ez azonban csak akkor igaz, ha 34—35° C-nál nem emeljük magasabbra a víz hőmérsékletét. Nagyobb hőfok esetén ugyanis az érrendszer ellazulása ellenére fokozódik a szívmunka, mert a felmelegedő vér tachykardiát idéz elő. Ezért nevezik a 33—34° C-t »közömbös hőmérsék«-nek, mert ilyenkor kellő érellazulás mellett tachykardia még nem szokott jelentkezni.

Szénsavtartalom. A vízben oldott szénsav a bőrereket kitágítja (a bőr kipirosodik) egyrészt mechanikus izgató hatása folytán, másrészt azáltal, hogy a bőrben értágító histamint szabadít fel a szövetekből. Ez a bőrérellazulás már önmagában is csökkenti a szívmunkát = szívkímélés. Ezenkívül a bőrön át felszívódott, sőt kis részben a fürdővíz feletti légrétegből belélegzett szénsav is eljut a vérnyomás- és légzőközponthoz és utóbbit izgatva a légzőmozgások elmélyülését idézi elő, ami — mint a gyüjtőeres keringés egyik leghathatósabb tényezője — lényegesen könnyíti a szív munkáját. A vérnyomásközpont kisfokú izgalma viszont az érrendszer említett ellazulása mellett rendszerint nem jut érvényre. Még ennél is fontosabb hatása a szénsavnak, hogy a bőr, az agy, a vese és koszorúserek valószínűleg egyértelmű beidegzésénél fogva a bőrértágítás folytán reflexesen tágítja ezen életfontosságú szervek ereit, javítja azok vérellátását, aminek főleg a koszorúserek, tehát a szívizom szempontjából van megbecsülhetetlen jelentősége. Minthogy a szénsav ezen kedvező hatása általában csak hosszabb fürdőtartam esetén lép életbe, sőt a fürdő első perceiben legtöbbször ennek ellentéte — érösszehúzódás — szokott beállni, ezért nem indokolt a rövid — 5' perces — fürdők rendelése. Még ha kisfokú szorongásról, szívdobogásról, fázásról is panaszkodik a beteg az első percekben, akkor is várjuk meg lehetőleg a 8—10 percet, amikor legtöbbször az említett panaszok kiegyenlítődése, kellemes melegérzés, megnyugvás szokott jelentkezni. Ha a panaszok igen kifejezettek, akkor természetesen szakítsuk mégis félbe a fürdőt és a következőt — 1 nap szünet után — a hőfok és vízmagasság célszerű változtatásával igyekezzünk enyhébbé, kímélőbbé tenni.

A fürdő *tartamát* fokozatosan emeljük, fürdőnként 2—3 perccel, egészen 20 percig. Első héten rendeljünk 3 fürdőt, a másodikon 4-et, azután 5-öt hetenként. Fürdő után, az eset súlyosságától függően, pihenjen a beteg ½—2 órát. Jobb az eredmény, ha ilyenkor el is alszik, amire különben a CO_2-fürdő hajlamosít. *A kívánatos fürdőreactio abban áll, hogy a beteg érezze magát kellemesen fáradtnak, nyugodtnak, érverése, légzése ne legyen szaporább és utóbbi legyen teltebb, mint a fürdő előtt volt.* Ha mindez nem következik be az egyes fürdők után, ez annak a jele, hogy a megterhelés túl nagy volt. Ezért a következő fürdő körülményeit (vízmagasság, hőfok) szabjuk meg úgy, hogy a kímélő mozzanatok jussanak túlsúlyra. Mindehhez elengedhetetlen, hogy a kúra folyamán minden 2—3 fürdő után ellenőrizzük a beteget (főleg a subjectiv beszámoló értékes).

Főbb javallatok. Billentyűhibákat igyekezzünk előbb digitalisszal vagy strophanthinnal compensálni és csak azután rendeljünk óvatos CO_2-fürdőt. Ha nem sikerül teljes compensatiót elérni, adhatunk igen kímélő fürdőt: 33—34° C. ½-es fürdő, később — a reactiótól függően — esetleg ¾-es fürdő. Gondosan figyeljük a beteget. Compensált billentyűhiba esetén fiatal korban felesleges a CO_2-fürdő, idősebb korban, amikor a koszorúserek szűkületével, a szívizom beteg voltával számolni kell, javallt. Jó állapot esetén kezdhetjük ¾-es fürdővel, kivételesen később egész fürdőt is adhatunk. A vízhőmérsékletet minden 3—4 fürdő után csökkentsük 1—1 fokkal

— ha bírja a beteg —, hogy fokozatosan megterheljük, trainirozzuk a szívet. Hatásos szívtorna — de csak jó szíverő esetén — a hűtött fürdő: kezdjük 32—33°-kal és ¼ óra alatt fokozatosan hűtsük le a vizet 29—30°-ra, ha nem fázik benne a beteg.

Chronikus szívizombetegség (ú. n. »myodegeneratio«) esetén mindig javallt a CO_2-fürdő. Óvatosabban adjuk, mint a billentyühibák ellen. Mindig ½-es fürdővel kezdjük, közömbös hőmérséklettel és csak jó fürdőreactio esetén emelkedjünk ¾-es fürdőig. Egész fürdőt soha se adjunk. A hőmérsékletet azonban óvatosan csökkenthetjük.

Angina pectoris ellen egyike a legjobb gyógymódjainknak, de még az előbbinél is óvatosabban rendelendő. Adjuk melegebben, 34—36° C-szal, kezdjük csak végtagfürdővel (négyrekeszes), panaszmentesség esetén 3—4 fürdő után rendelhetünk ½-es fürdőt és csak igen jó fürdőreactio esetén engedjük meg a ¾-es fürdőt. *Szívinfarctus* után hasonló módon rendeljük a fürdőt, de csak ½—1 évvel a betegség után. Évente 2 kúra igen jót tesz.

Ideges panaszok ellen közömbös hőfokkal kezdjük, majd hűtsük a vizet — ha lehet — 29°-ig.

Klimax esetén a hideg fürdő, 32°-tól fokozatosan hűtve 29°-ig, kitűnő hatású. Ugyanez jó *elhízás* ellen is.

Hypertonia rendszerint igen jól reagál. A »közömbös hőmérséklet« itt azonban egyéni. Ha a beteg a 33°-ot hidegnek vagy melegnek érzi, akkor addig változtassuk a hőfokot, amíg el nem találjuk a »kellemes langyos« fürdőt. Fontos a hosszú fekvés fürdő után. Mind a labilis, mind a merev hypertonia ellen javallt a CO_2-fürdő.

Egyes érbetegségek, *akrocyanosis, akroasphyxia, Raynaud-tünetcsoport, endangiitises* folyamatok ellen is kitűnő a CO_2-fürdő, melegen, 35—37° C, esetleg csak a beteg végtagon.

Kiválóak a gyógyeredmények *Basedow-os szívzavarok* esetén, de ekkor a hideg, sőt a hűtött fürdő javallt: 32°-ról hűtsük le a vizet ¼ óra alatt 29°-ra. A hideg víz lehűti a vért és ez a hideg vér befolyásolja kedvezően a szívet (sinus csomót), az anyagcsereközpontot, psychét, stb. A szénsavra ilyenkor azért van szükség, mert édesvízből nem adhatnánk ilyen hideg vizet fázás érzése, sőt megfázás nélkül. A szénsav okozta említett bőrértágulás azonban meggátolja a fázást.

A mesterséges szénsavas fürdők között azok a jobbak, ahol nem vegyileg fejlesztik a szénsavat, hanem gázalakban belepréselik a vízbe. Azonban ez sem éri utól a természetes CO_2-fürdő hatását, mert utóbbiban kisebbek a gázgyöngyök és kevésbbé illanóak. Külső körülmények folytán mégis gyakran meg kell elégednünk a mesterséges CO_2-fürdővel, amikor viszont gyakran előnyös körülmény az, hogy a kezelőorvos maga ellenőrizheti a kúra hatását.

Ellenjavallatok: friss infarctus (ú. n. coronariathrombosis), agyvérzés, súlyosabb decompensatio), asthma cardiale, tüdőoedema, heveny endo-, myo- és pericarditis, friss thrombosisok, súlyosabb nephrosklerosis. Lueses eredetű szívbetegségek általában kevésbbé jól reagálnak.

A fürdő adagolásának természetesen szigorúan egyéninek kell lennie. Itt csak az irányelvekre mutattunk rá.

Zárday Imre,
OTBA főorvos

Orrvérzés.

Az orrvérzések túlnyomó többsége a vékony és érdús orrsövénynyálkahártya mellső alsó részén lévő locus Kisselbachi-ról származik és előidéző okai három csoportra oszthatók: 1. mechanikus okok, 2. az orrnyálkahártya kóros elváltozásai és 3. az általános megbetegedések részjelenségeinek csoportjára. Lényegesen ritkább az orrpolypusokból és daganatokból kiinduló orrvérzés.

A mechanikus okok közül első helyen szerepel a trauma, mely lehet extra és intranasalis. Az intranasalis traumák közül a piszkáló, furkáló ujj gyermekeknél gyakori. Az orrban történt műtét és az orrüregbe belekerült idegen testek is okai lehetnek erős orrvérzésnek. Az orrot kívülről ért ütés, rúgás, orraesés is erős orrvérzést vált ki, különösen akkor, ha az orrcsont eltört, vagy letört a homlokcsontról. A mechanikus okok között szerepel a retrograd pangás, valamint a légnyomás és hőmérséklet hirtelen változása.

Az orrnyálkahártya kóros elváltozásainak csoportjából a heveny, idült és sorvadásos orrhurút említendők, mint olyan megbetegedések, amelyek orrvérzéssel járnak. Az idült gyulladások közül külön kell tárgyalni a tuberculosis és a lues okozta orrvérzést. Az orrtuberculosis az orrsövény elülső részén beszűrődés vagy gümős fekély alakjában jelentkezik. A gümős fekély pörkkel fedett, a pörk alól gyakori a hosszabb-rövidebb ideig tartó vércsurgás. A lues 3. stadiumában orrvérzést okozó fekély az orrsövény csontos részén foglal helyet. A lueses fekély a csontelhalás következtében nagyon bűzös, míg a gümős fekély esetén kellemetlen orrszag nincsen. A vérző orrsövény fekély, gümős vagy lueses eredetét teljes biztonsággal eldönti a Wassermann és Pirquet reactio.

A daganatok különböző fajainak sokszor legelső tünete az ismétlődő orrvérzés. A vérző polypok, angiomák, fibromák jól mozgó szürkésfehér színtől a sötétvörös színig változó kis képletként tünnek fel az orrüregben. A carcinomák, sarcomák és endotheliomák diagnosisa nem könnyű. Egyszer az orrkagylón ülő fekély, máskor az orrjáratokat kitöltő vaskos, szürke vagy vörös színű, hússzerű mélyre nyúló tömeg alakját mutatják, melyek a legkisebb érintésre véreznek. Felületük szabálytalan. A pontos kórismét a szövettani vizsgálat dönti el. Idős emberen a gyakori orrvérzés daganat gyanuját kelti fel.

Általános megbetegedés részjelenségeként sárgaság, májzsugorodás, vesebaj, zsugorvese, húgyvérűség, szív és érrendszeri megbetegedések orrvérzéseit sokszor nagyon nehezen tudjuk csillapítani. Az említett betegségekben a vérzés oka nemcsak a magas vérnyomás, hanem az erek helyi ártalma is. A különböző vérmegbetegedések, haemophilia, leukaemia, anaemia perniciosa, anaemia aplastica, angina agranulocytotica, chlorosis, Werlhof-kór majdnem mindig orrvérzéssel járnak. Az itt végzett véralakelem-vizsgálatok hypocalcaemiát és kevesebb fibrinogent mutattak. A thrombocytaszám megkisebbedett, a vérzési és alvadási idő meghosszabbodott.

Az Osler-féle megbetegedés is orrvérzést okoz. Kicsi, 4—5 mm átmérőjű angiomákat látunk az orr és száj nyálkahártyáján. Spontan vérzés kizárólag az orrsövény mellső szegletén lévő teleangiektasiákból

jön. Thrombopenia nincsen, a vérzési és alvadási idő sem hosszabbodott meg. Örökölhető és a haemophiliával szemben jellemző reá, hogy mindkét nembelieken előfordul. Az irodalomban ezideig 55 családban körülbelül 300 megbetegedés ismeretes. Az Osler-kórban szenvedők makacs orrvérzésének oka a gyógyíthatatlan vérrendszeri defectus és az ércsomócskák szöveti felépítése. A csomócskákat képező erek támasztó szövete hiányzik, s a szövetek ellenállása a bőr és nyálkahártya határán egyenetlen. A tág erek epithelje a legkisebb traumára megreped. A vérzés öregedő korral fokozódik. Heveny fertőzőbetegségben, rheumában szenvedőknek gyakran vérzik az orruk. Terhesség alatt különösen az első hónapokban sokszor találkozunk orrvérzéssel. Jód-, chinin-, belladonna-, salvarsan-, phosphormérgezés, avitaminosis, scorbut, Barlow-kór, hypogenitalismus, ovarialis elégtelenség egyik tünete az orrvérzés.

A gyógykezelés két részre oszlik, a helyi ellátásra és az általános vérzéscsillapításra. A helyi therapiában más az eljárásunk, ha a heveny orrvérzést azonnal csillapítjuk és más, ha az ismétlődő orrvérzést véglegesen megszüntetjük. Localisan jól látható kis vérzés megszüntetésére a legegyszerűbb a caustica, vagy a különböző edző szerekkel: trichlorecetsav, chromsav lapissal edzés. Sokszor elég heveny vérzés esetében a hüvelyk- és mutatóujjal a két orrszárnyat öt percre összenyomni. *Jurasz* és *Muck* a tarkóra hideg borogatást tesznek és így a vasomotoros központ befolyásolásával az orrnyálkahártya vértelenségét idézik elő. Ha ezen eljárások nem vezetnek sikerre és a vérzés helye sem állapítható meg pontosan, akkor az orr tamponálása szükséges. A tamponálást steril gazeval kell végezni, vigyáznunk kell arra, hogy a gazeban impregnált anyag mérgező hatást ne fejtsen ki, sem pedig nyálkahártya-kimaródást ne okozzon. A mellékvesekéreg kivonatanyagaival átitatott gaze-csík orrtamponálásra nem alkalmas, mert hosszabb behatás után a nyálkahártya vértelenséget vérbőség váltja fel. A gazetamponálás lehet egyszerű, réteges és hátsó tamponálás, melynek klassikus formája a Belloque tamponálás, Hátsó tamponálást csak végszükség esetén alkalmazunk. *Eicken* és az amerikai szerzők kolpeurynter módjára alkalmazott gumiujj tampont ajánlottak. Az orrtampon idegentestként szerepel, a nyálkahártyára gyakorolt állandó nyomás következtében folytonos ingerként hat, fokozott váladéktermelést és váladékpangást eredményez. Az orr tamponálása a fertőzés veszélyével jár: középfülgyulladás, mandulagyulladás, fejfájás, levertség, láz, szédülés jelentkezik. Mindezek miatt a tampont legfeljebb 48 óráig szabad egyhuzamban az orrüregben benthagyni. Hosszú ideig tartó orrvérzés esetén másodnaponként cseréljük a tampont. Szorosan véve az orrvérzés kezeléséhez tartozik a kivérzett betegek vérpótlásának elősegítése is. A szívműködés állandó ellenőrzése és cardiotonicumok mellett vértransfusio, konyhasós infusio és bőséges folyadékfelvétel jönnek tekintetbe. Helyi thrombusképződés elősegítésére coagulent és claudent adunk. Általános vérzéscsillapító eljárásokkal igyekszünk hatni a vérzésre, véralvadást fokozó szereket gelatin-calciumot, emberi és állati vérsérumot adunk belsőleg és parenteralisan. Traumás orrvérzéskor megtörténik, hogy nem érünk célt az orrüreg kitamponálásával, általános vérzéscsillapító és helyi thrombusképzést elősegítő gyógyszerek adásával. A gyors és erős trauma gyakran ereket is szakít és az elszakított üterekből a leggondosabb tamponálás dacára a tamponon át állandóan szivárog a vér. A tamponálással nem csillapítható orrvérzést az arteria maxillaris interna, az arteria carotis externa és az arteria ethmoidalis anterior lekötésével állítjuk el. Daganatból jövő orrvérzést a daganat kiirtásával, vagy ha ez nem vihető keresztül, akkor sugaras kezeléssel szüntetjük meg.

Az ismétlődő orrvérzés kiújulásának megakadályozására nagyon sok eljárást ajánlottak. Jó eredményt ad az orrsövény nyálkahártyájának novocain suprareninnel befecskendezése. *Aspissow* a vérzés helye felett és mögött egy másfél cm-re nyálkahártya bemetszést végez, ami által átvágódnak a vérző erek. A metszett seb vérzését 10% hydrogen hyperoxid oldatba mártott tamponnal csillapítja. *Rainey* végleges megoldásként a septumresectiót ajánlja. *Lewinfisz* a mucoperichondriumot a vérzés helyének megfelelően leválasztja a porcos alapról, majd 24 órára tamponál. *Scal* a locus Kisselbachiből kiinduló vérzés végleges megszüntetésére az orrfenékre platinatokocskában rádiumot helyez úgy, hogy csak a gamma sugarak érvényesülhessenek. Több mint 100 esetében a radiumkezelés után a nyálkahártya fibrosusan átalakult a vérzések megismétlődése nélkül. *Roy* a szarvasmarha peritoneumából készült steril hártyát helyez szorosan a vérző orrnyálkahártyára. A sterilhártya szervül s a szervülés után az orrvérzés teljesen megszünik. *Mouson* a vérzés helyét öt pontból kiindulva 0.1 cm^3 chininum lacticummal fecskendezi körül, a fecskendezés után először nyálkahártya duzzadás, majd hegesedés jön létre s a vérzés megszünik. *Dach* és *Goldmann* kigyómérget, moccasint adtak parenterálisan. *Alexander* és *Curschmann* thrombogenetikai orrvérzést lépbesugárzással gyógyítottak. *Scal* az Osler-féle megbetegedést radiummal kezeli. 25 milligramm radiumot helyez 4 órára az orrüregbe (100 millicurie egység). Ezt oldalanként még kétszer megismétli, úgyhogy egy oldal 300 millicurie egységet kap. *Kindler* Osler kórban a vérzés megszüntetésére septumresectiót végez, *O'Kane* 5% chinin urethant fecskendez submucosusan a kitágult erek környékére. Befecskendezés után bismuth glycerin gazeval tamponál. A tamponálás a befecskendezett folyadékot az erekbe szorítja és elzárja azokat. Arteriosklerosisos orrvérzéskor *Zange* érvágást végez. Az érvágásnak nemcsak a vérnyomás csökkentése által kedvező a hatása, hanem a vérelvonás reflectorikus érösszehúzódást eredményez. Az érvágás alkalmazása műhiba vérzéses diathesisen alapuló orrvérzés eseteiben. *Beck* magas vérnyomás okozta orrvérzést iontophoresissel kezelt jó eredménnyel. Makacs terhességi orrvérzés megszüntetésére a terhesség megszakítása indokolt. Hypogenitalismus, petefészek elégtelenség orrvérzéseit a hypophysis mellső lebenyéből készült hatóanyaggal állítjuk el. *Yawer* az ovarialis hyperfunctio esetén beálló orrvérzést testis hormon adagolásával szüntette meg.

Az orrvérzést, mint látjuk, a legkülönbözőbb megbetegedések okozzák. Ha orrvérző beteghez kerülünk igyekezzünk megállapítani a vérzést kiváltó okot, mert csak úgy tudjuk betegeinket eredményesen kezelni és véglegesen meggyógyítani.

Orsó László dr.
a hódmezővásárhelyi Erzsébet kórház főorvosa

CERTA
INJECTIOS CUKOR-THERÁPIÁNÁL FOKOZOTT A B_1-VITAMIN-SZÜKSÉGLET.
Ezt fedezi a
BÉHEXOS
B_1-VITAMIN + INVERTCUKOR
„CERTA" Gyógyszerészeti Laboratórium R. T., Budapest.

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET.

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

A műtét utáni acidosis megelőzése mellékpajzsmirigy hormon adagolásával. *Habelmann.* (Deutsch. Z. f. Chir. 255. 1—2.) Klinikai adatok és kísérletes vizsgálatok alapján a műtét utáni acidosis fokát a műtétkor felszabaduló histaminszerű anyagok okozta oedemában látja. A tüdőben és a többi szervekben fellépő vizenyő a beálló keringési zavar folytán a szövetek oxygén ellátását rontja és tejsav felszaporodáshoz vezet. A máj kolloidosmosisos viszonyainak megváltoztatásával hyperglykaemiát, a vese és agy duzzadásával pedig oliguriát, illetve cerebralis tüneteket okozhat. A szívingervezetés műtét utáni zavarainak oka e szerint a szívizomzat savós átivódása. E veszélyes műtét utáni szövődményeket okozó acidosist a szerző prophylaktikusan alkalmazott mellékpajzsmirigy hormonnal, véleménye szerint causalisan megszünteti. A hormon adagolására a maradék nitrogén a műtét után nem csökken. A hatás oka a calciumforgalom szabályozásában vagy talán a parathyreoidea hormon méregtelenítő működésében kereshető. (G. 16.)

Ifj. Bakay Lajos dr.

A vizeletfertőzés kezelésének mai állása (cystitis, pyelitis). *Hryntschak.* (Med. Welt 1942. 1.) A gyakorlat szempontjából nem annyira a betegség helyének, hanem sokkal inkább a kórokozónak, a gyulladást fenntartó oknak pontos megállapítása és leküzdése a fontos. Ilyen meggondolás alapján nem beszélünk egyes szervek gyulladásáról (cystitis, pyelitisről), hanem vizeletfertőzésről. Ha a fertőzés a szokásos gyógykezelésre nem javul, úgy elsősorban fertőző góc után kell kutatnunk (tonsillák, fogak, epehólyag, béltractus, adnexek), ahonnan a vér- és nyirokáram útján fertőző csirok juthatnak a hugyutakhoz. A vizeletfertőzést fenntartó csirok közül legfontosabbak a bakterium coli és a staphylococcusok. Mivel a coccusok csak alkalikus, a colitörzsek pedig részben alkalikus, részben savanyú vegyhatás mellett tenyésznek, úgy coccus fertőzésnél a vizeletet savanyítanunk, coli esetében pedig a törzsnek megfelelően vagy savanyítanunk, vagy lúgosítanunk kell. Ez történhetik diaetás és gyógyszeres úton. Coli fertőzés esetén ajánlatos a vizelet vegyhatásának rövid időközönként (4—5 nap) való változtatása. Coccus fertőzésnél neosalvarsant is adhatunk. Salol és urotropin csak nagy dosisban hatnak é úgy coli, mint coccusfertőzésnél alkalmazhatók. Szinte forradalmi jelentőségű volt a sulfamid-készítmények alkalmazása. Általános kezelés szempontjából a fájdalmas hólyaggörcsöket csillapító papaverin, helyileg pedig hólyagöblítés hypermangannal, vagy ezüstnitráttal ajánlatos. (R. 15.)

Kokas Ferenc dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

A kötőhártyai flora viselkedése sulfamidokkal szemben. *Bolettieri* és *Panzardi.* (Bolletino d'Ocul. 1941 október.) 138 trachomás és 44 hurutos egyén conjunctivalis floráját vizsgálták. Staphylo-, strepto-, gonococcus, mikrococcus cat., sarcina telepszáma hamarosan megritkul sulfamidokra míg az influenza-, Koch—Weeks- és pneumococcus ellenállóbb. Diplobacillus es xerosis nem befolyásolható. E tények összhangban állanak a klinikai megfigyelésekkel (váladék, szarufolyamat). A különböző készítmények hatásossága azonos; kivétel a pneumococcus, ahol is a sulfathiazol és pyridin felülmúlja a többit. A helyi kezelés messze elmarad az általános bevitel mögött. A sulfamid-készítmények mechanismusa kettős: korai, nem fajlagos, a florát és váladékképződést csökkentő, másrészt késői, fajlagos granulatiókra irányuló hatás. (G. 13.)

Grósz István dr.

Különböző sympathicus-izgatók pupillatágító hatásáról. *Thiel.* (Klin. Mbl. f. Augenheilk. 1942 febr.) Az arylalkilamin sorozat 25 tagját vizsgálta igen exakt módszerekkel. Az 1-phenyl 2-amino propan-t, amely a legjobban tágítja a pupillát, diagnosztikus és gyógyszeres alkalmazásra ajánlja 5 százalékos vizes oldatban. 30 perc mulva tág a pupilla és a hatás 30 percig tart. Tükrözés, Gullstrand f. vizsgálat is elvégezhető; az alkalmazkodást nem befolyásolja és a szem nyomása glaukomás szemekben sem fokozódik. Igen erős pupillatágító hatása miatt az uvea betegségeiben is ajánlja atropinnal kenőcs formában. (Mydrial-szemcsepp és kenőcs.) (G. 14.)

Nagy Ferenc dr.

Szemizombénulások vizsgálatáról. *H. Harms.* (Gr. Arch. f. Ophth. 144. 1—2.) Az izombénulást követő másodlagos tonusváltozások a többi izmokon nagy nehézséget jelentenek a diagnózisban. Ezért egyszerű sémát készíteni a diagnózis leolvasására nem lehet. Egy emelő, illetve süllyesztő izom bénulását egyedül a magassági eltérés viselkedéséből meghatározhatunk. A magassági eltérés felfelé nézéskor nő: emelő, csökken: süllyesztő izom bénulása. Jobbranézéskor nő, akkor egy emelő, illetve süllyesztő bénulása a jobb vagy bal szemen éspedig azé, amelyik jobbranézéskor legjobban emel (r. sup. o. d., ill. obl. inf. o. s.), illetve süllyeszt (r. inf. o. d., ill. obl. sup. o. s.); vagyis a befelé néző szemen az obliquus, a kifelé nézőn a rectus emel, ill. süllyeszt legjobban. Balranézéskor ugyanez a helyzet megfordítva. Emelő bénulásakor a mélyebbenálló, süllyesztő bénulásakor a magasabban álló szem a bénult. Hasonló elvek alapján az izom gördítő hatásából is megállapítható, — elméletileg — hogy melyik emelő, illetve süllyesztő bénult. A pontos vizsgálatokhoz (ket-

Különböző eredetű vérzések csillapítására
BAYER »Bayer« LEVERKUSEN
MANETOL
Forgalomba hozza:
Magyar Pharma Gyógyáru Rt.
Budapest—Kolozsvár
a parenterálisan és lokálisan alkalmazható haemostypticum

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

tős képek) ajánlja a homlokra erősíthető szerkezetét, amely kis keresztet vetít a tangensskálára, ennek segítségével a fej helyzete pontosan rögzíthető. A másik újítás a beteg kezébe adott lámpa, amely 5 cm zöld karikát vetít a táblára s amelyet a vörös üveggel eltakart szem nem lát. Ezzel mutatja meg a vizsgált a le nem takart szemével a vörös üveggel eltakart szemmel látott képet a táblán. Végül forgatható világító-vonalat ajánl a tangensskálával összeköttetésben a gördülés mérésére. Ezek segítségével a vizsgálatokat hamar és igen pontosan el lehet végezni, a kis keresztes lámpa segítségével a fej oldalra hajtásának befolyását is pontosan lehet mérni. (G. 15.)

Nagy Ferenc dr.

ORR-, TOROK-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

Jellegzetes kórképpel bíró járványszerű nyaki phlegmone. *Hellstein.* (Acta Oto- Laryng. XXIX.) Szerző 1939. nyarán Malmőben 11 betegen sajátságos kórképet észlelt. Kisfokú nyelési fájdalom mellett a nyak egyik oldala phlegmonosusan megduzzadt és magas láz lépett fel. A nyaki beszűrődés a nyál- és nyirokmirigyekre, valamint a környező lágyrészekre egyformán kiterjedt. 4 esetben gégeoedema is észlelhető volt. Gennyes beolvadás csak 5 esetben történt. 1 beteg septicus tünetek között exitált, a többi 2—5 hét alatt meggyógyult. A gennyből, ill. sternumpunctatumból streptococcusok tenyésztek ki. A letalis esetben a coccusok a vérből is kitenyészthetők voltak. Valószínű, hogy a megbetegedéseket a fogyasztott tej streptococcus fertőzése okozta, amit viszont a tehenek egyidejűleg fellépett száj- és körömfájása idézett elő. (A. 9.)

Farkashidy József dr.

A felső légutak tumorszerű localis amyloidosisa. *J. Mühe.* (Der Hals-, Nasen- u. Ohrenarzt. 32. 4—5. 1942.) A megbetegedés főleg idősebb korban észlelhető. Kóroktana tisztázatlan, valószínűleg antigen-antitest képződés, mely gyulladásos s így anyagcseréjében megzavart szövetekben rakódik le. Ez magyarázná viszonylagos gyakoriságát a felső légutakban. Klinikai képére jellemző az amyloidos infiltratumok multiplex előfordulása, sajátságos viaszszerű fénye, néha ulceratio, továbbá nyirokcsomóduzzadás és a fájdalom hiánya. Diagnosisa a *Bennhold* féle kongóvörös próbával, de legbiztosabban histologiai vizsgálattal történik. Therápiája eltávolítás laryngoskopiás, vagy külső úton. Rtg.? besugárzás, vagy caustica eddig nem vezetett eredményre. (A. 20.)

Farkashidy József dr.

Erjedéses dyspepsiák gyógyítására évtizedek óta alkalmazza az orvosi kar a Krompecher-gyár kiválóan bevált és a csecsemőgyógyászatban ma már nélkülözhetetlen *Caphosein* elnevezésű, dús calcium- és phosphortartalmú tejfehérje készítményét. A Caphosein mindazon követelményeknek megfelel, amelyet az orvostudomány a tejfehérje készítményekkel szemben támaszt. Nagy előnye, hogy szagtalan, kolloidálisan jól oldódik, kellemes zsemlyeízű és a tej összes fehérjéit (caseint, lactalbumint és lactoglobulint), tehát mindazon fehérjéket tartalmazza, amelyek a szervezetnek nélkülözhetetlen építőanyagokat szolgáltatnak. Javallt mindazon esetekben, ahol a bélben fokozott erjedést kell meggátolni.

EPHERIT-CHINOIN

VASOTONICUM, ANTIASTHMATICUM

Tabletta *Ampulla* *Pulvis*

Sedival syrup

Valeriana, calc. glycerophosphor, magn. bromat kellemes ízű syrupban. Bromismust nem okozó, nem cumulálódó enyhe sedativum. Gyermekek szívesen veszik.

Liquor hypnobromid

Aethylmorphin hydrochlor, codein hydrochlor, paraldehyd, brom natr. — Megszokás nem következik be és bódultságot nem okoz. A paraldehyd ízét és szagát a vivőanyagul szolgáló és különleges eljárással készült aromatikus syrup kitűnően fedi.

Sedival tabl.

Nátr. phenylaethylbarb., natr. glycerophosphor, bromisovalerylurea és polybromat. Összetétele folytán sedativ hatása mellett enyhe altató hatást is fejt ki.

SZENT PÉTER

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

CAPHOSEIN

a tej fehérjéit, (caseint, lactalbumint és lactoglobulint) tartalmazó, dús calcium- és phosphortartalmú tejfehérje-készítmény,

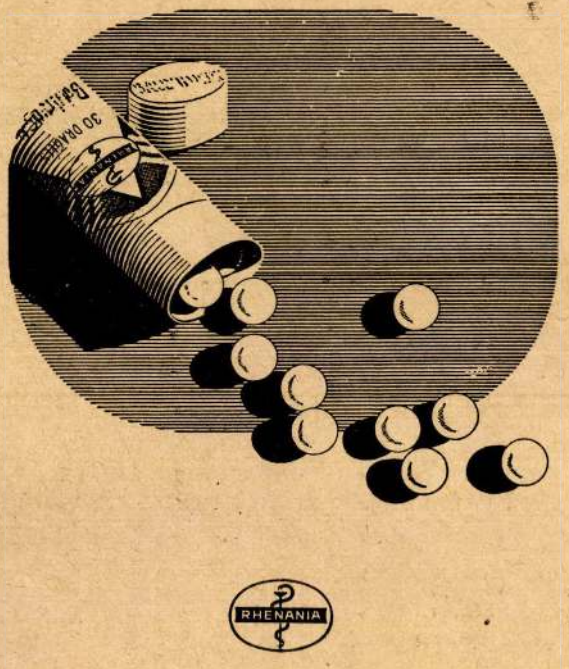
az erjedéses dyspepsiák kiváló gyógyszere

Adagolás: 1 kávéskanál (5 gr.) Caphoseint $^1/_2$ deci teában felfőzünk, saccharinnal édesítjük és ebből minden szopás vagy etetés előtt 2—3 kávéskanálnyit, illetve szükség esetén többet fogyasztatunk.

Szabadon rendelhető az összes betegségbiztosító intézetek terhére.

Krompecher tápszer- és gyógyszeripari kft. Budapest, V., Nádor-utca 15. szám.

Effektiv, megnyugtató hatást



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

Csomagolás: 30 dragée aluminiumtokban és 100 dragée üvegben.

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

Magyarországi képviselet: Wack Keresztély Budapest IX. 8.

Baldrian Dispert

íz-, szagtalan és narkoticummentes sedativum.

LANACLARIN-CHINOIN

HAZAI digitalis lanatából készült kristályos összglycosida készítmény

Gyorsan beálló, teljes digitalishatást ad! Jól felszívódik, a gyomrot nem izgatja!

Solutio — Tabletta — Injectio — Suppositorium

Eunarcon

Használatra kész intravénás

narkotikum

az operativ orvostudomány minden ágában.

Tökéletes ellazulás, gyors, panaszmentes ébredés.

5 és 10 kcm-es ampullákat tartalmazó csomagolások.

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

Asthma bronchiale esetében
prophylaktikusan és rohamoldáshoz

Taumasthman

tabletta

Peroralis prophylaxis
Peroralis rohamoldás

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

Kaparékok összecserélésének elkerülése.

Diagnosticai laboratóriumokban naponta előfordul, hogy egyszerre több kaparékot (legtöbbször méhkaparékot) kell fixálni, víztelenïteni, beágyazni, metszeni és festeni. A kaparékot rendesen kis gazedarabba kötjük s így vezetjük át a különböző fixáló, víztelenítő, stb. folyadékokon és az olvasztott paraffinon. Beágyazáskor a gazeből a szövetdarabkákat kiszedjük és belehelyezzük a papírdobozba vagy a Sartorius-féle beágyazókeretbe csurgatott olvasztott paraffinba és az egészet hirtelen megmerevítjük. Használhatunk gaze helyett hullából kivett s előzően fixált eret is, melybe beleöntjük a kaparék darabkáit és két végén lekötjük. Ennek előnye, hogy olyan apró darabkákból álló anyagot is feldolgozhatunk vele, amelyek a gaze hézagain át kihullanának; hátránya, hogy az ér falán a különböző folyadékok nehezebben diffundálnak át a vizsgálandó anyaghoz, mint a gazen keresztül.

Több kaparék esetén, ha az egyik kaparék nagyobb darabkákból áll vagy tömegesebb, esetleg több véralvadékot tartalmaz, mint a másik, ezt a körülményt feljegyezve, az összecserélés veszélyét elkerülhetjük. Néha azonban annyi anyagot kell feldolgoznunk s az egyes anyagok szabad szemmel nézve annyira nem különböznek egymástól, hogy ezzel a fogással megkülönböztetésük lehetetlen. Erre használható eljárás leírását a szövettani kézikönyvekben nem találtam. Entz professzor intézetében úgy tanultam, hogy kaparékokat magukba foglaló gazecsomagocskákat vagy különböző színű fonalakkal látják el vagy pedig a csomagocskákba egy darabka pergamentpapírt helyeznek, melyen a jelzés vegyi tintával van felírva. Esetleg ezt cérnával a gazehez kötve a különböző folyadékot tartalmazó edényeken kívül helyezik el.

Ez eljárásoknak azonban az a fogyatékossága, hogy a színes fonal vagy cédula nem kerülhet bele a metszetbe és így csak a lemetszésig tudjuk segítségükkel megkülönböztetni az egyes anyagokat, a lemetszés után azonban be kell karcolnunk a tárgylemezbe az anyag jelzését. Ezt a hátrányt kiküszöböli és az összecserélést teljesen lehetetlenné teszi az én eljárásom. A különböző kaparékokhoz gazebecsomagolásuk alkalmával valamely könnyen metszhető idegen szervnek darabkáját helyezem el. Az egyikhez egy kis agyat, a másikhoz egy májdarabkát, harmadikhoz vesedarabkát, negyedikhez kis lépet és így tovább. Egyikhez idegen szervet nem helyezve a fenti négy szervrészlet alkalmazásával és feljegyzésével meg tudok különböztetni öt, egyébként egymáshoz teljesen hasonló kaparékot. Az idegen anyag belekerül a metszetbe is és így az anyag megkülönböztetésére semmi gondot sem kell fordítanunk egész addig, míg microscop alá nem kerül.

Eljárásom olyan egyszerű, kényelmes és biztos, hogy nagyon csodálkoznám, ha előttem már más nem alkalmazta volna. Mivel azonban én se nem olvastam, se nem hallottam róla, érdemesnek véltem közlését.

Cseh Imre dr.
a bajai közkórház prosectora.

Orvosi rendelő teljes felszereléssel, személyzettel délutáni órákra kiadó. Horváth, Baross-utca 34. 12—4-ig.

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

LAPSZEMLE

Münchener Medizinesche Wochenschrift. 22. sz. *Wohlrab R.:* Kiütéses tiphus elleni küzdelem a főkormányzóságban. *Borgard W.:* Hólyaggyengeség megítélése a háborúban. *Moncorps C.* és *Herfeld* A.: A tenyésztési eljárás értéke a sulfonamiddal kezelt női gonorrhoea gyógyulásának megállapításában. *Müller-Hess B.* Bőrön át történt kéksavresorptio okozta mérgezés. *Rehder H.:* A kiütéses láz és skarlát egy diagnostikailag használható korai tünetéről. *Oxenius K.:* Ritkább kanyarószövődmények. *Friton B.:* Facialis-evőeszköz a táplálkozás megkönnyítésére arcidegbénulás okozta hiányos szájzárás esetén.

Wiener Klinische Wochenschrift. 22. sz. *Albrecht O.:* Meynert Tivadar halálának 50-ik évfordulója. *Albrecht O.:* Ars amandi in matrimonio. *Huber K.* és *Kyrle P.:* Gerincvelősérülés utáni húgycsősipolyokról. *Kryspin-Exner W.:* Fertőzéssel kezelt paralysis progressiva esetek klinikai képe és lefolyása. *Schneider H.:* Traumás meningitis serosa.

Schweizer Medizinische Wochenschrift. 22. sz. *Jentzer A.:* A meningeomák. *Knapp P.?* A szemészeti diagnosztika és therapia lgfontosabb tételei a gyakorló orvos számára. *Wieland A.:* A lumbalpunctio és gerincagyi folyadék vizsgálatának praktikuma. *Lyon E.:* Ostitis deformans Paget és hyperthyreosis. *Preux R.:* Psoriasis és lactoflavin. *Druckrey H.:* A szénhydrát és káliumanyagcsere összefüggése és a mellékvesekéregnek erre gyakorolt befolyása. *Verzár F.:* Válasz Druckrey H. fenti közlményére. *Vieli B. P.:* Népegészségügy és táplálkozás gyógy- és fürdőhelyeken.

VEGYESHIREK

HŐSIHALOTT ORVOSOK

Angeli Henrik dr. tart. orvos-hadnagy, a pápai közkórház alorvosa és *Egyed Andor* tart. orvos-zászlós, a rozsnyói közkórház segédorvosa a harctéren sebesülteknek nyujtott elsősegély alkalmával hősi halált haltak. A Haza és nemzet hálás elismerése kíséri őket hősi sírjukba.

Bakay Lajos rector magnificus. A Pázmány Péter Egyetem június 8-án tartotta rectorválasztó ülését, melyen — az orvosi karon lévén a sor — egyhangúlag Bakay Lajos professort, a II. sebészeti klinika igazgatóját választották meg az egyetem jövő évi rectorává. Üdvözöljük az új rectort!

Személyi hír. Az elhalt *Ramel Edwin* prof. utódául *Pautrier L. M.* prof.-t nevezték ki a dermatologiai tanszékre *Lausanne*-ban. — † *Henneberg Henri* prof., a genfi szülészeti és nőgyógyászati klinika igazgatója 65 éves korában meghalt.

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága meghívására *Prof. C. Clauberg* (Königshütte) f. hó 16-án délután 6 órakor a budapesti Tudományegyetem II. sz. női klinikájának tantermében »Die Unfruchtbarkeit der Frau« címmel előadást tart.

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

A japáni orvoskongresszus, mely eddig öt évenkint ült össze Tokióban, tekintettel a japán egészségügy rendkívül megszaporodott feladatara, ezentúl évenként fog összeülni. A bandsengi Pasteur-intézettel (Jáva) az együttműködést már felvették.

43.681/1941. szám. V/4. ü. o.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY
iskolaorvos egészségtantanári megbízásra.

(Közlés a m. kir. vallás- és közoktatásügyi miniszternek 1942. évi május hó 23. napján kelt 43.681/1941. számú rendelete alapján.)

Az iskolaorvosok működésének szabályozásáról szóló 1939. évi 136.440—IX. számú rendeletemre való hivatkozással pályázatot hirdetek Kassán egy férfi iskolaorvos egészségtantanári megbízásra, közép- és középfokú iskolákhoz.

Az iskolaorvos feladata a tantervben kijelölt egészségtani órák ellátása mellett a gondjaira bízott iskolák egészségvédelmének megszervezése az 1939. évi 136.440/IX. sz. rendeletemben (megjelent a keb. »Hivatalos Közlöny« 1939. évi 20. számában) foglalt módozatok szerint.

Az iskolaorvos hivatali elfoglaltságán kívül eső időben külön engedély nélkül is folytathat magángyakorlatot.

Az iskolaorvos-egészségtantanár egyelőre az 1942—43. iskolai évre ideiglenes megbízást kap, amely megbízás annak lejártával meghosszabbíthaó, de bármikor vissza is vonható. Javadalmazás havi 160 pengő tiszteletdíj és 20 pengő műszer- és anyaghasználati átalány.

A kérvényeket legkésőbb 1942. évi július hó 15-ig, a jelenleg is alkalmazásban lévők felettes hatóságuk útján, az állásban nem lévők pedig közvetlenül hozzám nyujtsák be.

A pályázathoz mellékelni kell az elméleti képesítést (tudori, iskolaorvos-egészségtantanári, tisztiorvosi, vagy községi orvosi, sportorvosi, vagy egyetemi tanulmányokat, irodalmi működést, egyéb érdemeket igazoló, valamint a személyi adatokat tartalmazó okmányokat (születési anyakönyvi kivonat, magyar állampolgárság, curiculum vitae).

A kérvényben jelezni kell, hogy a pályázóknak milyen állása, megbizatása van és ezek után milyen javadalmazást élvez.

A jelenleg iskolaorvosi alkalmazásban állók is pályázhatnak, feltéve, hogy iskolaorvos-egészségtantanári képesítésük van.

A pályázóknak a 7.720/1939. M. E. sz. rendelet 1., 3. és 9.§-aiban foglalt rendelkezések szerint igazolniok kell azt, hogy nem esnek a zsidók közéleti és gazdasági térfoglalásáról szóló 1939. évi IV. tc. 1. és 5. §-aiban meghatározott korlátozások alá.

Budapest, 1942 május hó 23-án.

A magyar királyi vallás- és közoktatásügyi miniszter.

A frontátvonulások áttekintése 1942 február második felében. A február 15—28-ika közötti két hét frontérzékenységi tanulmányok végzésére rendkívül alkalmasnak bizonyult, mert a két frontfajta (a betörési és a felsiklási front) egymástól jól elkülönített csoportokban lépett fel és így a kétféle frontérzékenység egymástól szigorúan elhatárolva volt megfigyelhető. Az időszak első napjaiban, egészen február 20-ig, a betörési frontok voltak túlsúlyban. Később azonban az a ritka állapot következett be, hogy betörési front alig érkezett, ellenben a felsiklási frontok gyors egymásutánban követték egymást. Budapesten a két hét folyamán együttvéve 13 betörési és 15 felsiklási front vonult át Budapest felett, holott normálisan 3—5 betörési frontra szokott csak egy felsiklási front jutni. A betörési frontokból egy sem volt erős, 5 volt mérsékelt és 8 volt gyenge fejlettségű. A felsiklási frontok közül egy erőset, 6 mérsékeltet és 8 gyengét jegyeztünk fel.

A budapesti frontátvonulások részletes történetéből mindenekelőtt kiemelendő a február 16-án este 21 órakor átvonult erősfejlettségű felsiklási front, amely az idei tél egyik legnagyobb, egésznapon át tartó havazását okozta a fővárosban. Lényegesebb reactiókat válthatott ki ezenkívül a gyenge betörési frontok halmozott fellépése február 15-én (összesen 5 front), valamint február 19-én délelőtt és délben (6 órán belül 3 front.) *Különösen ritka jelenség* a gyenge és mérsékelt fejlettségű *felsiklási* frontoknak a halmozódása, ami február 20—21-én (5 frontátvonulással) és február 23—24-én (4 frontátvonulással) játszódott le.

Aujeszky dr.

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

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

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

DH Dialgin caps. és kúp.: megbizható antipyreticum és antirheumaticum · 10 caps ára: P 2.- · 5 kúp ára P 2·50
Expectin sol.: expectorans, köhögésnél rekedtségnél, ipecacuanha helyett · 1üveg 10gr. ára P 2·20
Frombogen inj.: varix és haemorrhoidalis csomók kezeléséhez 3amp. á 3cc. ára P 2·10.
Gyártja és forgalmazza Dr. Horzsa Diachemia Straub Sándor gyógysz. és vegyi lab. BUDAPEST

Auracard

CARDIOTONICUM
ENYHE SZIVINSUFFICIENCIÁVAL JÁRÓ LÁZAS MEGBETEGEDESEKNÉL, FUNCTIONÁLIS SZIVBÁNTALMAK, HEVENY FERTŐZŐ BETEGSÉGEK UTÁNI RECONVALESCENTIA, COMPENSÁLT VITIUMOK, COMPENSÁLT MYOCARDITIS CHRONICA STB. ESETEIBEN STB.

ÜVEG á 230 gr. ÁRA P 4.30

Készíti:
SZILÁGYI gyógyszerész, Budapest
Dr. Madaus megbizásából

Cardiotrop gyógynövény készitmény
Myocardium szervkivonattal

Quadronox

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

10 és 20 tablettás
csomagolások

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

A mindennapi bélürülés biztosítására, az emésztőtractus fertőtlenítésére a széntherápia bevált gyógytényezője:

Eucarbon
Frenka

béltisztító és adsorptiv bélfertőtlenitő.

Eredeti doboz ára 100 tablettával
Pénztári csomagolás ára 40 tablettával

dr Wander

86. évfolyam. 25. szám. Budapest, 1942. június 20.

ORVOSI HETILAP

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

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

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

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

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

Diarrhoea, meteorismus, paratyphus,
hús- és halmérgezések stb. esetében

Adsorgan Heyden

a bél méregtelenítésére

Chemische Fabrik von Heyden A.G. Radebeul-Dresden

Magyarországon forgalomba hozza:
Walter & Dummel, Budapest, V., Mérleg-utca 10.

Prominal

(N-METHYL-AETHYLPHENYLBARBITURSAV)

a Basedow-kór kezelésében is bevált antiepilepticum

kábító mellékhatás nélkül

Prominaletten

spasmolyticum

hypertonia, érneurózis, pertussis esetén és nappali megnyugtatásra

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

»Bayer«
LEVERKUSEN

MAGYARORSZÁGI VEZÉRKÉPVISELETEK:

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

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

E. Merck
DARMSTADT

A szív és vérerek betegségeiben:

ADIGAN

A digitalis lanata isolált glucosidáit tartalmazza.

Tabletta, injectio, solutio és kúp

MYOFORT

Coronaria-ereket tágító és vérnyomást csökkentő izomkivonat

Solutio és injectio alakban

TONOCHOLIN B.

Stabil acetylcholinbromid

Tabletta és injectio alakban

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

86. évfolyam. 25. szám. Budapest, 1942. június 20.

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:

Mártonfi István: Érbefecskendezések okozta elzáródások megakadályozása. (293—294. oldal.)
Gombos Imre: Bélféreg kapcsán előforduló bélátfúródások. (294—296. oldal.)
Ajkay Zoltán: Szokatlanul nagykiterjedésű füleredetű süllyedéses tályog. (296—298. oldal.)
Irodalmi szemle. (298. és 301. oldal.)
Egyesületi jegyzőkönyv. (302. oldal.)
Benedek László: Meynert Theodor. (305. oldal.)
Vámossy Zoltán: Torday Ferenc. (305. oldal.)
Lapszemle. (306. oldal.)
Vegyes hírek. (306. oldal.)

A szilágysomlyói M. Kir. Állami Kórház belosztályának közleménye.

Érbefecskendezések okozta elzáródások megakadályozása.

Írta: *Mártonfi István dr.* igazgató-főorvos.

Köztudomású, hogy egyes oldatok fizikai vagy vegyi tulajdonságuknál fogva ha kellő ideig és kellő intenzitásban hathatnak az erek intimájára, azt vitalitásában sértve thrombokinázét szabadítanak fel s ez megindítója lesz annak a bonyolult kolloidchemiai folyamatnak, melynek végül is a vér megalvadása az eredménye. Ez a thrombotizáló hatás olykor lehet kívánatos is, mint pl. varixok és aranyeres csomók gyógykezelésében, de boszszantó, ha olyankor következik be, amikor nem volt célunk azt előidézni és gyakran életfontosságú kezelés folytatását akadályozza meg.

A befecskendezésre használt gyógyszerek többnyire a szövetektől eltérő molekuláris koncentrációjuknál fogva nem közömbösek az intimára. Az injectio folyamán vagy közvetlenül utána sajátságos húzó és a véna centripetális futását követő, rendszerint a vállig, illetve a hónaljig terjedő, pár percig tartó fájdalom jelentkezik, mint az intima sérülés kétségtelen jele, mely után majdnem biztosan számíthatunk a felhasznált ér későbbi eldugulására. De ha szerencsénkre a várt thrombozis mégsem következnék be, egy újabb injectio folyamán — ha az az elsőt rövid idő multán követi — a véna sorsa meg lesz pecsételve. Sajnos, ezek az intimát bántó gyógyszerek rendszerint hosszantartó kezelést igénylő betegségekben kerülnek alkalmazásba s így a gyakran ismétlődő befecskendezések következtében a beteg felületes vénái lassanként tönkremennek. Az első injectióknak áldozatul esett könyökhajlati vénákat követik az alkar gyüjtőerei, majd a kézfej apró ereivel kínlódik egy ideig az orvos s amint ezek is használhatatlanokká váltak, akkor jön még egy kétségbeesett lázas kutatás a test legbizarrabb helyein egy-egy gyüjtőért sejtető livid folt után, de végül is minden igyekezet hiábavalóvá válik, az egykor duzzadt vénák mint kemény kötegek minden injectiós kísérletnek ellenállanak, — a kezelést félbe kell szakítani.

A nem kívánt thrombózisok elkerülése végett a leghelyesebb volna érbefecskendezés céljára csak izotóniás oldatokat használni. Ez azonban néha oly nagymennyiségű oldószer alkalmazását kívánná meg, hogy az a befecskendezés lebonyolítását nagyon megnehezítené. A 100 ccm körüli befecskendezéseknél már az ú. n. »vízhiba« is számba jön s ha nem akarnánk, hogy a beteg minden injectióra rázóhideggel és magas lázzal reagáljon, akkor e célra minden alkalommal kalium hypermangánról frissen redestillált vizet kellene használni. Tehát ha még el is tekintünk a nagytömegű folyadék megkívánta nagyobb fecskendő vagy infusiós készlet okozta nehézségtől, már egymagában a vízhiba is elegendő, hogy azok a mindennapi gyakorlat céljára alkalmatlanokká váljanak. A baj elkerülése céljából az eddigi gyakorlat a befecskendezés tartamát lehetőleg hosszúra nyujtotta ki azon feltevésben, hogy így az apró adagokban érbe jutó szernek alkalma és ideje lesz a vérrel kellőképen felhígulni s ezáltal intimabántó hatását elveszíteni. Feltevésünkben azonban nagyot fogunk csalódni, mert az előírások legpontosabb betartása ellenére a thrombozis mégis bekövetkezik, sőt pontos megfigyelés bizonyíthatja, hogy mentől jobban megnyujtjuk az injectio tartamát az intima sérülésre s az azt követő thrombozisra annál inkább számíthatunk.

Ha jól megfontoljuk a dolgot, ez nagyon is természetes. Ha híg oldatot tartalmazó edénybe töményebb sóoldatot öntünk, a két folyadék nem fog egymással bensőleg összevegyülni, hanem a töményebb nagyobb fajsúlyánál fogva előzőleg lesüllyed az edény fenekére s az oldott molekulák csak hosszabb idő elteltével oszlanak el az egész edényben egyenletesen. Keveréssel, rázással a keveredési folyamatot kétségtelenül lehet rövidíteni, de az még ez esetben sem fog bekövetkezni pillanatnyilag. Ugyanez a helyzet áll elő a vérnél nagyobb molekuláris koncentrációjú, illetve nagyobb fajsúlyú gyógyszerek érbefecskendezése alkalmával. A befecskendezett oldat amint a gyüjtőér űrterébe jut,

azonnal annak distalis falára süllyed s mindaddig lényegesebb felhígulás nélkül fog azon a véráram irányában végighömpölyögni, amíg kellő tágasságú, nagyobb örvényű vénába nem jut. Magától értetődik, hogy mentől hosszabb ideig érintkezhetik egy differens szer az intimával, hatása annál kifejezettebb lesz s mivel az intravénásan injiciált szernek vénán belőli azonnali felhígulása fizikai lehetetlenség, a lassú befecskendezés a várttal ellenkező következménnyel fog járni: *nemhogy megakadályozná, hanem éppen elősegíti az erek thrombotizálódását.* Ezen meggondolásból szükségszerűen következik, hogy az intimára káros hatású gyógyszereket, hacsak valamely más okból nem kontraindikált, *kívánatos a lehető leggyorsabban befecskendezni.* Mert habár valószínű, hogy így a szer nagyobb töménységben fog az ér falával érintkezésbe jutni, de a gyors injectio alatt rendelkezésre álló rövid idő nem lesz elegendő az intima endotheljének elpusztítására s ezáltal a felhasznált visszerek vérrögokozta eldugulása elkerülhető lesz.

A meggondolást tett követte s azon gyógyszereket, amelyektől nem vártam valamelyes kellemetlen mellékhatást, megkíséreltem gyorsan, sőt mondhatnám villámgyorsan érbe fecskendezni. A gyakorlat az elméletnek mindenben igazat adott, mert *amióta ezt a technikát követem, még véletlenségből sem volt alkalmam sem intimafájdalmat, sem pedig thrombozist észlelni.*

A gyors i. v. befecskendezésre felhasznált gyógyszereknek természetszerüleg nem szabad az ideg- vagy az érrendszerre heroikusan ható anyagot tartalmazni. A gyors technika, amint már említettem, főleg a nagytöménységű oldatok esetén alkalmazandó. Ilyenek a dextrose 20—50%, urotropin, illetve hexamethylentetramin 40%, saltetramin, cylotropin, natrium salicylicum 10—50%, amydosan, tophosanyl, novurit, salyrgan, rubrophen és hasonló készítmények.

Külön kell itt szóljak a szőlőcukorról, mely önmagában is, de más gyógyszerekkel keverten is, az ú. n. »Mischspritze« alakjában mostanában nagyon divatos. Főleg máj- és szívbetegeknél kerül előszeretettel — és a szükségesnél gyakrabban — alkalmazásba; a strophantin, digitalis, theophyllin injectiós készítményei már szinte el sem képzelhetők nélküle, pedig az eddig követett helytelen technikával beadva azáltal, hogy a vénákat tönkreteszi, többet árt, mint használ. Azon szerek nagyrészét, melyeket dextrozéval keverten szokás adagolni, tényleg veszedelmes volna gyorsan érbe fecskendezni s azért ezeknél a szőlőcukoroldattal való keverés két célt szolgál, melyek közül az egyik az injectiós folyadék tömegének megnövelése és a heroikus hatású szer felhígítása, mivel nagyobb tömegű folyadékkal kétségtelenül sokkal könnyebb lassan dolgozni. De amennyire szükséges parányi mennyiségű kombetint vagy az euphyllint a befecskendezés előtt 10—20 ccm-re felhígítani, *éppoly elhibázott a hígítást tömény szőlőcukorral végezni,* mivel erre a célra sokkal célszerűbben és veszélytelenebbül használható a physiologiás konyhasóoldat. De ha valamilyen oknál fogva nem volna előnyös a szervezetbe chlor ionokat belevinni, illetve, ha ragaszkodnánk ahhoz, hogy föltétlenül cukoroldat legyen a hígítófolyadék, az csak 4.5%-os vérizotoniás legyen s ha az így befecskendezett szőlőcukormennyiséget nem tartanánk kielégítőnek, módunkban lehet a betegnek akár 50%-os oldatot is adni intravénásan belőle, de az említett erős hatású szerektől elkülönítve és a mondottak értelmében nagyon gyors iramban fecskendezve be.

Meg kell emlékeznem a calcium, strontium és magnézium sóknak intravénás injectiójáról is, melyeket többnyire szintén hypertoniás oldatokban és szintén hosszantartó gyógykezelésben szoktunk alkalmazni s amelyek szintén gyilkosai a gyüjtőereknek. Ezeket, sajnos, ha nem is veszélyes, de annál kellemetlenebb angioneurotikus mellékhatásuk miatt lehetetlen túlgyorsan érbe fecskendezni. Egy kis műfogással azonban el lehet érni, hogy a nagyon megrövidített tényleges injectiós idő ellenére mégse kerüljenek túlnagy töménységben a véráramba s ezáltal mind a thrombózist, mind az angioneurotikus tüneteket el tudjuk kerülni. Ennek az a módja, hogy *a befecskendezést nem folyamatosan, hanem részletekben, lökésszerűen kell végezni* s az egyes gyorsan befecskendezett részletek között szükségszerűen több vagy kevesebb szünetet kell tartani. Ezzel elérhető, hogy a gyógyszer csupán az egyes lökések időtartamának megfelelő rövid ideig hat az intimára, viszont a szervezetet a lökések közötti szünetek hozzáadásával és tetszőlegesen szabályozható hosszabb idő alatt fogja elárasztani.

Ha ezeken felül még a befecskendezés után a használt végtagot pár pillanatra magasba emeljük és egy-két simogató centralis irányú massage-zsal is siettetjük a szernek a végtag venájából eltávozását, biztosak lehetünk felőle, hogy akaratunkon kívüli vena elzáródásokat sohasem fogunk észlelni.

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

Bélféreg kapcsán előforduló bélátfuródások.

Írta: *Gombos Imre dr.*, mb. főorvos

A bélférgek okozta betegségek és elváltozások ismerete régi. Sebészi esetek leírása *Parkinson* óta, ki 1837-ben orsóféreg által okozott bélelzáródásról számolt be, egyre bővebb. A bélféreg által okozott úgynevezett »féreg ileusok« hasüregi »pseudotumorok«, »féregabscessusok« férgek okozta gastritises, enteriteses, appendicitises tünetek jól ismertek. Annál ritkább a bélátfúródások s ezzel kapcsolatos hashártyagyulladások észlelése, leírása, ami egyrészt a bélátfúródás féregfertőzéses eredetének, illetve férgek általi keletkezésének nehezen bizonyítható voltával, másrészt az esetek valóban ritka előfordulásával magyarázható.

Közegészségügyi adatok, de kórházi tapasztalatok és vizsgálatok szerint is a Felvidék keleti része s Kárpátalja jó része súlyosan fertőzött. Gyomorátfúródásra, vakbélgyulladásra, súlyos bélelzáródásra utaló, heves fájdalmakkal küzdő betegek, a kórház gyakori esetei közé tartoznak, melyekben csak az alapos vizsgálat, sokszor a véletlen vezeti rá az orvost, hogy súlyos bélféregfertőzésről van szó.

Mi az oka annak, hogy a jóformán mindennapos esetek mellett is, a féreg által okozott bélátfúródás észlelése oly ritka? *Hosemann* szerint valószínűleg alkati okok is hozzájárulnak, mintahogy »féregileust« sem kap minden fertőzött beteg. Oka továbbá minden bizonnyal, mint említettük, hogy a bélátfú-

ródás féreg általi keletkezése nehezen bizonyítható, különösen ha nem gondolunk ennek lehetőségére. A sebészeti osztály régi kórrajzainak, műtéti naplójának átvizsgálásakor a hashártyagyulladásos esetek egy részében, a gyulladás okának, helyenként, a bélfalon található »perforatiós nyílás« van megállapítva, melynek közelebbi eredetéről azonban adatot nem találunk. Lehetséges, hogy az átfúródás okát ez esetek között is a beteg súlyos féregfertőzésében meg lehetett volna találni.

A férgek által okozott bélátfúródás lehetőségét egyesek tagadják, helyesebben nem látják bebizonyítottnak, hogy az orsóféreg (irodalmi adatokban is legtöbbször, eseteinkben is orsóféregről vagy gilisztáról van szó) az ép bélfalon is áthatolhat s így átfúrva a bélfalat általános hashártyagyulladást okozhat. Különösen *Miyake* és *Heller* tagadják ennek lehetőségét, *Kuchenmeister* és *Davaine* szerint a bélfal ilyenkor mindig gyulladásos, sokszor elhalásos elváltozásokat mutat, melyen keresztül az áthatolás már könnyebb. *Rotters*, ki egy esetében az átfúrt bélfal helyét pontosan megvizsgálta s a csatorna útját rétegről-rétegre követte, kétséget kizáróan megállapította, hogy az áthatolás reactiomentes ép bélfalon át történt. Úgy látszik tehát, hogy a bélfal elsőleges bántalmazottsága nem feltétel. Ezen a véleményen vannak *Brüning*, *Leuckart* stb. is.

Féregokozta bélátfúródás tehát lehetséges, a vita tárgya inkább az még ma is, hogy ép bélfalon is megtörténhet-e. A leírt esetek nagy részében a megfelelő bélkacsok gyulladásának különböző foka meg volt állapítható. Az ilyen gyulladásos elváltozások különösen jól megfigyelhetők, az úgynevezett »féreg-ileus« miatti műtétek közben, hol a hashártyagyulladásos elváltozások nem fedik el vagy zavarják az elsőleges gyulladás képét. A vakbél előtt a csípőbél-kacsokon, az »ascaris gomolyok« területén a savóshártya enyhe beöveltségétől a bélfal vaskos gyulladásáig, sőt elhalásáig minden átmenet megtalálható. Leggyakoribb lelet a vékonybélfal egy szakaszának gyulladásos megvastagodása, itt-ott kis savóshártya alatti vérömlenyekkel tarkítva.

A bélfalbántalmat maguk a férgek okozzák mechanikus és toxikus hatásukkal. Különösen a féreggomolyok által okozott pangás, tágulás s ezt követő kisebb-nagyobb savóshártya-szakadások, ezeknek másodlagos fertőzései adnak lehetőséget a bélfal súlyosabb gyulladására s így a férgek könnyebb áthatolására. Mivel a torlódás főleg a *Bauhin* billentyű előtt, az alsó csípőbél-kacsban keletkezik, ezért e bélszakasz bántalmazottsága a leggyakoribb. Egyéb kóros folyamatok pl. typhusos, gümős fekélyek, patkóbélfekélyek, sérvtömlőbe letapadt, súlyosan illetett bélkacsok stb. is megadják a lehetőséget természetesen a féreg átjutására.

Miért okoznak egyik esetben súlyos, gyakran csak műtéttel megoldható elváltozást, míg másokban évekig elélnek anélkül, hogy lényegesebb panaszokkal járna jelenlétük, vagy a beteg csak tudna is féregfertőzéséről, mai napig sem tisztázott kérdés. Lényeges szerepet játszik, mint mondottuk, az alkat. Szerzett betegségek, a béltartalom és nedvek megváltozása, a bélfal izgalmi és görcskészsége, különösen életerős parasiták élénk mozgása, a toxikus váladékok megszaporodása stb. mind ok lehet. Véleményünk szerint nem az látszik elsőrendű fontosságúnak, hogy az átfúródás ép vagy beteg bélfalon egyformán megtörténhet-e, hanem, hogy féregfertőzés kapcsán ez a szövődmény mégsem oly ritkán jelentkezik, ami a súlyosan fertőzött vidékek betegeire nézve döntő jelentőségű, sebészi szempontból pedig különös figyelmet érdemel.

Rövid fél év alatt észlelt két esetünket a fentiek igazolására közöljük:

1. *G. O.* 11 éves leány. Hónapok óta hasi tünetek, émelygés, hányás, székrekedés, gyakori láz kíséretében. Orvosnak csak felvétel előtti napon mutatták, mikor már hasa »felpuffadt« és »félrebeszélt«. Igen leromlott, sápadt, már »peritonitises küllemmel«. Hasában mindenütt nyomási fájdalom, fokozottabban a vakbél tájon, erős hasfalfeszüléssel. Hasa felpuffadt. Motorikus nyugtalanság az arc és felső végtagokban. »Appendicitis perf.« kórismével műtét. A hasüregben sok híg, szagtalan vékonybél-tartalom, a belek között helyenként fibrines letapadás. A féregnyúlvány ép. A genitalis képletek szabadok. Kitörlés után kitűnik, hogy a csipőbél alsó szakasza mintegy 50 cm. h. darabon erősen gyulladásos, vaskos, nehéz tapintatú, a megfelelő bélfodorrész is vizenyős, a mirigyek erősen duzzadtak, gyulladásosak. Több helyen lencsényi s ennél nagyobb savóshártya alatti vérömleny. A gyulladásos terület alsó harmadában kb. 20. cm-re a vakbél felett egy gombostűfejnyi átfúródásos nyilás a bélfalon, melyből vékonybéltartalom szivárog. Elvarrjuk. Réteges, részleges hasfalvarrat. Typhusos átlyukadásra gondolunk, de a ty-vizsgálat negativ eredménnyel jár. A bélen leszorításos tüneteket nem észleltünk, üszkös vagy emboliás elhalása a bélfalnak nem volt megállapítható. Önemésztéses fekély kilukadása sem lehetett a nyilás mélyen ülő volta miatt. Fertőzéses fekélyek lehetőségét részint a műtéti lelet, részint az elvégzett vizsgálatok kizárták. (Dysenteria, tbc., lu.) A gyulladásos bélszakaszon kívül a belek többi részén, nem tekintve a kezdődő peritonitis okozta másodlagos elváltozásokra, az említett bélszakasz elváltozásai nem voltak megtalálhatók. E bélszakasz sötét szederjes színe, vaskossága, főleg a savóhártya alatti vérömlenyek révén, így a másodlagos gyulladásos elváltozásoktól élesen el volt különíthető. Műtét után a beteg lassan láztalanodik, hashajtásra kevés szék, mikor a T. felszökik 38.7-ig. Következő napon ismét csökken. Mivel 3 napig nincs széklet, letapadásuktól való félelmükben újabb erélyes hashajtás. T. ismét 38.5-ig emelkedik, a széklettel sok ascaris ürül. Hetedik napon féregűző kúra, utána többé nincs láz. A 14. napon a beteg házi kezelésbe távozik. (Anyját 2 hónap mulva »empyema cholsystae« kórismével megoperáljuk, narcosis utáni ébredésekor hányadékában tömeges ascaris található. Említi, hogy többi gyermekénél is észrevette a »gilisztát«, miután a leány hazabocsájtásakor erre felhívtuk figyelmét). Az arcizmokon és felsővégtagokon észlelt állandó nyugtalanság, céltalan mozgások stb. a féregűző kúra utáni 4. napon elmaradtak. Ezeket a leírások után ascaris fertőzésnél olykor észlelhető choreaszerű mozgásoknak kellett hogy tartsuk, melyre már több szerző felhívta a figyelmet.

2. *I. I.* 56 éves férfi. A felvétele előtti napon hirtelen erős alhasi fájdalom lepte meg, mely később némileg szűnt. Többször hányt; szelek nem távoztak. Évek óta időnként görcsös hasifájdalom, 2—3 napig tartó székrekedés, majd hasmenés. Orvosa »ileus« kórismével küldi be. Sápadt, leromlott, a vakbél és köldök tájon erős nyomási fájdalom. Hasa puffadt, helyenkint locsanás, alhasában erős izomfeszülés. Hány, fájdalma fokozódik. Ileus kórismével azonnali műtét. Kitűnik, hogy a csipőbél középső szakaszán a vékonybélkacsok között fibrines, gennyes letapadások vannak. Ezek szétválasztása után a csipőbél falán egy gombostűfejnyi átfúródásos nyilás látható. A féregnyúlvány ép. Leszorításos elváltozások a beleken nincsenek. A letapadások között egy kevés vékonybéltartalom. A csipőbél jó egyharmada e területen gyulladásos, vaskos, vizenyős. A bélfodri mirigyek duzzadtak. A gyulladásos terület felső szakaszán két, egyenként 10 fillérnyi savóshártya alatti vérömleny. A nyilást elvarrjuk. A gennyet, béltartalmat kitöröljük. Réteges, részleges hasfalvarrat. Hashajtás különféle kísérletek után

csak a 6. napon sikerül (konyhasós, glanduitrines infusiók). Székletében sok ascaris. Eddigi, főleg a két előbbi hashajtásra felugró lázai eltűnnek. A kúra után feltűnően javul, többé ürülési zavara nincs. Hassebének szétválása miatt a 25. napon hagyja el a kórházat.

Mindkét esetben a bélátfúródás ritka formájával állunk szemben. Hogy ebben az ascaris közvetlen szerepe mennyi, nem tudjuk. A nyílás körül, vagy a szabad hasüregben ascarist nem találtunk. A beleket át nem tapintottuk, az átfúródás e lehetőségére s így férgek jelenlétére nem gondolván. Ellenkező esetben minden bizonnyal jól kitapinthattuk volna a férgeket a bélfalon át, mint annyi más későbbi esetünkben ez meg is történt. (Féreg miatti ileus, vakbél műtéteink során, egy esetben sérvműtétkor.) Második esetünkben is a vizsgálatok, az átfúródás eredetére nézve semmi támpontot nem adtak. Csak később, a bélelváltozások mindkét esetben észlelt hasonlósága s egyéb egyező adatok a betegség műtét utáni lefolyásában, hívták fel figyelmünket a bélátfúródás és féregfertőzés közötti összefüggés lehetőségére.

Két esetünk, egyéb hasi műtéteink alkalmával talált leletek és más szerzők leírásai alapján észrevételeinket a következőkben foglalhattuk össze:

Elképzelhető, de nem valószínű, hogy az ascaris ép bélfalon is áthatol. Műtétek során, minden esetben, mikor a belekben a férgeket kitapinthattuk, a bélfal egyes szakaszain bizonyos elváltozások mindig meg voltak találhatók. Sőt több esetben ezek hívták fel figyelmünket féreg jelenlétére. Így kisebb-nagyobb vérömlenyek a savóhártya alatt, vaskos gyulladásos bélfal rövidebb-hosszabb bélszakaszon, máskor hüdéses, tágult bélkacsok, csak enyhe gyulladásos tünetekkel vagy csak bővebb izzadmány az érintett bélkacsok körül (*Schlössmann* szerint »izgalmi peritonitis«) minden esetben észleltettek. Szabad hasüregben férgeket nem találtunk. Két esetünkből messzire következtetni korai lenne, de bizonyos tünetek és elváltozások hasonlósága feltűnő. Így a régebb idő óta tartó ürülési zavarok, émelygés, hányás, hányinger, alhasi görcsök mindkét esetben megvoltak. Jellemző tehát általában a lassú kezdet, az általános állapot fokozatos romlása mellett. Többek által leírt ismétlődő, néha egészen heves végtag- és törzsfájdalmakkal eseteinkben nem találkoztunk. Jellemző a belek puffadtsága, a hasfal feszülése. Nem ritkán jól kitapinthatók a felfúvódott és időnként összehúzódásokat mutató bélkacsok, ittott 1—1 puha daganatszerű képlet körvonalaival és tapintásával (ascaris-gomolyok a bélben). A nyomási fájdalom általában a vakbél tájón a legerősebb. A belek és bélfodor, műtétkor látható jellemző elváltozásait már említettük, melyek közül a kisebb-nagyobb savóshártya alatti vérömlenyeket, csak egy bizonyos bélszakaszra terjedő bélfalgyulladást s ennek megfelelő bélfodri rész mirigyeinek erős duzzanatát, gyulladását kell kiemelnünk. A bélfal gyakran tésztatapintatú.

Feltűnő az utókezelés idején a széklet nehéz megindítása, a hashajtási kísérletek alkalmával felszökő láz, mely csak a féregűző kúra után szűnik meg, úgyszintén ezután kezd az általános állapot s közérzet javulása is feltűnő lenni. Ürülési zavarok kúra után nem jelentkeznek. Eseteinkben a betegek a műtéti megterhelést, leromlott állapotuk ellenére, jól bírták s az egész folyamat lezajlása jóindulatúnak volt mondható. Mindenesetre a vékonybéltartalom egyik alkalommal sem »öntötte el hirtelen az egész hasüreget«, hanem a gombostűfejnyi vagy ennél is kisebb nyíláson át, lassan szivárogva, a már előbb is gyulladásos belek gyors összetapadása által, körülírt területre ömlött. Nem ritka azonban a leírások szerint a gyors halállal végződő súlyos általános hashártyagyulladás sem.

Az esetek elkerülése vagy legalább is csökkentése természetesen a fertőzés lehetőségének megelőzésében rejlik. E vidék socialis, egészségügyi, talajviszonyait stb. ismerve, ez azonban nem máról holnapra megoldható probléma. Addig is a megfelelő helyek kórházi osztályainak felkészültsége sokat pótolhat. A féregvizsgálat és ellenőrzés bevezetése különösen műtétes osztályokon lehet nagyjelentőségű és hálás. Sok diagnostikai tévedés (typhlitis verminosa, féregkolikák összetévesztése appendicitissel stb.) műtéti meglepetés, (choledochusban, béltractusban lévő férgek, melyek csak azok megnyitása után észleltetnek) s műtéti szövődményektől (a székletmegindítás nehézségei, lázas állapot, varrat utáni insuffitientiák, az ascaris ugyanis a varratok között is kibújhat a szabad hasüregbe, mint azt többen leírták) óv meg bennünket.

Japánban, ahol a féregfertőzés igen gyakori, nemcsak nagyobb hasi műtétek előtt végeznek féregűző kúrát kivétel nélkül minden betegen, hanem utána többször gyomormosást is, hogy különösen altatás után a gyomorba kerülő férgeket eltávolítsák. Hasiműtétek kórismézésekor gondoljunk mindig féregfertőzés lehetőségére. Fertőzött vagy arra gyanús betegen a műtéti ellátásnak még tökéletesebbnek kell lennie (a varratok pontos végzése, a hasüreg vigyázatos és teljes kitörlése, különös tekintettel, az esetleg kiszabadult féregre stb.). Szigorú székletellenőrzés és egyelőre legalább a kórházi betegeken a féregűző kúrák pontos végrehajtása.

A budapesti Tudományegyetem orr-, gége- és fülklinikájának (igazgató: Lénárt Zoltán ny. r. tanár) közleménye.

Szokatlanul nagykiterjedésü füleredetü süllyedéses tályog.

Írta: *Ajkay Zoltán dr.* egyet. tanársegéd.

A füleredetű süllyedéses tályog rendszerint gennyes mastoiditis kapcsán jelentkezik, de néha dobüregi gennyedés csecsnyúlványgyulladás nélkül is okozhat süllyedéses tályogot. Így a dobüreg alsó öblével összeköttetésben álló peribulbaris sejtek gennyedése nemcsak thrombophlebitist és periphlebitist, hanem bulbus körüli süllyedéses tályogot is okozhat, vagy a dobüreg alsó öblének megbetegedésével egyidejűleg a Eustach-kürt körüli cellák is beolvadhatnak, amikor e peritubaris gennyedés következtében keletkezik a süllyedéses tályog. Ez általában úgy keletkezik, hogy a genny nem a csecsnyulvány külső kérgét, hanem a jóval vékonyabb belső corticalist áttörve bejut a proc. mastoideus csúcsán tapadó izmok közé. Innen részben a nehézkedésnek megfelelően, részben a nyomásfokozódás következtében az izomrések vagy a nagyerek körüli szöveti réseken át egyre lejjebb kerül, amit elősegít az izmok összehúzódása is. Végül is a csecsnyúlványtól messze, a legváltozatosabb helyen és alakban kerül-

nek észlelés alá. A nyaki pólyák (fascia colli superficialis profunda, praevertebralis) csekélyebb szerepet játszanak e tályogok süllyedési mechanismusában, mivel vékony kötőszöveti lemezek lévén, nem képeznek határfalat, hanem legtöbbször résztvesznek a phlegmoneban *(Krepuska)*. *Bezold* hullán végzett kísérletei azt mutatták, hogy a csecsnyúlvány környékén a lágyrészekbe befecskendezett színes anyag nem a bőnyék, hanem az izmok mentén helyezkedett el.

A süllyedéses tályogok között gyakoriság szempontjából első helyen áll az ú. n. *Bezold-tályog* (absc. dissec. colli). Itt az áttörés a belső lemezen a csúcshoz közel történik, a gennygyülem a fejbiccentő izom mögött helyezkedik el és a nyak középső harmadán túl nem igen süllyed. A tünetek a csecsnyúlvány körüli lágyrészek és a nyak lobos duzzanatából állanak. Az orvoslás mastoidektómiából, a lágyrészek bő feltárásából és szádlásából áll. Megemlítendő, hogy a Bezold-f. tályog csak felnőtteken és idősebb gyermekeken fordul elő, mivel a csúcssejtek csak az első év után fejlődnek ki. Egy éves korig rendszerint mirigybeszűrődés utánozhatja a kórképet. A fejbiccentő izom alatt elhelyezkedő tályogok esetében a Bezold-tályog mellett ritkán bár, de előfordul az ú. n. *nyelvcsontkörüli tályog* vagy az *állcsontalatti tályog*. Ez úgy keletkezik, hogy az áttörés az incisura mastoidea vékony lemezén történik és a genny a biventer hátsó hasa, vagy a m. stylohyoideus mentén a nyelvcsontig süllyed és az állcsont alatt elhelyezkedő gennygyülem a submandibularis mirigy gyulladását, ill. elgennyedését utánozhatja. Még ritkábban észlelhető kórkép a *nyakszirtcsont alatti tályog*. Ez úgy jön létre, hogy a perisinuosus tályog kórokozó csírái a Santorin-réseken kilépő vivőerek mentén jutnak a suboccipitalis tájékra és a gennygyülem a nyakszirtcsont pikkelyének külső szélén tapadó izmok (m. splenius capitis et colli, m. trapesius) alatt, a külső egyenes rövid fejizmok, továbbá a m. rectus capitis maior és a kis egyenes fejizmok között helyezkedik el. A tünetek a trigonum suboccipitale fájdalmas duzzanatában jelentkeznek, de főleg a sinusphlebitis tünetei állanak előtérben (rázóhideg, fájdalom a vena jugularis mentén, fejrögzítettség). A therapia a sinusmegbetegedés művi ellátása mellett a tályog feltárásában és szádlásában áll. Az *abscessus perijugularis* akkor keletkezik, ha a perisinuosus tályog leválasztja a sinus falát a csontról és a genny a csont és a sinus fala között egészen a bulbusig, vagy a vena jugularis mentén a nyakra süllyed. Tünetei: retromaxillaris tályogot utánzó duzzanat, mely a nyak felső részéig terjed. A sinusthrombosistól, a bulbus, vagy a vena jugularis thrombosisától megkülönbözteti a vivőeres rendszer lobjára jellemző lázmenet. A gyógyítás a sinus és a tályog feltárásából és az utóbbi szádlásából áll. Az *absc. praevertebralis* a labyrinth körüli sejtek megbetegedésével kapcsolatban támadhat és garatmögötti tályog képét utánozhatja. Az *absc. prevertebralis* a suboccipitalis vagy a praevertebralis tályogok tovaterjedésekor keletkezik. A tályog a két első nyakcsigolya teste körül helyezkedik el. Elkülönítendő a felső nyaki csigolyák szuvasodásától (l. rtg. felvételt!), mert míg a füleredetű tályognál a műtéti beavatkozás el nem kerülhető, addig spondylitis esetén a conservativ kezelésnek jut fontos szerep. Az *absc. retropharyngealis* keletkezése kétféle: 1. lehet, hogy a Bezold-féle tályog, az absc. suboccipitalis, a praevertebralis vagy a peribulbaris tályog a musc. stylohyoideus, styloglossus, stylopharyngeus mentén terjed a garatba; 2. a fülkürt csatornája mentén fertőződik a garat oldalsó vagy hátsó fala. A tünetek hasonlóak, mint a mandulakörüli tályog esetében: a hang dünnyögő, a beszéd, a nyelés fájdalmas; a garat oldalsó vagy hátsó fala duzzadt, az uvula vizenyős. A gyógyítás a fülműtéten kívül a tályog megnyitásából áll.

Néha előfordul, hogy a vivőerek thrombophlebitise miatt és a bő anastomosisok útján az ellenkező oldalon jelentkezik a süllyedéses tályog *(absc. dissecans contralateralis)*, legtöbbször a suboccipitalis tájékon. Ilyenkor a fertőzés útja: sin. sigm., sin. transv., torcular H., sin. circ. foram. magni, ellenoldali v. condyloidea és az ellenoldali nyaki venák thrombosisa. A folyamat rejtett fekvésénél fogva a kórisme nehéz; a kórjóslat általában rossz.

Klinikánkon legutóbb mucosus mastoiditisből kifejlődött többszörös süllyedéses tályogot gyógyítottunk meg, mely ritka nagy kiterjedésénél fogva érdemes a közlésre. V. B. 75 éves férfibetegen 1940 augusztus 11-én heveny mastoditis miatt antrotomiát végeztünk (Tamási). A csontállomány mindenütt fel volt puhulva; a sinust szabaddá téve kiderült, hogy fali thrombus van benne, ami miatt a sinust a szokásos módon kiiktattuk. A beteg szeptember 7-én javultan hagyta el a klinikát, retroauricularis sipoly minimalis váladékképződéssel, de még hosszú ideig bejárt utókezelésre. Ez idő alatt állapota rosszabbodott, a gennyedés erősbödött, nyaka j. o. megduzadt és érzékennyé vált. 1940 december 1-én újra felvettük. Állapota következő volt: Balfüle ép; a jobb hallójárat száraz, a dobhártya ép. A kagyló mögött j. o. ívalakú műtéti heg, közepén kb. lencsényi sipoly vezet az antrumba. A j. o. sternocleidom. tájéka duzzadt, érzékeny és e tájék nyomására bőségesen ürül a genny a fistulán. A genny vizsgálata streptococcus mucosust derített ki. A reoperatiónál a sarjak eltávolítása után perisinuosus és peribulbaris tályogra bukkanunk. A lefolyás biztosítására a sternocleidom. mellső széle mentén kb. 10 cm hosszú ellennyílást készítünk; itt a mélyben közel a gerincoszlophoz újabb, kb. kisdiónyi tályogot találunk, amely a peribulbaris tályoggal közlekedik. A bőséges feltárás és megfelelő szádlás ellenére a gennyedés ezután sem csökkent. Lipijodoltöltés segítségével röntgenernyő alatt megállapítható volt, hogy a genny most már a kulcscsont mögé süllyedt, ezért 1941 január 29-én aetheres altatásban újabb műtét: a legutóbb feltárt tályog helyéről hosszú vájt sondát vezetünk a kulcscsontig és e járatot felhasítjuk; ekkor kiderül, hogy a süllyedés a pleura kupola szintjéig terjed. A tályog feltárása és ellátása után az occiput tájékára gyakorolt nyomásra még ezután is sok genny ürül, ezért sondával kutatunk tovább és egy járatra bukkanunk, mely a koponyaalaphoz vezet. Itt elérve az atlas proc. transversusát, azt egész terjedelmében osteomyelitikusnak találjuk, resekáljuk, mire mögüle újabb tályog nyílik meg, melyet jodoform gazzel kitömünk. A süllyedés még ezután sem áll meg, hanem pár nap mulva eléri a spina scapulae szintjét. Újabb feltárás és szádlás után a gennyedés egyre jobban csökken, majd megszűnik és a beteg 1941 március 9-én egészségesen hagyja el a klinikát.

Összegezve az elmondottakat: a streptococcus mucosus okozta mastoiditis szövődményeképpen elő-

ször perisinuosus, majd peribulbaris tályog keletkezett. Innen a genny a fejbiccentő izom alatt, a nagyerek körüli szövetrések mentén, közel a gerincoszlophoz süllyedt lefelé és újabb tályogot képezett, mely a peribulbaris tályoggal járat útján összeköttetésben állt. A folyamat itt sem állt meg, hanem a genny a scalenusok és a m. trapezius mentén a kulcscsont mögé, a pleura kupolájának magasságáig süllyedt és az ú. n. trigonum colli laterale és inferiusban helyezkedett el. Ezzel egyidejűleg a már ismertetett mechanismus szerint suboccipitalis, majd perivertebralis tályog fejlődött ki, mely utóbbi ráterjedve az atlas proc. transversusára, abban osteomyelitikus elváltozást okozott. A genny terjedése végül is a rhomboideusok és a m. levator scapulae mentén a spina scapulae magasságában ért véget.

Az eset több szempontból érdemel figyelmet. Az a körülmény, hogy az egész kórlefolyás ilyen vontatott volt — kb. hét hónapig tartott — és rossz gyógyulási hajlamot mutatott, jellemző a streptococcus mucosus okozta fertőzésekre. Feltűnő, hogy annak ellenére, hogy a megbetegedett részek bőséges feltárása, kitakarítása és a genny levezetése megfelelően és mindig idejekorán történt, a továterjedés ilyen nagy mérvet öltött, annak gátat vetni csak igen nehezen lehetett és a genny többször egészen szokatlan helyeken jelent meg (clavicula mögött, spina scapulae magasságában). Mind e jelenségek a fertőzés súlyosságán kívül a beteg élemedett korával járó csökkent ellenállóképességgel magyarázhatók. Ritka és érdekes észlelés a süllyedéses tályog okozta csigolyamegbetegedés, mely ugyancsak a streptococcus mucosus fertőzés súlyosságára vezethető vissza.

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET.

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

A csontok és csontcysták jóindulatú óriás-sejt daganatairól. *Schumann* és *Finsterbusch.* (Arch. f. klin. Chir. 202. 1—2.) Szerzők a hosszú csövescsontok és gerincoszlop jóindulatú óriás-sejt daganatainak hosszú éveken keresztüli megfigyeléseikről számolnak be. Egyetlenegy esetben sem észleltek ilyenfajta daganatoknál áttételt, vagy sarkomás elfajulást. A panaszok legtöbbnyire rheumatikus jellegűek voltak. Gyakran spontán fractura miatt kerültek a betegek orvosi kezelésbe. A kórjelzést illetőleg nagyon fontos kiadós próba kimetszést végezni. Röntgenologiailag nehéz elkülöníteni a pajzsmirigy-rák tömlős áttételét, a hypernephromát, osteosarcomát, a tömlőképződéssel járó csontgümőkor, a benignus óriás-sejt dananatoktól. Tekintettel arra, hogy állandó nyomorékságot előidéző spontán fractura bármikor fenyegeti a beteget, csakis műtéti kezelés ajánlatos, amely azonban mindig csak a daganatos rész alapos kikaparása, nem pedig csonkító műtét lehet. Átültetett csontdarabok nem akadályozzák meg a recidivát, hanem minden esetben nyom nélkül felszívódnak. Olyan esetekben, mikor a csontállomány szinte teljesen elpusztult már, érdemes resectiót is végezni. (G. 19.) *Marx József dr.*

A bennrekedt tüdőlövések késői következményei. *Fr. Gross.* (Arch. f. klin. Chir. 202. 1—2.) Azok a bennrekedt tüdőlövések, amelyek hosszú ideig tünetmentesek is, okozhatnak később szövődményeket. Négy, a mult háborúból eredő tüdőlövés késői szövődményei alapján arra a következtetésre jut, hogy a szövődmény vérzés, tüdőtályog vagy tüdőgangraena lehet. (G. 15.)

Ránky László dr.

TÁBORI EGÉSZSÉGÜGY ÉS HADISEBÉSZET

Rovatvezető: *Sereghy Emil.*

Hadisebészeti tapasztalatok. *Orth.* (D. Militärarzt. 1941. 8.) A mult világháborúban tartalékkórházban kezelt 2000 friss sebesülés alapján mondja el tapasztalatait. A legtöbb legsúlyosabb shock aknasérülés következtében lépett fel. A francia hadszíntéren sok, halálos kimenetelű tetanusfertőzés fordult elő; az antitoxin adagolása kedvezően befolyásolta a megbetegedést. A gázüszök serum hatása kevésbbé megbízható. A vegyi sebkezelést nagyjában úgy végezték, mint jelenleg, ma azonban a hangsúly a sebkimetszésen van. Bár igen fontos az összes roncsolt lágyrészek eltávolítása, a túlgyökeres kimetszés káros. Elsődleges sebvarratot nem szabad alkalmazni. Aneurysma műtétet jobb az anyaországban elvégezni. Lövedék eltávolítását nem szbad erőszakolni, ha zavart nem okoz. A térdizületi műtétek gyakran rossz eredménnyel gyógyulnak. (S. 12.)

nemes Balta Béla dr.

Gyakorlati tapasztalatok a fájdalomcsillapítás körül a tábori kórház és a főkötözőhely hadi sebészetében. *Holle.* (D. Militärarzt 1942/2.) Tábori viszonyok között, a mozgó háború minden helyzetében, s a sérülési formák mindenféleségében a sebesült fájdalma ellen küzdeni s őt a fájdalom okozta lelki traumától megkímélni, minden orvos legfőbb kötelessége s egyben a legfelsőbb törvény is. A jelen háborúban is a fájdalom elleni küzdelemben a fősúly az általános narcosisra esik, alkalmazásának kívánalma, hogy a bódítás egyszerű s veszélytelen legyen s mélysége gyorsan s izgalmi szak nélkül álljon be. E cél elérésére a szerző a scopolamin-eukodal-ephetonin (SEE) intravenás alkalmazását tartja a legmegfelelőbbnek. Az SEE-t »Merck« kétféle erősségben I. erősség (scopolamin hydrobrom. 0.0005, eukodal o. ol, ephetonin 0.025), II. erősség (scopolamin 0.001, eukodal 0.02, ephetonin 0.05) hozza forgalomba. Intravenásan a II. erősségből 1½—3 perc alatt 0.6—0.9 cmm-t ad, mindaddig, míg a beteg fáradságról nem panaszkodik, feje kivörösödik, pupillák kitágulnak. Előnye a kitűnő fájdalomcsillapító hatása mellett,

Dr. Deér Endre serobakteriologiai laboratoriuma

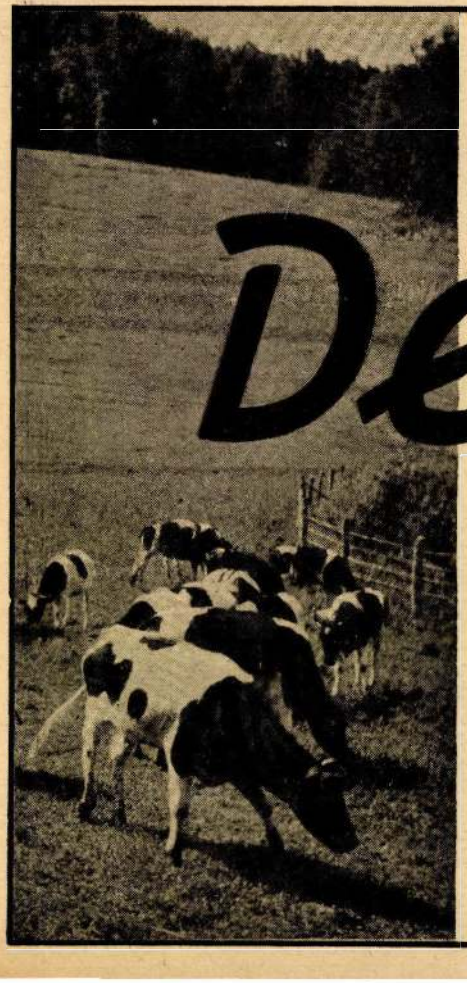
BUDAPEST, IX., RÁDAY-UTCA 18. TELEFON 186-006

Scarlantin
Diphtantin
Védőoltóanyagok sec. Dr. Deér

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

Sanguityp Vércsoporthatározó

Lábadozóknak
Kimerülteknek
NERVITONICUM Dr. Deér
ROBORANS TONICUM



Decholin

a máj epeképző és epeelválasztást fokozó elvén épül fel. Nem synthetikus anyag, hanem marhaepéből nyert physiologiai gyógyszer.

Üvegcsőben 20 darab 0.25 g-os tabletta.
Dobozban 3 darab 10 kcm-es ampulla 20%-os oldattal.

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

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

J. D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

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.

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.

CERTA Injectiós cukor-therápiánál fokozott a B₁-vitamin-szükséglet. Ezt fedezi a BÉHEXOS B₁-VITAMIN + INVERTCUKOR
„CERTA" Gyógyszerészeti Laboratórium R. T., Budapest.

hogy a központi idegrendszer működését izgalmi szak és hányás nélkül egészen az elalvásig tompítja. Bázisnarcoticumként is jól alkalmazható, ha az alvás mélysége nem volna kielégítő. 30—80 cmm aether nyujtása válhat szükségessé. (Például mély hasüri műtéteknél.) A sérült a tiszta SEE narcosisból mindenkor könnyen felébreszthető s tekintve, hogy a légzést nem befolyásolja, a 2—5 óráig tartó utóalváshoz nem kell ellenőrzés. Alkalmazása tüdő- és koponyalövési sérüléseknél kontra indokált.

Chloraethylt rövid bódításokra s mint bevezető narcoticumot alkalmaz aethernarcosis előtt, míg chloroformot kizárólag a nagyfokú izgalmi szak leküzdésére ad. Novocaint általánosságban mozgó háborúban nem alkalmaz, előkészítési nehézsége s a kellő asepsis hiánya miatt, lumbálisan és spinálisan alkalmazni szigorúan tilos. Koponya-, nyak-, mellkaslövési sérüléseknél, vagy a súlyos shock állapot az alkalmazásának területe. Az evipan alkalmazását sem tartja célszerűnek elülső egészségügyi ellátásnál, csak a hátrább lévő egészségügyi intézeteknél, adagolásának kellemetlensége, a gyakran jelentkező izgalmi szak s a klonikus rángatódzás, ami a műtét abbahagyására is vezethet. (S. 16.) *Somogyi Béla dr.*

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

Van-e gyakorlati értéke az A_1 és A_2 vércsoport megkülönböztetésének a vérátömlesztés szempontjából? *Messerschmidt.* (D. M. W. 35. 1941.) Egy sebesült katona kórtörténetét közli, aki vérvesztesége miatt kétízben kapott vérátömlesztést. Elsőízben 200 ccm-t, mely után erős hidegrázása, izzadása, rossz közérzete lett. Másodízben 300 ccm-t, mely után semmi kellemetlen tünetet nem észlelt. A vértadó vércsoportja A_1, faktor MN volt. Az első adóé: A_2, faktor M. Serumagglutinatio A_1-el szemben 1:4++. A második adóé: A_2, faktor N. Az A_1 és A_2 alcsoportok megkülönböztetésének tehát van gyakorlati jelentősége is. (K. 20.)

Cziglány Flóris dr.

Gyermekkorban bekövetkezett váratlan és hirtelen halálesetek klinikumáról. *Fraenckle.* (Arch. Kh. 123. 2., 3.) A kieli gyermekklinikán 9 év alatt váratlanul bekövetkezett 350 haláleset klinikumát tárgyalja. A 350 eset közül 97 újszülött, 179 csecsemő, 74 kis-, illetve iskolásgyermek. Koraszülöttek nem tartoznak ezen dolgozat keretébe. Újszülötteknél a váratlan halálok legtöbb esetben szülési trauma, szívfejlődési rendellenesség, továbbá a légzőszervek megbetegedése volt. Csecsemőknél légutak megbetegedése és acut táplálkozási zavarok vezettek hirtelen halálhoz, míg kis- és iskolás gyermekeknél a fertőzőbetegségek, valamint légutak betegsége okozta a hirtelen halált. A 350 közül 34-et nem diagnostisáltak helyesen; ezen esetek agy, továbbá toxikus és septikus megbetegedések, légutak és gyomor-béltractus megbetegedései voltak. Nyolc esetben a halál okát a sectio sem derítette ki. (K. 27.) *Timcsák Alice dr.*

ORR-, TOROK-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

A tonsillitis chronica és tonsillitis phlegmonosa kezeléséről, továbbá a vérképre gyakorolt hatásukról. *Amersbach—Greven.* (Der Hals-, Nasen u. Ohrenarzt 32. 4—5. 1942.) A torokmandulák chronicus gyulladásainál a peritonsillaris szövetet is vizsgálat alá kell vetni. Nemcsak az infiltratio és tályog után képződött szívós hegekre, de a finomabb összenövésekre is ügyeljünk, ami a tonsilla passiv mozgáskorlátozottságában jut kifejezésre. A vérkép változása chronicus mandulagyulladásban csak kisfokú szokott lenni; phlegmonénál azonban erős balratolódás, toxicus alakok és lymphopenia jelentkeznek. Kedvező kórjóslatú eseteknél és gyógyulásnál eosinophylia és monocytosis mutatkozik, ami a hőmérséklet csökkenését egy-két nappal rendszerint megelőzheti. Szerzők haematologiai vizsgálataik alapján az abscess tonsillektomiát legkorábban a 6. napon végzik el, amikor a szervezet immunitása a legnagyobb. Fenyegető sepsisnél transfusiót ajánlanak. (A. 18.)

Farkashidy József dr.

Gócfertőzésnél fellépő angioneuroticus egyensúlyzavarok. *J. Koch.* (Der Hals-, Nasen u. Ohrenarzt 32. 4—5. 1942.) A labyrinthus- és az agyvelő gyulladásain, daganatain, lueticus vagy arterioscleroticus elváltozásain kívül a vegetatív idegrendszer megbetegedése is egyensúlyzavart okoz, ha az az art. audit. int., vagy a nyultvelő érterületét éri. Az angioneuroticus eredetű vestibularis tünetek legtöbbször centralisak (Deiters-magvak). Ilyenkor nincs hallászavar és fülzúgás, ha nem subjectiv szédülés és vegetativ disfunctio jelentkeznek. Különösen jellemző a vestibularis tünetek labilitása. E kórképet (Meniére) az edényizomzatra ható mérgek (nicotin, alkohol, coffein, histamin), táplálkozási allergia és gócfertőzés okozhatja. Fertőző góc lehet foggyökérgranuloma, melléküreggyulladás, orr polypus és chronicus tonsillitis. Gócfertőzés gyanúja esetén nemcsak egyetlen góc után kell kutatni, hanem minden elérhető gócot el kell távolítani. (A. 19.)

Farkashidy József dr.

Az íróhoz hasonló fehérjedús és zsírszegény, szénhydrátokkal kiegészített, hasmenést gátló gyógytápszer a Krompecher-gyár által forgalombahozott, Prof. Hainiss előírása szerint készített *Maltiron.* Nagy előnye a Maltironnak állandó összetétele, megbízható csiraszegénysége és tápanyagainak jó kihasználhatósága. A Maltiron-gyógytáplálék könnyű elkészítési módja lehetővé teszi intézeten kívüli praxisban író helyett való alkalmazását, hasmenések kezelésénél. A gyár előírása szerint a Maltironból készített gyógytáplálék kalóriaértéke az anyatejével egyező, azaz decinként kb. 70 kal. Alkalmazása azon elveknek és feltételeknek megfelelően történik, mint egyéb hasmenést csökkentő gyógytáplálékoké.

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

A Kolozsvári Egyetem Orvosi Karának június 3-i ülése.

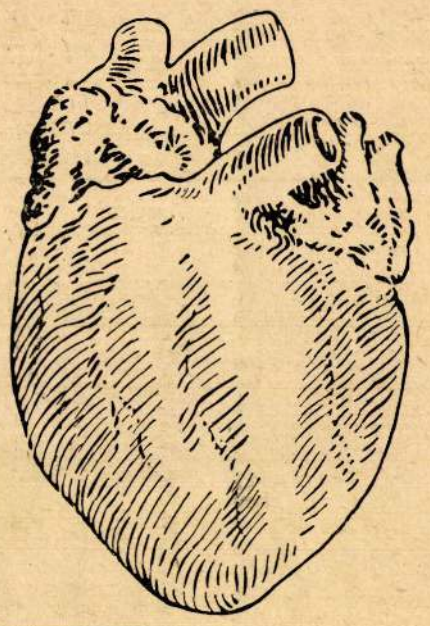
Miskolczy Dezső üdvözli a minisztert és az egyetem képviseletében megjelent *Szentpétery Zsigmond* rektort, valamint a kar meghívott előadóját, *Petle H.* hamburgi tanárt. 1936-ban kapott megbízást arra, hogy klinikáján idegsebészeti osztályt létesítsen, minek személyi és anyagi feltételei vannak. Az idegsebésznek alapos agyélettani és kórtani ismeretek birtokában kell speciális sebészi tudást is szereznie. A klinika főorvosa, kedves munkatársa, *Környey István* rk. tanár szerencsésen egyesíti magában e személyi feltételeket. Megköszöni a kar támogatását, különösen *Vidakovics* és *Klimkó* tanártársainak tartozik hálával.

Pette Heinrich: *Die Bedeutung der Neurochirurgie für die Neurologie.* Áttekintést ad az idegsebészet fejlődéséről. Főpéldának az agydaganatokat használja, amelyek problémáját az utolsó 20 év idegsebészeti megismerései mélyítették ki. Az agydaganat az idegsebésznek nem egyetlen, bár legfőbb tevékenységi területe; feladatai még a központi idegrendszer traumás betegségeinek gyógyítása és a környéki és vegetativ idegrendszer sebészete is. Mai elméleti és gyakorlati ismereteinkre s a követelményekre való tekintettel az idegsebészetnek feltétlen jogot kell adni arra, hogy mint önálló munkaterület elismerést nyerjen. Mint idegorvos, aki Németországban az idegsebészet különböző fejlődési fokozatait átélte, párhuzamot von a korábbi és mai gyógyítási eredmények között és ismerteti a fejlődés irányát: a műtéti technika fejlődését, egy anatomiailag és kórélettanilag megalapozott műtéti indicatiós tan kiépítését és annak felismerését, hogy a koponyaüri folyamatokban rendszerint megbomlott vegetativ szabályozásnak különös figyelmet kell szentelnünk. Igen fontos a korai felismerés. Minden agydaganatnak megvan a saját élettörténete. Fontos a kórfolyamat és életphasis között fennálló összefüggés ismerete. Arra kérdésre, hogy az idegsebész a sebészettől vagy az ideggyógyászattól induljon-e el, egységesen felelni nem lehet; *Cushing* és *Foerster* példái mutatják, hogy mindkét út járható. Üdvözli az egyetemet abból az alkalomból, hogy ez új intézménnyel gyarapodott.

Környey István: *Az idegsebészet néhány időszerű kérdéséről.* A szegedi idegklinikának Szegeden, illetve Kolozsvárt előadó által operált anyagából eseteket mutat be, amelyek bizonyítják, hogy a diagnosztikai és operativ működés egyesítése milyen fontos és az agy- és gereincvelőműtétek közben is mily sokszor van szükség neurologiai meggondolásokra. Két első esete mutatott még az orvosi köztudatban sem eléggé ismert kórképeket. 1. *Friss subduralis haematoma.* Trauma lényeges külső sérülés és csonttörés nélkül. Öntudatzavar, hemiparesis, kezdődő szemfenéki pangás. A 48 órával a balesetet követő idegorvosi vizsgálat után azonnal műtét. Lelet: j. o. subduralis vérzés. Kezelés: subtemporalis decompressio a vérömleny csupán közvetlen elérhető részének kitisztításával. 2 évvel a műtét után tünet- és panaszmentes. 2. *A csigolyaközi korong sérvképződése és a sárgaszalag túltengése.* (l. O. H. 1941.) 3. *Ékcsontszárnyi meningeoma.* 19 éves leány műtéte alkalmával cysta kiürítése a j. halánték-lebeny elülső részében; a cysta falában daganat nem volt, Penfield-féle myoplasticus decompressio. 2 évvel később a cysta újabb feltárása alkalmával 25 grammos meningeoma eltávolítása. A cysta a második műtét alkalmával 170 cm³ folyadékot tartalmazott. 5 hónappal a műtét után enyhe b. o. hemiparesistől eltekintve, panasz- és tünetmentes. 4. *Traumás eredetű agytályog* a b. halántéklebeny hátsó részén. Nem lehetett a Vincent-féle kezelési elvet alkalmazni, hanem a teljes eltokolódás előtt kellett beavatkozni. Műtét után 1 évvel a sensoros aphasia némi maradványaitól eltekintve, panasz- és tünetmentes. 5. *Nyaki gerincvelői neurinoma.* (l. O. H. 1940.) 6. *Az öreglik tájának és a nyaki gerincvelőnek arachnitise.* Magas nyaki gerincvelői tünetcsoport hátsó koponyagödri és agynyomásos tünetek nélkül. Laminektomiánál arachnitis a nyaki gerincvelő felett, amely az epistropheus magasságában igen súlyos. A gerincvelőtől dorsalisan egy lapos képlet tűnik elő, amely a hátsó atlasiv, majd a nyakszirtpikkely egy részének eltávolítását teszi szükségessé. A feltárás után kiderül, hogy ez a képlet a kisagyi tonsilláknak felel meg, amelyeket arachnoidealis összenövések rögzítettek a két felső nyakcsigolya magasságában. Az összenövések szétválasztása után a tonsillák 2—3 cm-t húzódtak vissza.

Az előadások elhangzása után a miniszter képviselője az osztályt jókívánságai kíséretében átadja rendeltetésének.

NEOTROPARIN-CHINOIN
(NOVATROPIN + PERPARIN)
erőteljes hatású görcsoldószer
Tabletta, 20 drb
Ampulla, 6 drb



Intravenás Strophanthin-kezeléshez:

Kombetin

(= Strophanthin Boehringer)

a szivizom heveny elégtelenségében,
a szivelégtelenség végső szakában

Intramuscularis Strophanthin-kezeléshez:

Myokombin

= Strophanthin Boehringer + „Novocain" [Bayer])
azokban az esetekben, amikor az intravenás befecskendezés akadályokba ütközik.

Közkórházak részére szabadon, betegpénztárak részére mindkét szer föorvosi engedéllyel rendelhető.

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

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

DQH
Dialgin caps. és kúp: megbizható antipyreticum és antirheumaticum · 10 caps ára: P 2.– · 5 kúp ára P 2·50
Expectin sol: expectorans, köhögésnél rekedtségnél, ipecacuanha helyett · 1üveg 10gr. ára P. 2·20.
Frombogen inj.: varix és haemorrhoidalis csomók kezeléséhez · 3 amp. á 3 ccm. ára: P. 2·10.
Dia[illegible] Straub S[illegible] Budapest

DORMOVIT*
alvási zavaroknál
20—30 percen belül elaltat,
6—8 órás alvást biztosit,
friss ébredés mellett.
*) Furfurylisopropylbarbitursav
DIWAG
CHEMISCHE FABRIKEN A.G., BERLIN-WAIDMANNSLUST
Magyarországi képviselet: Muzeum Gyógyszertár, Budapest, IV. Kossuth Lajos-u. 20

MALTIRON
Prof. Hainiss előírása szerint készített, az íróhoz hasonló fehérjedús, zsírszegény, szénhydrátokkal kiegészített gyógytápszer
Hasmenéses csecsemők részére
Javallva: Dyspepsia, dysenteria, entero-colitisek és exsudativ diathesis bélmanifestatiói eseteiben.
Alkalmazása: a hasmenést csökkentő gyógytáplálékoknál szokásos irányelvek szerint.
Szabadon rendelhető: Közgyógyszerellátás terhére
Krompecher tápszer- és gyógyszeripari kft. Budapest, V., Nádor-utca 15. szám.

MEYNERT THEODOR
1833—1892.

A nagy Meynert Theodort halálának 50 éves fordulója alkalmából a német orvosok kegyelettel ünnepelték. Az ő neve egyet jelent az agypathológia és psychiatria fejlődésének egy fontos állomásával.

Nem kétséges, hogy azon nagy gondolkozók között, akik az agyvelő finomabb szerkezetét az agyvelő működésével összefüggésbe hozták és erre elméleti magyarázatot kerestek, egyik legkiemelkedőbb személyiség volt. Őt az agyvelőnek morphológiai felépítettségében mindig az észszerűségen és szerves fejlődésen alapuló monumentalis egész, a nagy synthesis érdekelte. A bölcseleti és rationalis lélektani nézeteknek tekintetbe vétele nem szolgált hátrányára, sőt az általános érvényű értékek világából átvette azt a nagy készséget, amely őt a kutatás tényeiből levont törvényszerűségek formulázására különösen képesítette. A természettudományi causalitas időszakában érthető, hogy Meynert kutatási irányát éppúgy, mint az Exner-, Wernicke-, Ziehen-ét az agyphysiológiai doctrinák szabták meg. Meynert állította, hogy a ducsejtek alaktani egységének a legmagasabb functiónak lélektani egysége felel meg. A kórlélektan akkor az empirismus talaján előállott associatiós lélektan alapjaira helyezkedett. Az ő dynamikus kölcsönösség tana a kéreg és agytörzs között termékenyítőleg hatott. A Meynert-féle projectiós elmélet és agyschema heuristikus értékkel bírt, főleg az aphasia és apraxia kialakulására. Meynert motoros és sensoros asymboliát különböztetett meg. Az insulát a beszéd központi structuráihoz sorozta. Az egész testfelület és az elsődleges idegrendszeri központok, továbbá a nagyagyi kéregfelület között exact projectiós viszonosságot keresett és a központi szervet a környék vetülete gyanánt tekintette.

Ő állította az agyanatomusok közül először, hogy a magasabb szellemi műveletek a homloklebeny kérgének épségéhez vannak kötve. Az érzelmek ellentétét centralphysiológiája érspasmusból és dilatatióból, illetve a gátlás és féktelenedésből magyarázza. Az automatismusokat és a kifejező motoricát Meynert a törzsducoknak structuráihoz kötötte. Az agytörzs megbetegedéseivel először hozott vonatkozásba lelki tüneteket a mozgászavarok mellett. Ha a test-lélek probléma megoldásához nem is jutottunk lényegileg közelebb, az encephalitis epidemicán kívül a fejsérülések, agytumorok tünettana és más klinikai observatiók, újabb kísérleti adatok és operativ exstirpatiók igazolták, hogy az agykórtani és neurológiai munkamódnak tiszteletreméltó helyet kell biztosítani a psychiatriai kutatásban.

Az epilepsiában az ammon-szarv atrophiáját és sclerosisát már 1868-ban nagyobb anyagon tette vizsgálat tárgyává, de annak oki jelentőségét nem látta igazoltnak. Wernicke az ú. n. »lelki reflexiv« megszakadásából magyarázza az aphasiát Meynert tanai alapján. Ezzel mintegy az aphasia a localizálható lelki góctünetek körébe soroztatott. Először végzett számításokat a kérgi ducsejtek mennyiségét illetőleg, bár azoknak számát túlalacsonyan (600 millióban) állapította meg.

Ismeretes Theodor Meynertnek vasomotoros elmélete a psychosisokról, mint az előagy megbetegedéseiről, az antagonismusról a nagyagyvelő és agytörzs között, a primitiv és magasabb secundaer »Én«-ről, a táplálkozási zavarok által feltételezett localizálható »reizbare Schwäche«, az anatomiai elváltozások, a kérgi izgalom által feltételezett psychosisokról. A Virchow cellular-pathológiája alapján vezette le az »ingerlékeny gyengeséget«. A depressiót az ér-contractióból folyó agyanaemia, a maniat a vasomotor központi bénulásából eredő agyhyperaemia magyarázná szerinte.

Meynert megállapította a téveseszmék fejlődésének tartalmi egymásutánját a paranoiás psychosisokban. A tumor-psychosisokban az idült általános agynyomásfokozódásnak kiemelkedő jelentőséget tulajdonított. A Korsakow syndromát először írta le agydaganat esetén. Első volt, aki acut hallucinosist ismertetett multiplex sclerosis esetén, mit mások is megerősítettek. Idiotismusban az oldalgyomrocs falának összenövését írta le, a paralysisben a specifikus kezelés szükségességét hangoztatta, hogy csak a fontosabb alkotásait említsem. Meynert nagysága messze kiemelkedik a nemzeti és népi közösségből.

Benedek László prof.

TORDAY FERENC
1871—1942.

Egy lelkes ember, jó orvos, laptársunk, a *Budapesti Orvosi Ujság* alapító-szerkesztőjének halálát gyászoljuk. Gyermekorvosnak készült és szakmájában elismert tekintéllyé nőtte ki magát. Az országos gyermekmenhely igazgatását bízták reá és ő ezen keresztül védelmébe vette az ország valamennyi gyerekét. Országos akciókat kezdett, pártfogásába vette a Balatont, a gyermeknyaraltatást szóval és írásban. Egyike volt a legkitűnőbb népszerűsítő orvosíróknak, nevével úgyszólva minden folyóiratban, évkönyvben, naptárban találkoztunk, aminek csak valami komoly köze volt a népegészségügyhöz. Szerette kartársait is oktatni, lelkesíteni és tudományos közleményei, munkái megközelítik a félszázat.

Nem csoda, ha tollának szelleme, stylusának világos érthetősége és magyarsága egyre fejlődött. Szeretett írni, másoknak is segíteni, zamatos magyarságra lelkesíteni. Kapóra jött neki egy tőkevállalkozás támogatása, hogy alapítson egy új, a gyakorló orvos igényeit szolgáló lapot, — és megindult a »Budapesti Orvosi Ujság« az ő szerkesztésében, mégpedig páratlan sikerrel.

Ezt a lapot, ezt a szerkesztői munkát nagyon szerette, érte még praxisát is feláldozta. Lapja egyre nagyobb elterjedtségnek örvendett és úgy a szívéhez nőtt, hogy mikor a lapfenntartó tőke összeomlott, a már nyugalomban élő Torday Ferenc maga vette azt kezébe áldott lelkű felesége segítségével, ki a kiadói munkát végezte nagy pontossággal és hozzáértéssel, s a kitűnő lap ma is fennáll és virul.

Lapja útján módjában volt az orvosi nyelv külföldieskedéseit, kinövéseit nyírbálni, csiszolgatni és ebben lelkesen támogatott minket. Nyelvészi érzéke és hivatásérzése íratta meg vele a Manninger—Bakay-féle neveskönyv új, bővített kiadását, ami az ősszel jelent meg és azóta talán már el is fogyott, mert nagyon jó kis könyv ez. Ekkor azonban már Torday Ferenc élénk szelleme szárnyszegetten vergődött. Utolsó öröme — mondják — az volt, hogy sírt a mi jó kritikánkon, mit új neves könyvéről írtunk. Még néhány kínos hónap és az összeroskadó test követte a fáradt szellemet. Szép és gazdag életéért hálás neki a magyar orvosi rend és mi meleg pályatársi részvéttel, hű emlékezéssel veszünk Tőle búcsút.

Vámossy.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift. *23. szám. Jacobi és Dörschel:* A kezdődő typhus exanthematikus elkülönítő kórismeje. — *Gotschlich E.:* Újabb tularaemiakutatások Törökországban. — *Zörkendörfer W.:* Alsó-Stájerország és Dél-Karinthia újra visszaszerzett fürdőiről. — *Hamburger F.:* Poloska és bolha által okozott lichen urticatus. — *Pfaunder M.:* Megjegyzés a fenti cikkre. — *Eck H.:* A hullavér és hullaszervek bakteriologiai vizsgálatának gyakorlati értéke. — *Bardenhauer F. M.:* A női genitalis hypolasia jelentősége a sterilitas szempontjából. — *Binder L. és Riedl O.:* Adatok az osteosklerotikus anaemia diagnosisához. — *Wernsdörfer R.:* Adat a sykosis simplex kezeléséhez.

Wiener Klinische Wochenschrift. *23. szám. Amreich A. I.:* A terhesség és gyermekágy gondozásának szabályai. — *Strasser H.:* Az elvezető húgyutak colifertőzése és ennek kezelése. — *Pars G.:* Gümőbacillusok fluorescentiamikroskopiai kimutatása a szövetben. — *Pranter V.:* A vér közvetlen besugárzása quarzfénynyel.

Schweizer Medizinische Wochenschrift. *23. szám. Müller O.:* Asthma bronchiale. — *Ladewig P.:* Virus és virusfehérjék. — *Sellmer A.:* Elektrokardiogramm-vizsgálatok digitalishatás alatt. — *Hahn P.:* A mellékvese phaeochromocytomiájának egy esete. — *Feil L.:* Gyógyítás javított konyhasómentes tejjel.

FAGIFOR „CITO"

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lacto-kreosot-syrup

Ideális enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

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

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

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

VEGYESHIREK

Halálozás. *Boros* Ernő dr., e. ü. főtanácsos, ny. főorvos, 73 éves korában Budapesten elhúnyt.

Scherfel Géza dr., tanársegéd, 36 éves korában Debrecenben elhúnyt.

Japánban *Kiohiro Sukeganre* körorvos a himlőellenes serum tömeges előállítását találta fel. A himlővirust tyúktojásban tenyésztik s egy tojásból 3 g virust nyernek, mely 1000 ember immunisálására elegendő.

A Chinoin Sport Egyesület folyó évi június 20-án (szombaton) délelőtt ½12 órakor tartja zászlószentelési ünnepségét a Phöbus Sporttelepén (Újpest, Berlini-út).

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

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.

CONTRATUSSIN SYRUP:

Bronchitis — tracheitis — pertussis

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

CARBONA »Réthy« enyhén hajtó széntabletták

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

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

Aranyeres bántalmaknál

Posterisan

kúp és kenőcs

VADNA JÓZSEF GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUMA BUDAPEST, V., VÁCI-UTCA 34

SYMPATOL

A SZIV ÉS VÉRKERINGÉS GYÓGYSZERE

Indikációk:

Az erek hypotóniával párosult tónuscsökkenése:

Rekonvalescentia – Hypotónia – Terhesség – Öregkori panaszok

Altalános 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.

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

AKTEDRON-CHINOIN

TABLETTA ÉS INJECTIO

szellemi működések és a hangulat stimulálására

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

20 tablettás (0·01 g) phiola

6 ampullás (0·02 g) doboz

423031. — AZ ATHENAEUM IRODALMI ÉS NYOMDAI RT. NYOMDÁJA

86. évfolyam. 26. szám. Budapest, 1942. június 27

ORVOSI HETILAP

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

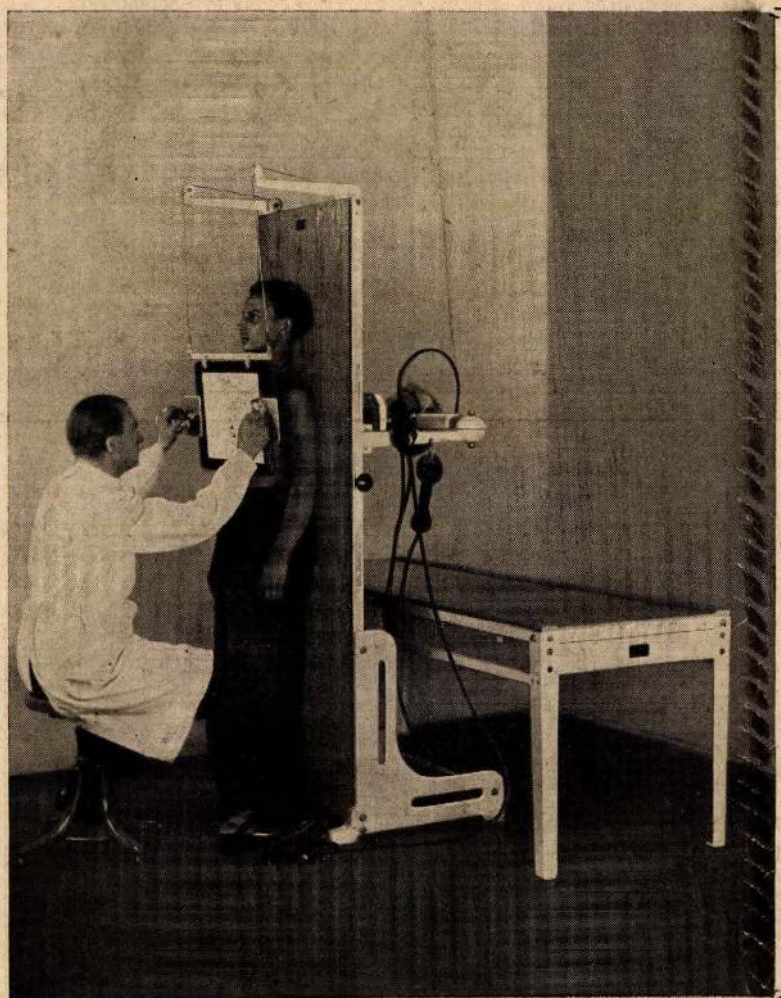
MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

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

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



AZ ÚJ
SIEMENS
vizsgálógolyó

különösen alkalmas a magánrendelő kiegészítésére, mert

beszerzési költsége rendkívül kicsi,
üzemköltsége legkisebb,
teljesítménye meglepően nagy,
tüdő 100 cm-re 0·3 sec.
medence 70 cm-re 3 sec.
fog 0·2—0·6 sec.
intenzitása szabályozható,
bekapcsolható bármely konnektorba,
szállítható; a gép csak 12 kg.

Illusztrált katalógust, árajánlatot készséggel küld:
MAGYAR SIEMENS REINIGER MŰVEK R.-T.
RÖNTGEN- ÉS ORVOSTECHNIKAI GÉPGYÁR
BUDAPEST, VI,, NAGYMEZŐ-U. 4. TEL.: *224-860.

DIBURGEN

Erélyes és egyenletes hatású, therápiás adagokban nem toxikus, fájdalmatlan

HIGANYOS DIURETICUM

Forgalomba kerül: 5 és 10 drb 1, ill. 2 cm³-es ampullát tartalmazó dobozokban

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

Diarrhoea, meteorismus, paratyphus, hús- és halmérgezések stb. esetében

Adsorgan Heyden

a bél méregtelenítésére

Chemische Fabrik von Heyden A.G. Radebeul-Dresden

Magyarországon forgalomba hozza:

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

86. évfolyam. 26. szám. Budapest, 1942. június 27.

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:

Heger Flóris: A typhus abdominalis chemotherapiajához. (307—308. oldal.)

Szandtner György: Féregnyulványlobbal társuló nagycseplesz-csavarodás. (308—310. oldal.)

Szabó Gábor: Hirtelen halál echinococcus-tömlőnek a vena cava inferiorba törése folytán. (310—312. oldal.)

Melléklet. Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (49—52. oldal.)

Irodalmi szemle. (312—313. oldal.)

Könyvismertetés. (313. oldal.)

Vegyes hírek. (316. oldal.)

A debreceni Tudományegyetem belklinikájának közleménye. (Igazgató: Fornet Béla ny. r. tanár.)

A typhus abdominalis chemotherapiajához.

Írta: *Heger Flóris dr.* egyetemi tanársegéd.

A chemotherapia legújabbkori úttörőinek, *Domagk*nak és társainak eredeti felfogása szerint a sulfanilamid készítmények nem közvetlenül a bakteriumokra fejtik ki a hatásukat, hanem a reticulo-endothelialis apparátust serkentik fokozottabb védekező működésre. Ez a feltevés azonban csakhamar megdőlt — Domagk is revisio alá vette nézetét — amikor azt észlelték, hogy nem maga a prontosil, hanem egy bomlásterméke a p-aminobenzolsulfamid hatékony és ez pusztítja el a bakteriumokat, illetve gátolja fejlődésükben. Sok kutató vizsgálata alapján kétségtelenné vált, hogy a sulfanilamidoknak igen jelentékeny bakteriostatikus hatásuk van. Legjobban látszik azonban az igazságot megközelíteni *Woods* és *Fildes* magyarázata, kik abból a tényből indulnak ki, hogy a bakteriumok testéből egy olyan anyagot lehet előállítani, mely a sulfanilamidkészítmények hatását gátolja. Vizsgálataik szerint ez a p-aminobenzoesav és ezt a bakteriumok fejlődésük közben synthetizálják.

A sulfanilamid készítmények hatása pedig abban állana, hogy a p-aminobenzoesavat a sejtreactióból kiküszöbölik és így a bakteriumok életfeltételeit csökkentik, illetve megszüntetik. Ezen elmélet alapján bizonyosnak látszik, hogy a sulfanilamidok elsősorban és főképpen közvetlenül a bakteriumokra fejtik ki hatásukat és pedig természetesen nemcsak a coccusokra, hanem bacilusokra is, így a typhus-bacilusra, dysenteria törzsekre, colibacilusra stb.

Woods és *Fildes* megfigyeléseit több kutató igazolta, sőt *Ivanovits* kísérleteiben a p-aminobenzoesav antagonista hatását mennyilegesen is meghatározta.

Természetesen a sulfanilamidoknak a bakteriumokra kifejtett közvetlen hatása mellett a szervezet sejtjei is jelentékeny módon résztvesznek a fertőzés leküzdésében. A sulfanilamid és származékai a bakteriumok anyagcseréjét zavarják, ezek phagocytosist gátló toxinokat nem termelnek és így a falósejtek által történő bekebelezésük is könnyebbé válik.

A sulfanilamidok hatása coccusfertőzésekben ma már közismert és használatuk általános. Typhus abdominalis, dysenteria és febris undulans eseteiben azonban a megfigyelések szórványosak és úgyszólván kivétel nélkül a prontosillel kapcsolatosak. *Berger* és *Schnetz* 1937-ben számolnak be prontosillel kezelt gyógyult Bang esetükről. *Barer* ugyancsak 1937-ben sulfanilamiddal egy minden kezeléssel dacoló typhus-pyelitist gyógyított meg. *Buttle, Parish, Mc. Leod Stephenson* állatkísérleteiben egerek sulfanilamid hatására védettek lettek typhussal szemben. *Roholm* 1938-ban többek között typhus abdominálisban látott jó eredményeket prontosiltól. A jól gyógyult Bang-esetek észlelői 1938-ban egyre szaporodnak. *Harries, Swyer* és *Thompson* pedig 1939-ben typhus abdominálisban alkalmaztak prontosilt és megfigyelték, hogy a vérculturákból is eltüntek a bakteriumok.

Felvetődik az a gondolat, hogy ha a sulfanilamidok megfelelően magas vérconcentratióját elérjük, akkor azok typhus, dysenteria és Bang fertőzés eseteiben is éppen olyan hatásosak lesznek, mint coccusfertőzésekben. Ezek a kórokozók akár mert voluminosubbak, akár mert nagyobb tömegben árasztják el a szervezetet, vagy akár fajlagos okok folytán nagyobb mennyiségű p-aminobenzoesavat synthetisálnak és így ennek lekötésére nagyobb mennyiségű sulfanylamidra is van szükség. A következő kérdés az volt, hogy a megfelelően magas vérconcentratio elérésének mennyire vetnek gátat a gyógyszer mérgezési tünetei. Kísérleteinket egyelőre teljesen gyakorlati és tapasztalati alapon végeztük, gondot fordítva természetesen a kísérletes therapia útmutatásaira is.

Megfigyeléseink szerint typhus abdominálisban sulfapyridinnel jobb gyógyeredmények érhetők el, mint sulfathyazollal. A kitűzött cél az volt, hogy aránylag hosszabb időn keresztül nagy mennyiségű sulfapyridint juttassunk a szervezetbe. Többféle adagolási mód kipróbálása után, leghatásosabbnak napi 5 gr vérbe fecskendését találtuk, még pedig kétszer négynapos turnusban, kétnapos szünet közbeiktatásával. Ilyenformán tíz nap alatt 40 gr sulfapyridint adtunk be intravénásan. Utóbb néhány esetben

napi 6 gr-ot is megkíséreltünk adagolni, számottevően jobb gyógyhatás azonban így sem volt elérhető. Combinált kezeléstől (tabletta, kúp, injectio) nem láttunk jó eredményt.

A fenti kezelési mód mellett 20 typhus abdominálist észleltünk és mind a 20 beteg meggyógyult. Eseteinket két csoportra kell osztanunk; könnyű és súlyos, toxikus lefolyású typhusokra. A könnyű esetek, különösen ha korán, a betegség első hetében kerületek észlelésre, már a második-harmadik kezelési napon láztalanok lettek, a betegek közérzete javult, a nyelv lepedéke úgyszólván teljesen eltünt. A súlyos, toxikus esetekben a lázmenet fokozatosan csökkent, majd az első lökés után beiktatott két szünnapon ismét felemelkedett és rendesen a második lökés második napján bekövetkezett a végleges láztalan állapot. A legsúlyosabb esetekben is meglehetett figyelni a láz megszűnte előtt a toxikus tünetek csökkenését. A közérzet javult, a sensorium feltisztult, a nyelv lepedéke eltünt, az elesettség lényegesen csökkent. Recidivát egy alkalommal figyeltünk meg, amikor a betegség kezdetétől számított 35-ik napon hidegrázás kíséretében újabb lázas állapot következett be s a typhusbacilus a székletből ismét kitenyészthető volt. Újabb lökésre azonban most már véglegesen bekövetkezett a láztalan állapot. Meg kell említenünk, hogy ugyanezen a betegen a betegség kezdetén, a kezelés második napján kétnapos láztalanság következett be, mire a beteg a melléktünetektől tartva az injectiók elfogadását megtagadta, mire a láz ismét felszökött. Rábeszélésre sikerült a kezelést tovább folytatni és eredményesen befejezni. A sulfapyridin injectiók után a fehérvérsejtszám minden esetben a normalisra emelkedett és a qualitativ vérképben megjelentek az eosinophil sejtek. Szövődmény egy esetben következett be, a kezelés ötödik napján igen tekintélyes bélvérzés képében. Transfusióval sikerült azonban a beteget a válságos állapoton keresztül segíteni. 20 eset kapcsán levont tanulságaink alapján meg kell állapítanunk, hogy az egészen korán a betegség első hetében észlelésre és kezelésre kerülő esetektől eltekintve, ez a kezelési mód az ápolási időt nem rövidíti meg, mert a bacilus ürítés a láz megszünte és a gyógyulás után a megszokott módon folyik le. Az első héten kezelésbe vett betegeket kb. három hétig ápoltuk. A többinek ápolása a bacilusürítés miatt négy-hat, sőt egy-két esetben nyolc hétig is elhúzódott. Egy beteget pedig egyhónapos láztalan szak megfigyelése után, mint chronikus bacilus ürítőt bocsájtottunk el. Mindenesetre azonban nagy könnyebbség mind a beteg, mind az orvos számára a gyakorlatilag egészséges állapotban való ápolás és a bacilusürítés megszűnésének ilyen körülmények közötti bevárása.

A sulfapyridin mellékhatásai közül émelygést, hányingert és hányást úgyszólván minden esetben észleltünk. Ezeket számottevően befolyásolnunk nem sikerült. A betegség lefolyásában észlelhető javulás azonban a betegek számára ezt elviselhetővé tette. Az idevonatkozó irodalomban többször leírt agranulocytosist egy esetben sem észleltük, sőt mint fentebb említettem a gyógyulási folyamatnak megfelelően a fehérvérsejtek a kezelés folyamán minden esetben emelkedtek. Verdohaemochromogen keletkezés következtében kifejlődő jelentékenyebb anaemiát sikerült minden esetben a kezeléssel egyidejűleg adagolt májkészítményekkel megakadályozni. Methaemoglobin képződést úgyszólván minden esetben láttunk kisebb cyanosis formájában, dyspnoet azonban nem észleltünk. Egy esetben láttunk az egész bőrfelületre kiterjedő halvány kiütéseket, melyek azonban a kezelés befejezését követő napon nyom nélkül eltüntek. Vizelet vizsgálatot a kezelés folyamán rendszeresen végeztünk, a vesék működésében azonban kóros eltérést nem észleltünk. Minden esetben végeztünk májfunctiós próbákat is, májbántalmat azonban nem volt alkalmunk megfigyelni. Elvégeztük még minden betegünkön a felgyógyulás után a Widal reactiót, az agglutinatiós titer azonban a megszokottól nem tért el.

Be kell még számolnom egy brucellosis Bang esetünkről, melyben még a typhus abdominálisban bevezetett chemotherapiás gyógykísérleteink előtt, sulfamethylthyazol (ultraseptyl) nagydósisú belső adagolásával sikerült teljes gyógyulást elérnünk.

Befejezésül bemutatom egy könnyű és egy súlyos lefolyású typhusos betegünk kórlefolyását.

R. J.-né, 26 éves nő. Tíz nap óta lázas, feje fáj, jelenleg 38·2°, nyelve erősen bevont, lépe tapintható. Vvs. 3,740.000, hgb. 65%, fehérvs. 3500. Relativ lymphocytosis és aneosinophilia. Widal 400-ig positív, székletéből a ty. bacillus kitenyészthető. Sulfapyridin kezelésre hőmérséklete a 2. napon 37·6°, a 3. napon csak 37·2°, a 4. napon láztalan lett. Az első szünnapon hőmérséklete alig emelkedett 37° fölé, míg a másodikon 37·8°-ot ért el. A második lökés első napján még elérte a 37°-ot, a második naptól azonban már állandóan láztalan maradt. A kezelés befejezése után a fehérvs. 5200-ra emelkedett és a qualitativ vérképben az egész lemez átvizsgálása után csak egy eosinophil sejt látható, a relativ lymphocytosis még fennáll. A vvs. 3,260.0000, hgb. 58%, székletében a ty. bacillus a betegség 26-ik napjától fogva nem volt kimutatható.

P. E.-né, 25 éves. Két hét óta lázas. Widal reactio 400-ig positiv. Láza felvételkor 40° és az első sulfapyridin lökés alatt 39° alá nem süllyedt. A második lökés második napján láztalan lett és azóta láztalan, csupán az utolsó kezelési nap délutánján emelkedett fel hőmérséklete néhány órára 38° fölé. A kezelés kezdetén aluszékony s eszmélete ködös volt; fehérvs. 2600, a kezelés végén 3800 volt és az eosinophil sejtek is megjelentek. Bacillusok a betegség kezdetétől számított 45-ik napig a székletből kimutathatók voltak, azonban az első láztalan naptól kezdve teljesen jól érezte magát.

Összefoglalva 20 eset kapcsán leszűrt tapasztalatainkat meg kell állapítanunk, hogy a sulfapyridin kezelés a typhus abdominalis lefolyását előnyösen befolyásolja, különösen a korán kezelésre kerülő és könnyebb lefolyású esetekben; valószínűnek látszik azonban, hogy súlyos esetekben is megfelelő magas vérconcentratióig emelkedve a toxikus tüneteket jelentősen csökkenti és a betegséget a gyógyulás útjára tereli.

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

Féregnyúlványlobbal társuló nagycseplesz-csavarodás.

Írta: *Szandtner György dr.* klinikai műtőorvos.

A hasüregi szervek, illetőleg képletek megcsavarodása gyakran heveny hasüri gyulladások képét utánozza. Az irodalomban számos eset ismeretes, ahol a heveny hasi kórképet a cseplesz csavarodása okozta. A legelső eseteket *Oberst* közölte (1882), *Lejars* (1907) írta le az úgynevezett »tiszta hasüri

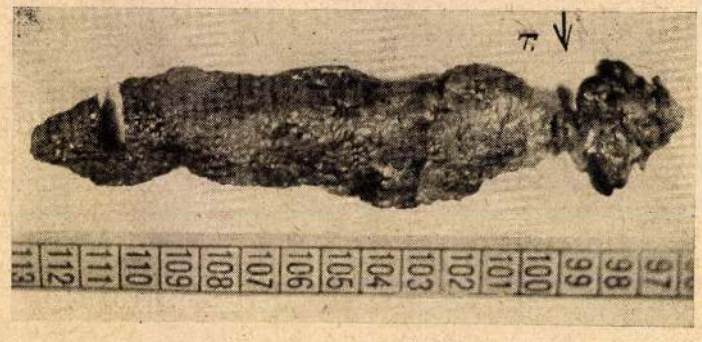
cseplesz-csavarodás«-t (egyidejű sérv nélkül). Azóta igen sokan szám szerint is összegyüjtötték az eseteket, az amerikai irodalomban 300-nál többről számoltak be 1938-ban. A magyar irodalomban legelőször *Verebély* 1907-ben, később *Czirer, Klimkó* és mások ismertették a cseplesz-csavarodás eseteit. Különösen érdekes *Henrichsen* közleménye, mely az irodalomban addig egyedülálló kiscseplesz-csavarodást ismertet és *Knoflach* beszámolója, melyben az appendices epiploicák csavarodásáról ír. *Klimkó* 1929-ben az ugyancsak egyedülálló úgynevezett harmadik cseplesz (kiscseplesz̆ből kiinduló) csavarodását közli. Ha a cseplesz-csavarodás a jobboldalon történik — mint legtöbbször —, a kép az epehólyag-, vagy féregnyúlványlobhoz lehet igen hasonló. Az alábbiakban ismertetett esetben a két kórkép együttesen fordul elő.

B. B., 31 éves, m. tisztv., fi, 1942. I. 3-án vétetett fel a klinikára heveny hasi tünetekkel. Családi anamnesise negativ. Elmondja, hogy két hete lehajolás közben hirtelen tompa fájdalmat érzett, majd puffadtságot a hasában, ez az érzése melegítésre időnként csökkent, de el nem mult. I. 2-án reggel óta egyre erősbödő nyilaló fájdalmai voltak alhasában jobboldalt, éjjelre még fokozódtak. Láza, hányingere nem volt. Széke, vizelete rendes.

Vizsgálatkor a has kissé domború, feszes, tompult kopogtatási hangot ad, nyomásérzékenység az egész hasfalon, a M. Burney-pont táján a legerősebben. Kóros ellenállás nem tapintható. Más eltérés klinikai vizsgálattal nem mutatható ki. T.: 36.9. P.: 84, norm. Fvsz.: 8.800. D.: Appendicitis acuta.

Felvétel napján műtét. J. o. rácsmetszés, a peritoneum megnyitásakor bőven ürül tiszta, átlátszó savó. Az appendix gyulladt, a nagy cseplesz kb. 12 cm részletben elhalt, kétszeres torsió következtében. Ezt a cseplesz darabot resekáljuk, utána szabályszerű appendektomiát végzünk, kisujjnyi üvegszádló, réteges hasfalzárás.

A harmadik napon cső̆kivétel, majd rendszeres csíkozás a cső̆ helyén. A váladék mennyisége fokozatosan csökken, a seb sarjad. Kórlefolyás sima, általában subfebrilis lázgörbe. Közbejött garathúrútja, mely gyógyult. I. 25-én távozik a klinikáról: a műtéti hegvonal elsőlegesen gyógyult, csak középső 2 cm.-es darabján van sarjadzó másodlagosan gyógyult részlet.



T. = a torsio helye.

Az eltávolított cseplesz-részlet 12 cm hosszú, 2 és ½ cm széles, 1 cm vastag, proximalis részén az 1 cm széles nyak 360 foknyira megcsavarodott, e részen csavarmenetszerű barázdák; felszíne apró göbös, barnásvörösen elszínezedett, rajta itt-ott gombostűfejnyi sötétvörös foltok, állománya törékeny zsírszövet. Szövettanilag a zsírszövetben közti vérzések, az igen tág — itt-ott megrepedt — venák mentén is, néhány vena thrombotizált, az arteriák lumene csak részben van kitöltve, a kötőszövetben néhol sejtes beszűrődés nyomai láthatók, néhány eosinophyl sejttel, az érlumenekben a fvsejtek a fal felé sodródtak.

Az eltávolított féregnyúlvány az appendicitis catharralis jellemző kórbonctani képét mutatja.

A kórkép *előfordulását* 4 éves kortól figyelték meg: leginkább 20 és 50 között, mindkét nemnél egyformán.

Tünettana a heveny hasüri gyulladások képének megfelelő, a hashártyagyulladás biztos jele nélkül *(Payr)*. Diagnostikailag mégis számos nehézséget jelent. Sokban hasonló a kép a féregnyúlványlobhoz — mint esetünkben is —, epehólyaglobhoz, legtöbb szerző szerint biztos kórisme alig állítható fel. Deszkakemény hasfal, leukocytosis és a vérképben balratolódás van. A hőmérséklet és érverés nem változik jellegzetesen. A fájdalmak lassan fokozódnak hevessé, esetleg kibirhatatlanná, hányingert nem figyeltek meg, a szék leggyakrabban rendes *(Knüpper)*. A beteg aránylag jó közérzetét *Wullstein* azzal magyarázza, hogy a bélpassage a a legtöbbször zavartalan; szerinte, ha hányás van, ez reflectorikus a kezdeti szakban s csak később jön létre a másodlagos fertőzés (például haematomagennyedése) képe.

Más szerzők szerint a kép kifejlődhetik idülten is. Ilyenkor jellemző a meglévő Head-zóna. Az előfordulásban igen nagy szerepet játszik, hogy sérv fennáll-e vagy sem *(Payr, Lefèbre)*. Ez utóbbiak rendszerint gyakoribbak. Sérvkizáródás tüneteivel gyakran kezdődik a kórkép, esetleg visszahelyezés után fejlődik ki *(Hochenegg, Knüpper)*.

Jonnson három csoportba osztja a csavarodásokat:

1. Csavarodás csak a sérvzsákban.
2. Csavarodás a sérvtömlőben és a hasüregben.
3. Sérv nélkül csavarodás magában a hasüregben.

Leggyakoribb a második csoport, de a régen ritkaságnak tartott harmadik csoport is (»reine Drehung«) az ujabb közlésekben mind gyakrabban szerepel. Ezekben az esetekben a diagnosis fokozottan nehéz.

Klinikailag acut, chronikus és abortiv (tünetnélküli), illetve subacutba átmenő alakot különböztetnek meg.

A jellemző tünet-együttes, mint fentebb láttuk, hiányzik, ezért nehéz az *elkülönítő kórisme*. Téves diagnosis lehet: epehólyaggyulladás, bélelzáródás, hasi daganat, fekélyátfúródás, hasi tályog, vakbélgümőkór, cysta, vagy fibroma kocsánycsavarodása. *Mondor* jellegzetesnek tartja a nagy, de nem kibírhatatlan hasi fájdadmat, hiányzó, vagy kis hányingert, felületes daganatnak tetsző tapintási leletet a hasban *(Hochenegg* emberfejnyit írt le), valamint a bőrérzékenység hiányát. Röntgenologiailag állítóleg a harántremese mély állása a jellemző, esetleg ráfekszik a colon ascendensre olasz szerzők szerint. Az elkülönítő kórisme egybehangzó vélemények szerint legtöbbször oly nehéz, hogy a végleges diagnosis a műtőasztalon mondható csak ki.

A cseplesz-csavarodások *aetiologiájában* elsősorban *Payr haemondynamiás* hatásokon alapuló elméletét kell megemlíteni. Szerinte a különböző hosszúságú nyélen lógó cseplesz-részlet kisebb-nagyobb elmozdulások után lefűződik. Ezáltal a vékonyfalú venák megtöretnek, a vastagabb falú arteriák még nem záródnak el teljesen. Gyüjtőeres pangás támad, a kanyargós lefutású venák — melyek az arteriáknál rendesen is hosszabbak — pukkadásig telnek meg és csavaró hatást fejtenek ki a cseplesz-részletre. Minél erősebb a torsio, végül az arteriás keringés is megszűnik és kifejlődik a

kórkép. Elméletét modell- és állatkísérleteken is bemutatta. *Sellheim* a test csavaró mozgásaira vezeti vissza a csavarodást: ezenkívül a hirtelen hasüri nyomásváltozás és hasprésműködés, valamint a bél-peristaltika szerepelnek együttesen mint *mechanikus* okok. Szerepelhet ezenkívül a fokozott antiperistaltika. Esetleg az érrendszer helyi betegsége, például gyulladásoknál (omentitis), vagy organikus szívbajban a romlott keringés. Ehhez hasonló felfogású *Teller, Frank & Baskin* úgynevezett secundaer torsiója. Ugyane szerzők idiopathiásnak nevezik a torsiót, ha nem mutatható ki más ok: veleszületett rendellenesség, thrombosis, embolia. Az érbeidegzés változását, labilitását véli. *Rickert:* a csepleszerekben támadó vérnyomásváltozást az ott levő végarteriákban, a Payr-theoria kiegészítéseképpen.

Jelentős mozzanat, hogy a szerzők nagyrésze a kórelőzményi adatoknak fontosságot tulajdonít. Itt előidéző okként szerepelnek: csavaró mozgások a törzsön, testi munka, földmunka, zsákemelés *(Knoflach)*, tánc, tekézés *(Verebély)*, *Salsbury* futballjáték után írt le egy esetet, mely még urologiai szövődménnyel is járt a jobb vese közvetlen nyomása révén. *Jonnson praedisponáló tényezőket* vesz számításba: a cseplesz különlegesen terjedelmes, súlyos volta, daganata, főként a szabad oldalán, valamint összenövések (rögzítettség), idült gyulladásos előzmények, specifikus folyamatok (tbc. sy.), legfőképpen hasfali sérvekbe való bezáródás. Elsősorban a jobb oldal van mindezen hatásoknak kitéve: itt mozgékonyabb a cseplesz és itt terül szét szélesen. Baleset hatása is jelentőséggel lehet *(Payr* és mások). Legtöbbször ezen összetevőkből együttesen több szerepel *(Verebély)*.

A szerzők nagyrésze kísérletesen is megpróbálta kutatni a torsio keletkezését. Megfigyeléseket közölnek a haematologiai, bakterlologiai, hőmérséklet, érverés, vérnyomásesés, valamint helyi és általános leletekről. Sokan számolnak be a kísérleti állatok gyógyulásáról is *(Bologna* és mások).

Kórbonctanilag az elváltozás jellegzetes. Puszta szemmel: maga a csavarodás lehet egyszerű, de lehet többszörös is, tizenhatszoros, sőt húszszoros csavarodást is írtak le, igen gyakoriak a két-háromszorosak. A cseplesz-szövetben vizenyő, vérzések, elhalásig fokozódó szövetpusztulás jellemző, valamint savós, véres, esetleg gennyes exsudatum a szabad hasüregben. Szövettanilag: szövetközti vérzés, vizenyő, kereksejtes beszűrődés, a venákban éreltömődések, néha necrosis, infarctusok. A csavarodás helyén az arteriákban alig van vér, alatta a venák maximalisan teltek. *Eiselsberg* retrograd emboliát ír le infarctus-képződéssel.

Gyógyítás: A kórhatározás után mielőbbi műtét. Sérvmetszés vagy laparotomia: véres, savós folyadék a hasüregben csavarodásra utal. A cseplesz jól elő kell húzni, alaposan megvizsgálni és az ép részben resekálni *(Eiselberg)*. Ha a sérvmetszés erre nem elegendő, inkább még egy behatolás ajánlatos *(Jonnson, Klimkó)*.

Prognosisa aránylag jó. A csavarodás fokától és jellegétől, valamint a beavatkozás idejétől függ *(Czirer)*. Halandósága 5% alatt. Mások 5.5%-t, illetve 5—14%-t jeleznek a műtött esetek közül. A halálok főként hashártyagyulladás *(Eiselsberg)*.

Összefoglalás. Szabad nagycseplesz-lebeny tiszta hasüri csavarodását ismertetjük. Az [illegible] mechanikai és haemodynamiás tényezők együttesen szerepeltek, egyébként a számos irodalmi esettel a kép egybehangzó. Érdekessége, hogy heveny féregnyúlványlobbal párosult. A hozzáférhető hazai irodalomban hasonló esetről nem találtunk említést.

TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSTANI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti Tudományegyetem törvényszéki orvostani intézetének közleménye. (Igazgató: Orsós Ferenc ny. r. tanár.)

Hirtelen halál echinococcus-tömlőnek a vena cava inferiorba törése folytán.

Írta: *Szabó Gábor dr.* egyet. adjunctus.

Ritka az állati makroparasiták által okozott hirtelen halál. Még leggyakrabban echinococcusszal kapcsolatban észlelték. Az echinococcus különösen két szövődmény útján veszélyezteti az életet: az egyik az elgennyedés, a másik az átfúródás. Hirtelen halált különösen az utóbbi szövődmény okozhat. Betörhet a tömlő a testüregekbe és folyadékának felszívódása anaphylaxiás shock folytán hirtelen halálhoz vezethet. *(Beneke* esete, *Lehmann* számos megfigyelése.) Lehmann szerint régebben a gyanús esetekben végzett próbapunctiók egyharmadában a fenti szövődmény okozta a halált. Ha a tömlő a tüdőkbe tör, a leányhólyagok és a tömlőfolyadék elárasztván a légutakat, fulladás folytán következhetik be a rögtöni halál.

A szív falában, a nagyedények környezetében vagy éppen a nagyedények falában ülő tömlők a lumen felé repedvén meg, kétféle módon okozhatnak hirtelen halált, ha ugyanis leányhólyagok jutnak az érrendszerbe, embolia, ha pedig csak tömlőfolyadék, úgy anaphylaxiás shock útján.

Smith, Wunderlich esetében ismeretlen helyen, *Piorry, Luschka* esetében a májban, *Kelley, Budd, Rokitansky, Barclay* esetében pedig a szívizomfalban ülő és a jobb kamrába tört tömlő leányhólyagjai okoztak a kisvérkörben embolia folytán hirtelen halált.

A nagyvérkörbeli echinococcus-emboliák forrása rendszerint a bal kamra izomfalában ülő echinococcus. *Böcker* az arteria renalis eltömeszelődését észlelte, a *Davaine* által leírt esetben a bal kamrába tört hólyagok nem hagyták el a szívet. *Stoenescu* 15 éves hirtelen halotton észlelte, hogy mandarinnagyságú echinococcus-tömlő a szív bal kamrájába tört. *Dürck* 39 éves férfiról számol be, kinél a szív elülső falában ülő cysticercus racemosus a kamrasövény szétroncsolása útján tört a bal kamrába. *Oesterleu* a bal pitvar perforált echinococcusáról számolt be, amely az egyik arteria iliaca ágainak kiterjedt emboliáját okozta. *Bulnheim* az egyik arteria cerebri media gócos lágyulással járó emboliáját írta le, melynek forrása nem volt kimutatható, minthogy nem volt teljes a boncolás. *Köhler* esetét csak klinikailag észlelte, minthogy az egyik arteria axillarisban ülő, nyilván a szívből származó embolus operativ eltávolítását gyógyulás követte.

Ha a perforatiós nyílás olyan kicsi, hogy csak tömlőfolyadék juthat az érrendszerbe, úgy csak anaphylaxia szerepelhet. Egy ilyen esetről óhajtok

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Az agastrikus és gastrogen gastropriv vérszegénység.

Régi tapasztalata az orvostudománynak, hogy a vérképzés és a gyomorbélrendszer működése, illetőleg megbetegedése között valamely kapcsolat van. Már *Fenwich* felhívta a figyelmet arra, hogy például vészes vérszegénységben mindig fellelhető a gyomornyálkahártya igen kifejezett sorvadása. *Deganello* egy teljes gyomorkiirtás után bekövetkezett súlyos vérszegénységgel kapcsolatban mutatott rá legelőször az úgynevezett agastrikus vérszegénységre és azóta számtalan pontos klinikai megfigyelés alapján tudjuk, hogy nemcsak a gyomor teljes kiirtása, hanem a kiterjedt gyomorcsonkolás is súlyosan tudja befolyásolni a vérképzést. Hogy ennek mi az oka, illetőleg mi a mechanismusa, erre vonatkozóan részben még ma is egymásnak ellentmondók az elméleti elgondolások és így a gyomorcsonkolás utáni vérszegénységet nem lehet teljesen egységes és egyazon kórtani alappal bíró olyan betegségnek felfogni, amelynek keletkezésében a műtétnek kizárólagos szerepe volna. A kérdés helyes megoldására a sebészek figyelme mindinkább a gyomorcsonkolás műtétjének methodikája felé fordult, mert a rendelkezésre álló irodalmi adatokból teljesen egybehangzóan az állapítható meg, hogy a különböző műtéti eljárások szerint csonkolt gyomorbetegek igen különböző százalékban betegednek meg az úgynevezett resectiós vérszegénységben. Általában a késői vérszegénység bekövetkezése szempontjából legroszszabb a Pólya—Reichel-féle műtét. Csaknem ugyanilyen eredményt ad a Billroth I. műtét. Sokkal jobb a gyógyeredmény a Billroth II. műtéte után. Legkevesebb és legkevésbbé súlyos vérszegénység észlelhető — vizsgálataink szerint — a Verebély—Neuber-féle műtét után.

De még egyazon műtéti eljárás mellett is döntő fontosságú az, hogy a gyomorbél-szájadék megfelelően szűkreszabott-e. Ennek fontosságára legelőször *Matolay* hívta fel a figyelmet, mert túl bőre vett gyomorbél-szájadék mellett az étel csak igen rövid ideig időzik a gyomorban és ez, úgylátszik, döntő fontosságú a késői vérszegénység bekövetkezése szempontjából. *Castle* ugyanis kimutatta, hogy az úgynevezett »antianaemiás anyag« kizárólag a gyomor nyálkahártyájában képződik, mégpedig a gyomor fajlagos működésének segítségével a táplálék útján felvett anyagból. *Wilkinson* ezt az anyagot *haemopoietinnek* nevezi és előállításához — szerinte — két tényezőre van szükség: egy, a gyomor által előállított anyagra (intrinsic factor) és egy, a táplálékkal bevitt külső anyagra (extrinsic factor). Az intrinsic factor igen hőérzékeny, főzés közben már 5 perc alatt tönkremegy, 75—80 fok hő félóra, 45 fok hő pedig több óra alatt szünteti meg a hatást. Az extrinsic factor *Castle*, majd *Singer* vizsgálatai szerint a húsban (izom), májban és tojássárgájában van jelen.

Ma már biztosan tudjuk, hogy ez a Castle-féle antianaemiás anyag a csontvelőben a vörösvérsejtek elkülönülését és érését segíti elő, hiánya következtében pedig a sejtek nem differentiálódnak, hanem úgynevezett megalocytás, éretlen alakjukban maradnak meg és így kerülnek bele a véráramba. Ezek az atypusos, nagy sejtek viszont igen kis ellenállóképességűek és ezért a lép rendes véroldó működésének sokkal könnyebben esnek áldozatul, mint a teljesen megérett vörösvérsejtek. A vérszegénység bekövetkeztének eredendő okát tehát itt kell keresnünk és nem a fokozott vérsejtoldódásban (haemolysis), — hiszen ez csupán másodlagos jelenség — vagy eseleges más elméleti elgondolásokban (pl. mérgezéses elmélet, *Hunter, Faber, Seyderhelm* stb.) *Bencze* vizsgálatai óta azt is tudjuk, hogy a gyomruktól megfosztott állatok mája a vérképzésre teljesen hatástalan s így a máj az antianaemiás anyagot vagy csak elraktározza magában (depot), vagy hatásos formába önti azt, de az elsődleges tevékenység kizárólag a gyomoré.

A gyomorcsonkolás utáni vérszegénység bekövetkezte vagy kifejlődése egyébként a legújabb vizsgálatok szerint csak igen kevéssé függ a visszamaradt gyomorcsonk sósav-pepsin-termelésétől, mert a döntő szerepet a gyomorcsonk motilitása játssza. Biztosan tudjuk ugyanis, hogy a Castle-féle antianaemiás anyag keletkezése független a sósav-pepsin-termeléstől, sőt az extrinsic és intrinsic factor reactiója semleges közegben is létrejöhet (epe-regurgitatio esetén is), tehát az antianaemisáló hatás kifejlődéséhez nem feltétlenül szükséges a gyomorbennék Ph-jának savi reactiója. Ez az észlelés megegyezik azzal a tapasztalati ténnyel is, hogy a sósavhiányban szenvedő embereknek csak kis százaléka lesz vérszegény, a nagy többség pedig haematologiailag teljesen egészséges marad, mert az emésztőnedv hiánya vagy csökkent volta ezekben az esetekben sem gátolja meg a Castle-féle antianaemiás anyag keletkezését. Az antianaemisáló hatás teljes kifejlődését inkább az befolyásolja döntően, hogy az extrinsic factor (táplálék) mennyi ideig tartózkodik a gyomorcsonkban, tehát mennyi ideig tud érintkezésben maradni az intrinsic factorral, vagyis röviden kifejezve: milyen a gyomorcsonk motilitása. Ha erre a tényezőre is figyelemmel vagyunk, megállapíthatjuk, hogy a csonkolt gyomor motilitása, tehát az ürülés gyorsasága határozott összefüggést mutat nemcsak a vérszegénység keletkezésével, de annak súlyosságával is. Gyors vagy zuhanó ürülés mellett ugyanis aránytalanul nagyobb számban fordul elő a csonkolás utáni vérszegénység, mint rendes ürülés mellett és a vérszegénység is általában annál súlyosabb lesz, mennél gyorsabb az ürülés. Ennek pedig egyedüli megelőzője, biztosítéka a jól működő és kellően szűkre vett gyomorbél-szájadék.

De nagy különbség van a különböző gyomorműtétek után fellépő vérszegénység-fajták milyensége megjelenési formája és gyógykezelhetősége között is. Amíg például a teljes gyomorkiirtás után fellépő úgynevezett agastrikus vérszegénység teljesen hasonló minőleges vérképet mutat a zuhanó ürülés (Sturzentleerung) után bekövetkező vérszegénységfajtával, addig a jó műtéti eljárással műtött betegen jelentkező késői másodlagos vérszegénység (gastrogen anaemia) alig különbözik az egyéb eredetű másodlagos vérszegénységi formától.

A haematologus szempontjából tehát éles különbséget kell tennünk az úgynevezett agastrikus vérszegénység és a rendes, csonkolás utáni vérszegénység között. Amíg ugyanis a jellegzetes agastrikus anaemia létrejöttének minden esetben határozott és kimutatható bonctani előfeltétele van (túlságosan kiterjedt csonkolás, zuhanó ürülés, stb.), addig a csonkolás utáni vérszegénység nagy részében nem mutatható ki mindig kétséget kizáróan valamely bonctani elváltozás vagy oki vonatkozás. Döntő és lényeges különbséget mutat azonban a kétfajta vérszegénység a *minőleges vérkép* alakulásában és jellegében, hisz kézenfekvő, hogy a túlságosan magasan és kiterjedten csonkolt gyomor, vagy a viharos ürülés, a vérképzés szempontjából ugyanolyan, mint a valódi vészes vérszegény betegnek a *Fenwich* által leírt sorvadt nyálkahártyájú és roszszul működő gyomra és így könnyen érthető az is, hogy az igazi agastrikus vérszegénység képe törvényszerűen mindig hyperchrom, makrocytaer és hyporegenerativ, nem egy esetben kifejezett ovaloés megalocytosissal, akárcsak a valódi Biermer-féle vérszegénységben (resectionsperniciosa). Ezzel szemben a jó methodikával szabályosan végzett gyomorcsonkolás után támadó másodlagos vérszegénység mindig regenerativ, mikrocytaer és hypochrom, esetleg normocytaer és normochrom, amegalocytikus, könnyen befolyásolható és semilyen kóros minőleges elváltozást nem mutat. Mindenképpen indokolt tehát, ha a két különböző jellegű és megjelenésű vérszegénység fogalmát a jövőben következetesen elkülönítjük egymástól és a csonkolás utáni vérszegénységet az agastrikus anaemiákkal ellentétben gyüjtőnév alatt: gastrogen gastropriv anaemiáknak nevezzük. A gastrogen gastropriv vérszegénység keletkezésében is szerepet játszik legtöbbször a gyomordysfunctió, ez azonban sohasem olyan súlyos, mint az agastrikus vérszegénység esetén és csak azt jelenti, hogy akár a gyomor chemismusa, akár a motilitása a kérdéses esetben nem éri el az optimumot s minél inkább távolodik e két tényező az élettani optimumtól, annál inkább jut kifejezésre a vérképzés kisfokú zavara.

De nemcsak haematologiai és kórismei szempontból igen fontos e két anaemia-féleségnek következetes széjjelválasztása, hanem gyógytani szempontból is. Amíg ugyanis a jellegzetes gastrikus vérszegénységnek, mint minden hypochrom és makrocytaer vérszegénységnek, egyedülálló gyógyszere a gyomor és máj, addig a hypochrom és makrocytaer gastrogen gastropriv vérszegénységben a gyomor- és májgyógymód sokkal kevésbbé hatásos, vagy teljesen hatástalan és mint gyógyszerkülönlegesség csak a vas — éspedig lehetőleg csak a kétvegyértékű (ferro) vas — jöhet számításba. (Ferrochlorid, fe. ammon. citr. vagy fe. hydr. red.) Az agastrikus vérszegénységet jellemzi, mint azt *Whipple* és munkatársai mondják, a nagy festékbőség, amely kifejezésre jut a vérfesték százalékának aránylagos magas voltában és a sejtek nagyságában (makrocytosis), ezzel szemben a gastrogen gastropriv vérszegénység jellemzője inkább a vérfestékszegénység, amely a sejtnagyság, illetőleg a térfogat és a vérfestékmennyiség törvényszerű összefüggése alapján rendszerint mikrocytosisban nyilvánul meg. Az első esetben a szervezetnek kellő mennyiségű vérképzőanyag áll rendelkezésére és csak a feldolgozás módja és rendszere a hibás, — ezen pedig csak a gyomor és a máj gyógyszeres adagolása segít — a második esetben azonban a vasszegénység az oka a vérszegénység kifejlődésének és ezért olyan kifejezett hatású a kétvegyértékű vas adagolása. Ennek a ténynek az ismerete pedig elsőrendű fontosságú, különösen a gyakorlóorvos szempontjából.

Murányi László dr.,
az I. sz. seb. klinika tanársegédje.

A heveny fertőző betegek kórházi ápolási költségeinek kérdése.

A kérdés e hasábokon a kérdés-felelet rovatban már ismételten szerepelt (1940, 16 és 1942, 14 sz.) Nem tudományos probléma, de 10 éves megfigyelés szerint a járványos betegségek leküzdésére az egészségügyi kormányzat részéről az utolsó évtizedben oly nagyszabásúan kiépített s oly szép eredményeket felmutató szervezetben komoly rést jelent. A 6000/1932. sz. N. M. M. rendeletek 5. ill. 16. §-ának egybevetéséből világosan kitűnik, hogy a hatósági rendeletre beszállított heveny fertőző betegek után egyrészt a biztosító intézetek nem kötelesek fizetni, másrészt pedig az egyébként fizetésre kötelezett nem vagyontalan betegektől az ápolási díjat csak az esetben lehet követelni, ha ők maguk, nem pedig házastársuk, szülőjük vagy gyermekük szállíttattak be és azon kívül nem tagjai vagy igényjogosult hozzátartozói valamely biztosító intézetnek. Legutóbb dr. Atzél min. tanácsos úr még inkább a beteg javára szóló feleletet adott (1942. 14 sz.), midőn azon véleményének adott kifejezést, hogy a közös szobán ápolt vagyonnal bíró de hatósági rendeletre beszállított beteg saját személyében sem kötelezhető fizetésre. Mindezekkel szemben mi a helyzet a valóságban? Az, hogy a fertőző betegekre nézve különleges jogszabályok vannak érvényben, a gyakorlatban szinte kizárólag a biztosító intézetek javára érvényesül. Ezek akkor sem fizetnek, ha ők küldik be a beteget valamilyen tévesnek bizonyuló diagnosissal, pl. kiderül, hogy az állítólagos tbc.-s betegnek typhusa van, de igyekeznek elhárítani a terhet akkor is, ha orvosuk fertőző betegség címén kérte a hatósági rendelkezést és az eset tons-follic.-nak, álcroupnak, dermatitisnek stb. vagy akár tbc,-nek ill. más, heveny fertőző betegségekkel még csak egykönnyen össze sem téveszthető megbetegedésnek bizonyul. Az egyéb, szegénységi bizonyítvánnyal nem rendelkező betegekkel szemben a rendeleteknek mind a beteg, mind a közegészségügy javát szolgáló rendelkezéseit a kórházfenntartók, akár közkórházakról, akár magánkórházaknak tekintendő járványkórházakról van szó, rideg pénzügyi okokból teljesen figyelmen kívül szokták hagyni. A baj ott kezdődik, hogy a hatósági beszállítás — nyilván a sürgősségre tekintettel — nincs valamely határozottan körülírt alakisághoz kötve. Sokszor csak egyszerű telefonon leadott utasításból áll, így a beteg vagy hozzátartozója a hatósági rendelkezés tényét utólag nem is képes bizonyítani. Azonkívül számos fórum, közöttük a legilletékesebbnek tekintendő közigazgatási bíróság is a hatósági orvost nem tekinti I. fokú egészségügyi hatóságnak, hanem polgármesteri, ill. főszolgabírói határozatot kíván, ilyennek meghozatala pedig sok helyütt egyáltalában nem szokásos. A vagyoni viszonyok utáni nyomozás, az ápolási költség követelése és behajtása alkalmával nem szokás különbséget tenni hatósági rendeletre beszállított fertőző és egyéb beteg között, követelik a

díjakat a hozzátartozóktól is, sőt ha lehet, biztosítóintézeti tagtól is pl. bekebelezik az ingatlanára. A jogszabályokról, a jogorvoslati lehetőségekről a fél nem kap tájékoztatást, ha véletlenül idejében fellebbez, a beadványt nem az 1300/1932 rendelet 33 §-ában körülírt jogorvoslat, hanem a 28. § szerinti elengedési kérelem gyanánt bírálják el. Nem egységes az Otba, Cserba stb. alapok magatartása az ápolási díj megtérítése tekintetében és különböző viták merülhetnek fel különszobában ápolás esetében, mert erre vonatkozólag a rendeletekben nincs intézkedés.

A kérdés rendezése igen kívánatos. Az 1936. IX. tc. 22. §-a szellemében az egyedül illetékes hatóságnak a hatósági orvosnak kellene lennie s minden egyes fertőző beteg bejelentésekor írásban kellene leszögezni, hogy a beteg otthon ápolható-e, vagy pedig a hatósági beszállítás lett-e elrendelve; utóbbiról a beteg is kapjon írást kézhez. Elképzelhető oly elvi felfogás, hogy a fertőző betegek ápolási díjaira vonatkozólag ugyanazon jogszabályok legyenek érvényesek, mint a többi betegre nézve. Sok igazság volt abban a régebbi intézkedésben, hogy felét az egyébként fizetésre köteles személy (ideértve a biztosító intézeteket) felét a betegápolási alap fizette. A jelenlegi, az OTI szanálás korából visszamaradt helyzetben a hatalmas biztosító intézetek teljesen mentesülnek a fertőző betegek ápolási díjai megfizetésétől, míg ugyanakkor egészen kis existentiákra (kisiparosok, kiskereskedők stb.) súlyos és amellett igen gyakran jogalappal nem bíró terheket zúdítanak, amit nem lehet helyeselni. A legideálisabb megoldás az volna, ha a hatóság rendeletére a köz érdekében beszállított beteg után a költségeket egészükben a köz (államkincstár, község) viselné. Az ápolási költségektől való félelem ugyanis korszerű fertőző osztályok működési körzetében a megbetegedések eltitkolásának legfőbb oka, zavarja mind a hatósági, mind a kórházi orvosok munkáját és végeredményben károsan befolyásolja a fertőző betegségek elleni védekezést.

Szirmai Frigyes dr.
városi közkórházi főorvos, Ujpest

Heveny és idősült fülbetegségek gyógyítása aristalginnal.

Az operativ fülgyógyászat a paracentesissel kezdődik. Ezt a beavatkozást Schwartze vezette be, illetve ő avatta tudományosan megalapozott gyógyító eljárássá. Megadta szabatosan körülhatárolt javallatait is. A dobhártyametszés ezután igen gyorsan elterjedt és a conservativ fülgyógyászat eszközei és módszerei háttérbe szorultak.

Zaufal, Piffl és mások kritikai hozzászólása után a dobhártya átmetszése lassan ismét elfoglalta az őt megillető helyet. Ez a folyamat egyrészt a dobhártyametszés indokolatlan gyakoriságát csökkentette, másrészt ismét a conservativ fülészeti módszerekre terelte a figyelmet.

A conservativ therapia részben általános, részben helyi rendszabályokból áll. Az általános kezelés ágynyugalom előírásával kezdődik és verejtékeztető-, valamint ingertherapia elrendelésével folytatódik. Az általános rendszabályokat helyileg alkalmazott meleghatással egészítjük ki. Erre a célra hőlégszekrényt, Sollux-lámpát, rövidhullámot és meleg borogatásokat alkalmazunk. (Só, lenmagliszt, antiphlogistin, thermophor, párakötés.)

A helyileg alkalmazott meleg hatása helyi vérbőség előidézésében áll, ez a localis hyperaemia pedig a felszívódási folyamatokat befolyásolja kedvezően.

A localis therapia további eszközei a különböző, helyileg alkalmazott gyógyszerek. Olyan anyagok jöhetnek tekintetbe, amelyektől heveny esetekben fájdalomcsillapító és lobcsökkentő, idősült esetekben fertőtlenítő és váladékcsökkentő hatást remélhetünk.

A gyógyszer bejuttatása történhetik porbefuvás, kiöblítés és becseppentés formájában. A porbefuvás hátránya az, hogy a legfinomabb por is corpuscularis részecskékből áll, és mint ilyen, izgatja az amúgy is érzékeny gyulladásos nyálkahártyát. A kiöblítések hátránya az, hogy a beteg ülő helyzetében kell végrehajtanunk, így az öblítő oldat gyorsan kiürül és csak rövid ideig érintkezik a beteg területtel. Ezzel szemben a cseppeket a beteg fekvő helyzetében alkalmazzuk, amely helyzetet tetszésszerinti ideig fenn lehet tartani, vagyis a gyógyszer hosszabb ideig érintkezik a beteg nyálkahártyával és hatásai jobban érvényesülhetnek.

(Becseppentésre meleg oldatokat használunk. Kamillatea, olaj, alcohol stb. használatosak erre a célra. Fájdalomcsillapító és lobcsökkentő hatásuk magyarázata a helyi vérbőség. A vérbő terület több vért kap, ezáltal bővebben jutnak oda védőanyagok, de a vér eláramlása is fokozott, tehát meggyorsul a salakanyagok, a gyulladásos termékek távozása is.)

A fülcseppentésre használt oldatok között különleges helyet foglal el az *aristalgin* fülcsepp (Wander).

Az *aristalgin* az ac. carb. liquef. 1%-os glycerines oldata.

A carbol bénítja az érző idegvégződéseket, ami a fájdalom csökkentését vonja maga után. A carbol azon kevés hatóanyag közé tartozik, amely már az ép bőrről is felszivódik (a dobhártya külső felszínét többrétegű laphám fedi), viszont a glycerin által előkészített talajon a felszívódás gyorsabbá válik.

A fájdalom csillapításához azonban az oldószer, a glycerin is hozzájárul. Az *aristalgin*-ban lévő glycerin nem egyszerű, hanem víztelenített glycerin (glycerinum anhydricum). A glycerin erősen hygroscopikus anyag. 17% vizet vesz fel. A víztelenített glycerin ezt a vízmennyiséget a vele érintkező szövetekből, a jelen esetben a dobhártyából vonja el. De nemcsak a dobhártya szöveteiből von el vizet, hanem feltehető, hogy azon keresztül a dobüregből is. Ezáltal a dobüregi feszülés csökken és a dobhártya a nyomás alól felszabadul, a bőrhám szarúrétegét imbibálja, felduzzasztja, a hám gyógyszerfelvevő, gyógyszerátbocsájtó képességét fokozza.

Az *aristalgin* a carbol mellett még két felületi érzéstelenítő szert tartalmaz. Egyike ezeknek az azophen. Általánosan ismert, hogy az azophen a centralis láz és fájdalomcsillapító hatáson kívül localis fájdalomcsillapító tulajdonsággal is rendelkezik. A szöveteket nem támadja meg, nem macerálja és töményebb oldatokban sincs maró hatása. Felszívódását a hámrétegen át a glycerines alapanyag lehetővé teszi. Az *aristalgin* azophen-tartalma 5%. További anaesthetikus alkatrész a specialis dr. Wander-féle érzéstelenítő anyag: diaethylglycyl-o-toluidid-hydrochloricum, amelyre az azophennél elmondottak szintén érvényesek.

Az *aristalgin* hatásmechanismusa ezek szerint a következőképpen alakul:

A víztelenített glycerin vizet von el a dobhártya szöveteiből és imbibálja annak hámját. Az így előkészített hámrétegen át az anaesthetikus és antiseptikus alkotórészek felszívódnak és kifejthetik hatásaikat. A glycerin azonban a dobüregből is von el vizet és a dobüregi feszülés csökkentésével teljessé teszi a fájdalomcsillapító hatást, hiszen a fájdalom forrása éppen a dobhártya feszülése. Természetesen nem minden fülbetegség alkalmas conservativ kezelésre. A rohamosan kifejlődő, már napok alatt a legsúlyosabb szövődményekre vezető heveny esetek és a conservativ lehetőségek határain túlhaladt idősült folyamatok gyógyítása feltétlenül sebészi.

A heveny fülbetegségek közül conservativ osmochemotherapiás kezelésre alkalmas:

1. a heveny középfülhurut,
2. az egyszerű heveny középfülgyulladás.

A két kórkép között éles határvonal nem vonható. Ugyanazon gyulladásos folyamat fokozatainak tekinthetők. A heveny-hurut fájdalom nélkül, a hallás hirtelen eltompulásával kezdődik. Láz többnyire nincs, ellenben különböző acustikai sensatiok jelentkeznek. (Zúgás, csengés, kettős-hallás stb.) A heveny középfülgyulladás ezzel szemben heves fájdalommal és lázzal járó megbetegedés. A hallás természetesen itt is csökkent és itt sem hiányoznak az említett acustikai sensatiók. Objective heveny hurutban a dobhártya gyöngyházszerű fényének elfakulását, esetleg rózsaszínűvé válását, erezettségét észleljük, heveny gyulladás esetén viszont élénkvörös dobhártyakép tárul elénk, amelyen az anatomiai részletek kezdenek elmosódni. Röviden: az acut catarrhus uralkodó tünete a hallászavar, az acut otitis media uralkodó tünete a láz és a fájdalom.

Az idősült fülbetegségek *aristalgin* kezelésre alkalmasak, ha a gennyedés nyálkahártya eredetű.

A csontgennyedések operativ beavatkozást igényelnek.

Az idősült nyálkahártyagennyedések gyógykezelése annál inkább conservativ, minthogy ez a folyamat az életet nem veszélyezteti és ezen folyamatokban az esetleg végrehajtott radicalis műtét sem hozza meg a kívánt eredményt.

Az idősült nyálkahártyagennyedések conservativ kezelése a középfül fertőtlenítését célozza, amit nyomon követ a váladék csökkenése, megszűnése és a középfül üregeinek kiszáradása.

Ez a conservativ therapia antiseptikus anyagok bevitelén alapszik. Erre a célra tehát igen alkalmas az *aristalgin* fülcsepp.

Annak a kérdésnek az eldöntése, hogy egy-egy adott esetben csont-, vagy nyálkahártyagennyedésről van-e szó, szakorvosi feladat. Az idősült fülfolyamatok conservativ gyógykezelését tehát *szakorvosi consultationak* kell megelőznie.

A heveny esetek conservativ kezelését a gyakorlóorvos, háziorvos, szakorvos megkérdezése nélkül is elkezdheti.

Az *aristalgin* kezelés mellett állandóan ellenőrizni kell a dobhártyaképet, a hallást, a beteg általános állapotát és ha a folyamat progrediálna, úgy a beteget szakorvosnak adjuk át.

Az *aristalgin*-t, — amióta forgalomba került — állandóan rendelem. Számos heveny esetben megfigyeltem becseppentése után a fájdalom gyors enyhülését és a másnapra berendelt betegen a dobhártya szép elhalványulását. Ugyancsak számos, addig minden kezeléssel szemben ellenálló idősült nyálkahártyagennyedésben tapasztaltam — *aristalgin* hatására — a váladék fokozatos csökkenését és az esetleg évtizedes »fülfolyás« megszűnését. Ebben bizonyára közrejátszik az *aristalgin* antiseptikus tulajdonságán kívül az általa megindított és már több ízben említett osmotherapiás hatás is.

Befejezésül még megemlítem, hogy egyes szerzők az *aristalgin* melegen történő alkalmazását, valamint a meleghatások egyidejű alkalmazását ellenzik. A magam részéről ezt nem találom indokoltnak. Az *aristalgin* minden alkotó része hőálló, tehát elbomlásától nem kell tartanunk. Különben sem forró, hanem csak melegített használatáról lehet szó.

Ami pedig a helyi meleghatás egyidejű alkalmazásának tilalmát illeti, legfeljebb a nedves meleg tilalma jöhet szóba, mert ilyenkor az *aristalgin* esetleg a párakötés nedvtartalmából vesz fel annyit, amennyi a víztelenített glycerint telíti s így az osmotherapiás hatás elmaradhat.

A száraz melegnek (Sollux, thermophor) egyidejű alkalmazása azonban véleményem szerint semmiféle akadályba nem ütközik, sőt ezek a hatások egymást kölcsönösen kiegészítik.

Kétségtelen, hogy az *aristalgin* a conservativ fülgyógyászat hasznos orvosszere és alkalmazását különösen a gyakorlóorvos részére a legmelegebben ajánlhatom.

Halász István dr.,
orr-, gége- fülszakorvos, Orosháza.

Kérdés — felelet!

Kérdés: 7 év óta — mint körorvos — minden látleletre, amennyiben azt nem szegényjogon állítottam ki, 1.— P-s okmánybélyeget ragasztottam azon az alapon, hogy a hatósági orvosi bizonyítványokra 1 P, a magánorvosi bizonyítványokra 2 P bélyeg ragasztandó. Emiatt nem is volt eddig semmi kellemetlenségem. Most azonban az adóhivatal egyszerre 3 db., még 1940-ben kiállított látleletemet megleletezte és úgy engem, mint a feleket egyenként 3—3 P megfizetésére kötelezett azon a címen, hogy nincs különbség hatósági és magánorvos által kiállított látlelet között. Eltekintve attól, hogy 7 év óta egyet sem hiányoltak meg illetéklerovás miatt: ez a leletezés különösen a betegeim szempontjából kellemetlen, minthogy őket is bünteti s joggal hihetik, hogy ennek oka az orvos járatlansága.

Igaza van-e az adóhivatalnak? Ha nincs, milyen jogszabály alapján élhetek betegeimmel együtt fellebbezéssel?

S. Gy. dr.

Felelet: A pénzügyminiszter 36.311/1937. XI. a. számú, kamaránkhoz intézett rendelkezése szerint (Orsz. Orvoskam. Közl. 1937 ápr. 15.): »A magánorvosi bizonyítvány (látlelet) illetéke 2 P, a hatósági orvos által olyan célra kiállított bizonyítvány (látlelet) pedig, amely célra jogszabály hatósági orvosi bizonyítvánnyal való igazolást ír elő, 1 P illeték alá esik (ill. díjj. 21. tétel, 5100/1931. M. E. sz. rendelet 14. §. (1) és (6) bekezdés). Az orvosi bizonyítványokra vezetett olyan záradék, amelyet valamely jogszabály alapján ellenőrzés vagy hitelesítés tekintetéből hivatalosan kell rávezetni, illetékmentes. (III. díjj. 22. tétel r. pont).«

A fent hivatkozott illetéki díjjegyzék 21. tétele a következőképpen szól: »21. tétel. *a)* Mindazok a bizonyítványok, amelyekben bíróságok, állami, törvényhatósági, községi vagy egyházi hatóságok, hivatalok vagy hivatalos személyek közjegyzői, ügyvédi, kereskedelmi és iparkamarák, mezőgazdasági kamarák, ipartársulatok és hasonló célú törvény alapján szervezett testületek tényeket, személyes vagy tárgyi tulajdonságokat vagy körülményeket, értékeket stb. bizonyítanak vagy tanusítanak, *1 P illeték alá esnek.* (R. 14. §. (1) bek.)«

A leletező adóhivatalnak a fentiek szerint tehát nincs igaza, betegeivel együtt nyugodtan fellebbezze meg az illetékes m. kir. pénzügyigazgatósághoz.

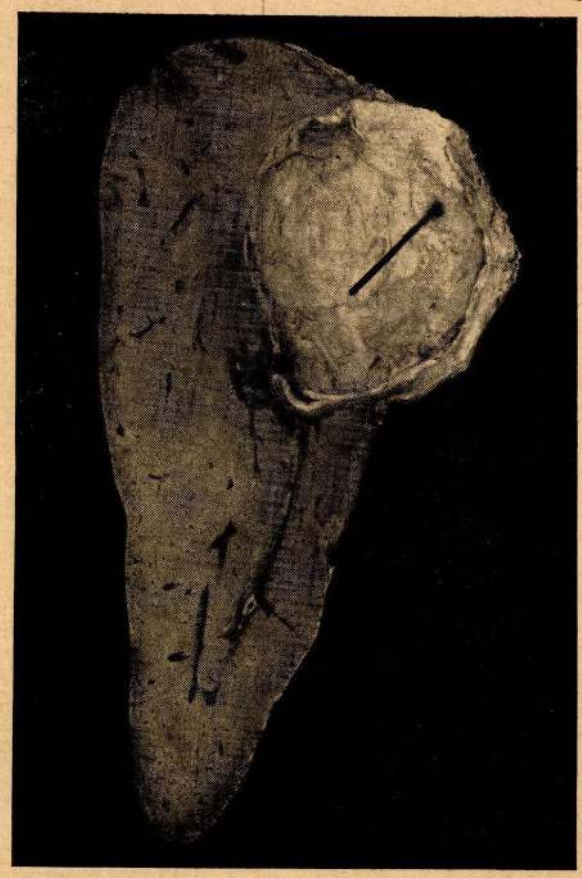
Bakács György dr.
Orv. Kam. titkár.

38 éves férfiról van szó, kinek betegsége 1940 tavaszán kezdődött. Reggel 6 és 7 óra között kitűnő közérzet után összeesett, majd gyomorgörcsök, hányinger, hányás jelentkeztek. Az azonnal kihívott orvos észlelete: A bőr, amelyen itt-ott fehér foltok is mutakoznak, általában cyanotikus és hideg verejtékkel fedett. Az arc, ajkak és a fülek bőre hatalmasan duzzadt, az egész test izomzatán tonusos-klonusos görcsök észlelhetők. A pulsus nem tapintható. A pupillák tágak, renyhén reagálnak. A légzésszám ritka. A légzés hörgő. A beteg soporosus, csak időnként kiált fel és tűrhetetlen hasi görcsökről panaszkodik. Többször ürít pépes sötétbarna székletet. Időnként dobálja magát. Közli, hogy hasonló rohama soha nem volt, gyomorrontásra gondol.

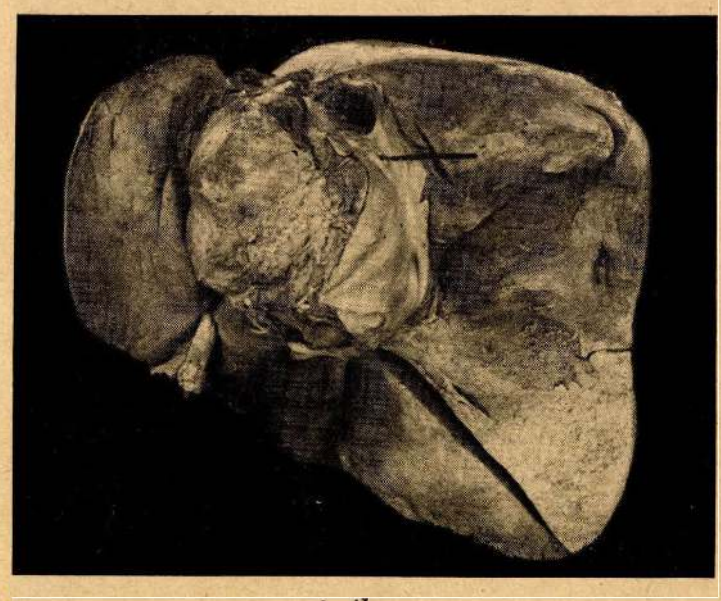
Másnap a II. sz. Belklinika ambulantiáján megvizsgálták. A physikalis vizsgálat eltérést nem mutatott. Wa.-r. ++++. Fractionált próbareggeli értéke éhgyomorra 42—52, legmagasabb értéke 60 perc mulva 40—60. Az összes fractiókban bőséges nyák. Vérkép: Vvs.: 4,900.000, fvs.: 13.400, qual. vérkép: st.: 1, se.: 29, eo.: 44, ba.: 1. mo.: 4, ly.: 21%. Mellkas-, gyomor-, bélröntgen: Csúcsok szabadok. Hilusok kötegesen rajzoltak. Rekesz feltolt, a jobb jól. a bal renyhén mozog. A bal sinus fixált. Szív feltolt, alakja rendes. Aorta zömök. Mediastinum szabad. Horogalakú, a crista vonaláig érő, jó tonusú gyomor. Fogazott nagygörbület, izgatott, mélyen fűző peristaltika. Pylorus és duodenum spastikus. Kis bulbus. Nyálkahártyarajz igen durva, vaskos. 2 ó. m. normalis lefutású, az ampulláig egyenletesen kitöltött colon. Fokozott haustratio. Appendix nem telődött. Dg.: Quincke-oedema. Lues. Gastritis chr. Th.: Rost- és fűszerszegény diaeta. Novatropin-, papaverin-cseppek. Antilueses kúra. A gyógyszeres kezelésre a beteg panaszmentessé vált.

1941. V. 22-én a roham az első alkalommal észlelt tünetekkel megismétlődött. Három óra multán calc., coffein, tetracor, omnosan i. m. injiciálására jobban lett, de az arc és a szemhéjak bőrének vizenyője ezután sem tűnt el. Belladonna- és ópiumkúpok, carbo medicinalis, diaeta a panaszait megszüntették. Este ½10 órakor felesége jó állapotban hagyta munkahelyén. Fél óra mulva környezete arra lett figyelmes, hogy a beteg lakásáról kirohant és nagyot puffanva elesett. Az azonnal kihívott intézeti orvos halálát állapította meg.

Bonclelet (Rb. 876/1941): Közepesen táplált férfi hullája. A szemhéjak, az ajkak, az áll és a kezek bőre duzzadt. A lágyagyburkok középvértartalmúak. A jobb tüdő lapszerint lenőtt. A szív üregeiben sötétvörös folyékony vér van. A bal kamra belhártyájában számos pontszerű vérzés van, melyek helyenként lencsényi foltokká olvadnak össze. A szívizom vérszegény, zavaros. A billentyűk és a koszorús verőerek épek. A függőér kezdeti szakaszának belhártyája számos mákszemnyi vajsárga folttal behintett. A szív súlya 335 g. A tüdők puffadtak, alapszövetük bővérű, a lebenyek hátsó felében süllyedéses törékenység állapítható meg. A lágyszájpad, a nyelvcsap, de különösen a gégefő bemenetének nyákhártyája vizenyősen duzzadt, az utóbbi helyen a garat felé lelóg. A lép középnagy, állománya bővérű. A vesék középnagyok. A kéregállomány vérszegény. A máj kissé megnagyobbodott. A Spiegel-lebeny helyén férfiökölnyi, félgömbszerűen kiemelkedő, kérgesfalú, borsónyi-kisdiónyi leányhólyagokkal és kissé vörhenyes árnyalatú, de átlátszó folyadékkal telt echinococcus-tömlő foglal helyet. Ennek belfelületét fakó, világos okkersárga, törmelékes massza borítja. Jobboldalt a tömlő falán borsónyi kiboltosulás fenekén mákszemnyi nyílás vehető észre (1. ábra), melyen át a gombos kutató ellenállás nélkül az alsó üres visszérbe vezethető. A nyílás a visszér felől fél borsónyi dudor felszínén helyezkedik el és fölötte a belhártyán zabszemnyi folt területében ½ mm vastag, szürkés vörhenyes lepedék tapad, amely hosszával a visszér tengelyében helyezkedik el (2. ábra). A gyomor nyákhártyája duzzadt, belövelt és üvegszerűen áttűnő, kissé vörhenyes árnyalatú nyákkal borított. A vékony- és vastagbelek nyákhártyája vérszegény. A húgyhólyag üres.



1. ábra.



2. ábra.

Az előzmények és a bonclelet alapján nem kétséges, hogy a halál közvetlen oka fulladás volt, ami anaphylaxiával járó görcsrohamok és gégevizenyő folytán következett be. Az anaphylaxia kifejlődésére az adott alkalmat, hogy a májban ülő echinococcus-tömlő az alsó üres visszérbe tört, illetőleg folyadéka az érrendszerbe szivárgott. Valószínű, sőt bizonyos, hogy már az első rosszullétet és a görcs-

rohamot is a tömlő folyadékának az érrendszerbe jutása okozta.

Klinikai érdekessége ez esetnek, hogy az életben több ízben kórismézett Quincke-oedema anaphylaxiás eredete objectiv alapot nyert, amennyiben a boncoláskor kiderült, hogy echinococcus-tömlő fakadt be a vena cava inferiorba.

Ilyen esetek törvényszéki orvostani vonatkozása is figyelemre méltó. Felmerülhet ugyanis a mérgezésnek, vagy mint jelen esetben is történt, az ételmérgezésnek gyanúja. Hasat ért tompa erőbehatások esetén pedig már a tünetek alapján is arra terelődhetik a gyanú, hogy a halált traumás hasi shock okozta. Trauma szerepe azonban csak alapos vizsgálattal zárható ki. Amennyiben erőművi trauma csakugyan szerepelt, az a kérdés vetődhet fel, hogy vajjon ez közrejátszott-e és milyen mértékben a tömlő megrepedésében, vagy a már megtámadott érfal átfúródásában. Ha széles tömlőrepedés állapítható meg, úgy sokkal határozottabb szerep volna a megtörtént traumának tulajdonítható, mint az általam észlelthez hasonló perforatio esetében. Az utóbbinál ugyanis a tömlőt határoló szövetek valamely pontjának a perforatiót előkészítő meggyengülése, elvékonyodása lényegesen elősegíti az esetleges trauma hatását. Ilyen esetben tehát a Bprt. 242. §-a 2. pontjában meghatározott másodlagos ok veendő tekintetbe, mert az elszenvedett trauma a sérültnek valamely különös tulajdonságánál vagy állapotánál fogva válnék halálossá.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

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

A kardnyúlvány-fájdalom jelentősége és gyógyítása. *Fenz.* (Münch. med. Wschr. 1942. 10. sz.) A különböző apophysis fájdalom, amilyen pl. a kardnyúlvány-fájdalom (xiphoidalgia), rendszerint más betegség kísérő tünete. Jelentősége is ebben rejlik: ráirányítja a figyelmet az alapbajra. 4000 rheumás és szívbeteg közül 84 esetben talált xiphoidalgiát. A betegek pontos kivizsgálása azt mutatja, hogy legnagyobb részben kisugárzó fájdalmakról van szó. 45 hypertoniás, közöttük 20 stenocardiás esetet talált. A fájdalom valószínű oka coronariák eiváltozása. Kisebb számban spondylosis thoracalis, gyomorfekély, ill. hurut, epehólyagbetegség, substernalis struma, sternum methastasis volt a fájdalom oka. Elsődleges xiphoidalgiát okoz trauma mellett a porc. xiphoideusra localizálódó — általa apophysitis rheumaticának nevezett — kórkép. Xiphoidalgiát észlelt ezenkívül adipositas dolorosa, osteoporosis, psychogen neuralgia kapcsán. A fájdalom az alapbaj megszűnése után rendszerint elmúlik. Ha ez nem következik be, vagy ha igen erős, egy-kétszeri localis, ill. paravertebralis novocain érzéstelenítést ajánl. A tartós vagy sokszor végleges fájdalommentesség oka a fájdalom és érszűkület közti kölcsönhatás megszakítása. (B. 19.)

Vidra József dr.

FAGIFOR „CITO"

Calcium-sókat tartalmazó jódzű mentholos lacto-kreosot-syrup

Ideális enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

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

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

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

TÁBORI EGÉSZSÉGÜGY ÉS HADISEBÉSZET

Rovatvezető: *Sereghy Emil.*

Irányelvek a mellkasi sérülések kezelésére a harctéren és hátországban. *Sauerbruch:* (Der deutsche Militärarzt, 1942/1).

Az eddigi tapasztalatok alapján a háborús sérülések elsődleges sebellátása: sebkimetszés, illetőleg sebrendezés, nyitott sebkezelés és nyugalomba helyezés. A német szervezés szerint koponya, csont-ízület, hasi sérülések számára külön kórházat állítottak fel, a harctéren kívánatosnak tartja ilyen speciális kórházak felállítását mellkasi sérülések számára is. A tüdő és szív akkor működik physiologiásan, ha a tüdőfelület a mellkasürt teljesen kitölti: *a)* Ha mellkasi sérülés után a mellkasfal sebe összefekszik, a nyilt légmell zárttá válik. Jóllehet a tüdő összehúzódott, a negativ nyomás megszünt, a megkisebbedet tüdő az éppel egy rithmusban működik, gázcseréje kisebb, de elegendő, a szív és az ép tüdőfél működését nem zavarja. Később, ha izzadmány vagy utóvérzés nem lép fel, a sérült, összenyomott tüdőfél is lassan kitágul. *b)* Kifelé nyilt légmellnél a levegő a mellkasfal nagy sebén át szabadon közlekedik. A sérült oldali tüdő teljesen összehúzódik, a légzésben nem vesz részt. A gátor az ép tüdő felé nyomódik, a szív, az ép tüdőfél is kevésbbé tud működni, eleinte a gázcsere, később a szívműködés elégtelenné válik. Fulladásos halál fenyeget, ezt súlyosbítja a szívműködés zavara, a shock és a vérvesztés. A kifelé nyilt légmellett lehetőleg rögtön zárttá kell változtatni, hogy az életet megmenthessük. *c)* Befelé nyilt légmell bronchus, vagy nyelőcső szétszakadása következtében áll elő, ugyanazok a jelenségek lépnek fel, mint kifelé nyilt légmellnél, de nem olyan viharosan. Túlnyomás fenyc-

Sedival syrup

Valeriana, calc. glycerophosphor, magn. bromat kellemes ízű syrupban. Bromismust nem okozó, nem cumulálódó enyhe sedativum. Gyermekek szívesen veszik.

Liquor hypnobromid

Aethylmorphin hydrochlor, codein hydrochlor, paraldehyd, brom natr. — Megszokás nem következik be és bódultságot nem okoz. A paraldehyd ízét és szagát a vivőanyagul szolgáló és különleges eljárással készült aromatikus syrup kitűnően fedi.

Sedival tabl.

Nátr. phenylaethylbarb., natr. glycerophosphor, bromisovalerylurea és polybromat. Összetétele folytán sedativ hatása mellett enyhe altató hatást is fejt ki.

SZENT PÉTER

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

CERTA
INJECTIÓS CUKOR-THERÁPIÁNÁL FOKOZOTT A B_1-VITAMIN-SZÜKSÉGLET.
Ezt fedezi a
BÉHEXOS
B_1-VITAMIN + INVERTCUKOR
„CERTA" Gyógyszerészeti Laboratórium R. T., Budapest.

get, amit rögtöni Bülau-drainage-val kell megszüntetni. Kifelé és beflé nyilt légmell tiszta alakban ritkán keletkezik, rendesen nagy mellkasfalsérülés bronchussipollyal együttesen lép fel. *d)* Szelepes légmell keletkezhetik a mellkasfal, vagy a bronchus sérülése következtében, gyakran lép fel bőr alatti levegőgyülem is. A levegő elnyomja a gátort, szűkiti az ép tüdőt, a szív megcsavarodik, a vena cava megtöretése által hirtelen halál következhetik be. Levegőgyülem benyomulhat a gátorba is. Ilyenkor a túlnyomást kell megszüntetni. *e)* Elsődleges vérzésnél, később keletkezett izzadmánynál a mechanikus következményeket kell elsősorban megszüntetni, ezenkívül a vérgyülem és az izzadmány elsőrangú táptalajul szolgál a fertőző csírák számára. A Bülau-drainage készítése igen jó eredménnyel jár. *f)* Fertőzés léphet fel elsődlegesen a lövedék, ruhacafat, földes szennyezés következtében, felléphet másodlagosan a mellkasfal, vagy a tüdő sebéből, végül késői fertőzés is jelentkezhet a mellkasfal, vagy a tüdő, bronchus sebéből.

A mellkasi sérülések kezelése: I. Tábori intézeteknél: 1. Ha nincsenek nyomásos tünetek kaliber nagyságú lövési nyílásoknál conservativ kezelést alkalmazunk. 2. Nyomásos tünetek esetén (feszülő légmell, izzadmány, vérgyülem) Bülau-drainage-t végzünk. 3. Fokozódó vérzésnél aethernarcosisban túlnyomásos készülékkel a mellkasfal és tüdőseb széleit kimetsszük, vérzést csillapítunk, idegen testeket (bordadarabok, ruhacafat stb.) eltávolítjuk, a lövedéket ne keressük. A rekesz, szív nyelőcső sebét varrjuk, utána a mellkasfalat zárjuk. Bülau-drainage-t készítünk. A beteget csak 4—6 hét mulva szállíthatjuk. 4. Másodlagos mellkasi vérgyülemnél, főleg ha izzadmánnyal társul, izzadmánynál Bülau-drainage. 5. Korai mellkasi genny-gyülemnél Bülau-drainage. Empyemaüreget csak hátországban operáljuk. 6. Pleuraphlegmone-nál és mellkasfalgennyedésnél tág feltárást végzünk. 7. A tüdőtályogot 8—10 hétig conservative kezeljük. 8. Bentrekedt lövedéket csak késői vérzés, vagy tályog esetén távolítjuk el, lehetőleg a hátországban. 9. Nyelőcsősérülést tábori intézetben a sorsára kell bíznunk, mediastinotomiát a harctéren ne végezzünk. 10. Szív sérülés után rögtön műtétet kell végezni, a mellkasüreget Bülau szerint drainaljuk. 11. Hasi szervek egyidejü sérülését lehetőleg a rekesz sebén át lássuk el.

II. Hátországban: 1. Ha empyema után 10—12 hét mulva tüdőtornáztatás és túlnyomásos kezelés dacára üreg marad vissza, extrapleuralis thoracoplastica-t végzünk, igen nagy üregnél előzetes thorascoplastica után Schede-műtét hoz gyógyulást. Az alsó bordáknál kíméljük a n. intercostalist, mert hasizombénulás léphet fel. 2. Bentrekedt lövedéket csak akkor távolítunk el, ha késői vérzéseket, tüdőtályogot, üszkösödést okoz. (S. 17.)

Sereghy Emil dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Leitfaden der Entwicklungsgeschichte des Menschen. *Horst Boenig.:* (2. kiadás. Georg Thieme, Leipzig, 1942. 285—328, részben színes ábrával. MK.7.65.) Az emberi szervezet fejlődését ismertető munka, amely az emberi pete és különböző fejlődési szakaszainak vizsgálatán alapuló jelenségek leírására szorítkozik, különösen az orvostanhallgató és a gyakorló orvos igényeinek felel meg és célszerűen egészíti ki anatómiai ismereteit. Rendszeresen tárgyalja a fejlődést megelőző spermio- és ovogenesist és a termékenyítést, a pete barázdálódását, a csiralemezeknek, a szervek telepeinek és a magzatburkoknak kialakulását, az egyes szervek fejlődését és a torzképződmények létrejöttét számos kitűnő ábrával illusztrálva. Az emberi viszonyok és az alaki nézőpontok előtérbehelyezésével a műben az összehasonlító és a kísérleti fejlődéstan teljesen háttérbe szorulnak, nemkülönben a szövetek kialakulásának kérdései és az élettani vonatkozásaikban. Ezen az általános biológiai keretében pótolható hiányok mit sem vonnak le a könyv gyakorlati értékéből, amely éppen rövidségében, egyszerű rendszerességében és áttekinthetőségében rejlik.

Huzella Tivadar prof.

A húgykőbetegség kórtana. *Dr. Schmidt Albin.* (Pp. 1941. Novák, 5 P). Igen nagy klinikai anyagon és a szerteágazó irodalmi adatok alapján tárgyalja a szerző a húgykőbetegség kórtanát. A veseműködés élettanának, valamint a vizelet chemiai összetételének részletes ismertetése után a húgykövet képző sók chemiai és kolloidchemiai sajátosságait ismerteti. Majd ennek alapján kifejti a húgykőképződés mechanismusát. Tárgyalja a különböző húgykövek tulajdonságait, ezután rátér a húgykőképződés okaira és részletesen ismerteti a milieu, az alkat, a táplálkozás, valamint egyes betegségek szerepét a húgykőbetegség keletkezésében. A mű összefoglaló alapossággával világos, érthető és emellett könnyed szövegzésében nemcsak hasznos, hanem élvezetes olvasmány.

Verebély Tibor dr.

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

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

DORMOVIT*

alvási zavaroknál

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

*) Furfurylisopropylbarbitursav

DIWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A.G., BERLIN-WAIDMANNSLUST

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

DCH

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

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

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

Diachemia Straub Sandor gyógysz. és vegy. lab. BUDAPEST

RIZOMALTAN

rizsnyákos csecsemőtápcukor (dextrin-maltose) szénhydrat-tápszer tejhigítások készítéséhez

Dyspepsiára hajlamos csecsemők számára.

Mesterséges táplálásra már az újszülött korban is bevált.

RENDELHETŐ SZABADON:
OTI, DOBI, POSTA, HÉV, Bányatárspénztár, Közgyógyszerellátás, Szfőv. Közkórházak. — MÁV: üzletvezetőség útján, MABI: intézeti rendelőjében.

Egy mérce (7 1/2 gr) Rizomaltan 1 deci tejhigításban felfőzve, azonnal fogyasztható, a szokásos mennyiségű nyákot és 5% tápcukrot tartalmazó gyógytáplálékot szolgáltat.

KROMPECHER TÁPSZER- ÉS GYÓGYSZERIPARI KFT., Budapest, V., Nádor-utca 15.

Asthma bronchiale esetében
prophylaktikusan és rohamoldáshoz

Taumasthman

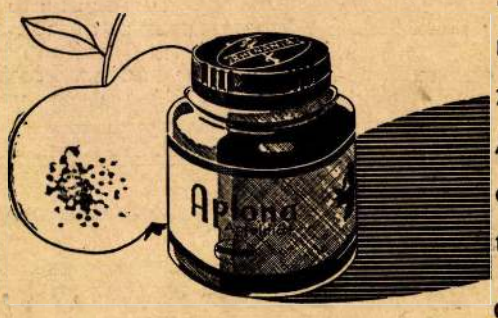
tabletta

Peroralis prophylaxis
Peroralis rohamoldás

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

Polytrop antidiarrhoikum

részleges hatásu gyógyszerek helyett.



Szén, bolus, tannin-kombinátiók és hasonló per os, vagy rektálisan alkalmazott gyógyszerek felszívó — és desinfiziáló képessége igen korlátolt.

Az Aplona — a nyersalma hátrányaitól mentesen — egyesíti magában a gyógyszer specifikus hatását, a természetes és ideálisan assimilálható gyógydiätával.

Csomagolás: üveg 50 és 100 g. tartalommal.

Aplona

gyógyszer és egyben diäta.

Méregtelenit, szabályozza a bélműködést és megszünteti a hasmenést.

RHENANIA

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

Magyarországi képviselet: Wack Keresztély Budapest IX/8.

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

VEGYESHIREK

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

Rektor- és orvoskari dékánválasztások eredménye értelmében az 1942/43. tanévre a *budapesti* Tudományegyetemen rektorrá *Bakay Lajos*, orvoskari dékánná *Kiss Ferenc*, kari jegyzővé *Issekutz Béla*; a *kolozsvári* Tudományegyetemen rektorrá *Kovrig Béla*, orvoskari dékánná *Gyergyay Árpád*, kari jegyzővé *Horváth Béla*; a *pécsi* Tudományegyetemen rektorrá *Schaurek Rafael*, orvoskari dékánná *Császár Elemér*, kari jegyzővé *Gorka Sándor*; a *debreceni* Tudományegyetemen rektorrá *Haendel Vilmos*, orvoskari dékánná *Went István*, kari jegyzővé *Borsos Nachtnébel Örön*; a *szegedi* Tudományegyetemen rektorrá *Fröhlich Pál*, orvoskari dékánná *Gellért Albert*, kari jegyzővé *Rávnay Tamás* professzorokat választották.

Törökországban a tanulóifjúságnak megtiltották a dohányzást. A török kormány Anatoliában szemibeteg-kórházakat építtet, melyek főleg a trachoma leküzdését szolgálják.

Horvátországban az egészségügyi minisztérium fennhatósága alá tartozó munkásbiztosító központot létesítettek Zágrábban.

Argentinában állami hivatalt létesítettek a rák elleni küzdelem szolgálatára, a Buenos Aires-i egyetem orvosi fakultása pedig a ráktan számára tanszéket létesítettek.

Helyreigazítás. 24. számunkban Korányi A. dr. cikke 3. hasábján hivatkozik dr. Sás József 1937-ben megjelent cikkére. Ez a cikk a Gyógyászatban *1935-ben* jelent meg.

Kiadóhivatalunk július és augusztus hónapokban hétfőn és szombaton hivatalos órát nem tart.

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

A frontátvonulások áttekintése 1942 március első felében. Március 1—15-ike között az időjárás annyiban normalisabb mederbe tért, hogy a betörési frontok száma fokozatosan a normalisra emelkedett, a felsiklási frontok száma pedig csak az első 10 nap folyamán volt abnormisan nagy, később ellenben a normalisra csökkent. Budapesten a betörési frontok összes száma 25, a felsiklási frontoké 10 volt. Érdekes, hogy ebben a két hétben (éppen úgy, mint a megelőzőben) egyetlen erős fejlettségű betörési front sem vonult át felettünk. A gyenge betörési frontokból 16-ot, a mérsékelt fejlettségűekből 9-et jegyeztünk fel. A felsiklási frontok közül 1 erősnek, 8 mérsékelt, 1 gyenge fejlettségűnek minősült.

A budapesti frontátvonulások részletes történetéből kiemelkednek a következő mozzanatok: Az első hat napon a betörési és a felsiklási frontok váltakozva léptek fel, majd a 6-án 2 órakor átvonult erős felsiklási front után a gyors ütemben egymásrakövetkező betörési frontok jutottak uralomra. Március 8-át ismét a kétféle frontfajta váltakozása jellemezte, majd 9-én újra a betörési frontok erős halmozódása volt észlelhető, és ettől fogva a felsiklási typusba tartozó frontok már alig mutatkoznak. Nevezetes azonban a március 15-én reggel 10 órai felsiklási front, mert teljesen téli időjárást hozott létre: havasesőt, ónoseső, erős sikosságot és nagy nappali sötétséget.

Aujeszky dr.

Csecsemők hasmenéses hajlama esetén tejhigítások készítésére kiválóan alkalmas szénhydrát-tápszer a Krompecher-féle *Rizomaltan*, mely szárított rizsnyákot és csecsemő tápcukrot (dextrin-maltose) tartalmaz olyan célszerű arányban, hogy egy mércényi tápszernek a vízzel megfelelően higított tejben való felfőzése által azonnal a szokásos mennyiségű nyákot és 5% tápcukrot tartalmazó standard tejhigítást nyerhetjük. A *Rizomaltan*-nak könnyű elkészíthetőségén kívül előnye még, hogy kolloid szénhydratjai kolloidalisan jól oldott állapotban vannak, kevés benne a suspendált alkatrész, ennélfogva könnyen emészthető, jól kihasználható táplálékot nyujt. Kifejezetten antidyspepsiás tápszer. Ezen tulajdonságai folytán dyspepsiára való hajlamnál és parenteralis infekcióknál praeventive adjuk. Kiválóan bevált csecsemők mesterséges táplálására és vegyes táplálásnál kiegészítő táplálék gyanánt már az újszülött korban is.

TROPARIN COMBINATUM-*CHINOIN*

Novatropin 0·002 g + papaverin 0·04 g + Sevenal 0·02 g **20 tabletta**

Fokozott hatású görcsoldó- és megnyugtatószer

MINDENNEMŰ SIMAIZOMGÖRCS MEGELŐZÉSÉRE ÉS KEZELÉSÉRE

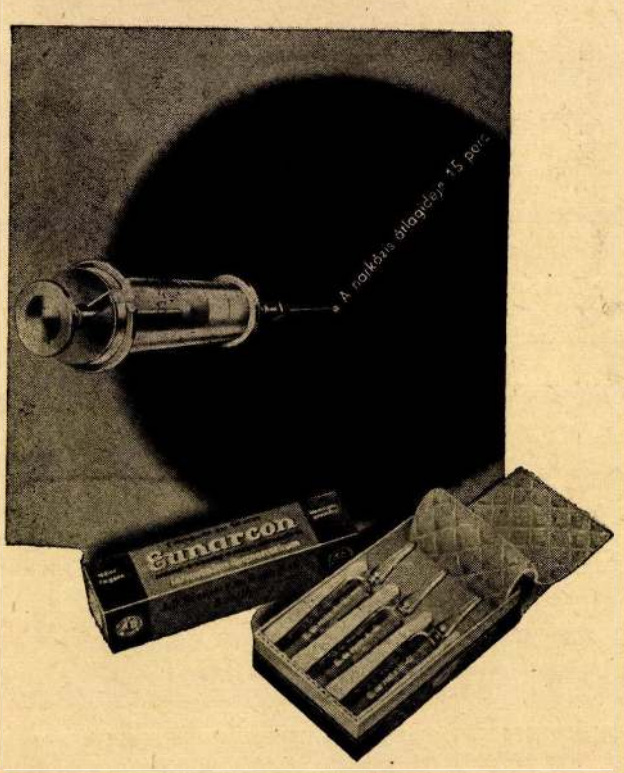
A 342.460—1941. B. M. sz. rendelet alapján a Közgyógyszerellátás, illetve Államkincstár terhére rendelhető!

Quadronox

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

10 és 20 tablettás
csomagolások

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



Eunarcon

Használatra kész intravénás

narkotikum

az operativ orvostudomány minden ágában.

Tökéletes ellazulás, gyors, panaszmentes ébredés.

5 és 10 kcm-es ampullákat tartalmazó csomagolások.

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

SYMPATOL

A SZIV ÉS VÉRKERINGÉS GYÓGYSZERE

Indikációk:

Az erek hypotóniával párosult tónuscsökkenése:

Rekonvalescentia – Hypotónia – Terhesség – Öregkori panaszok

Altalános 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.

423246 — AZ ATHENAEUM IRODALMI ÉS NYOMDAI RT. NYOMÁSA, BUDAPEST. FELELÖS: KÁRPÁTI ÁNTAL IGAZGATÓ.