

# ORVOSI HETILAP

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

Ingyenes lífthasználat.  
(Kérje a portástól.)

## MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele  
a kiadóhivatalban.

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

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

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



## SYMPATOL

### A SZIV ÉS VÉRKERINGÉS GYÓGYSZERE

Indikációk:

**Az erek hypotóniával párosult tónuscsökkenése:**

Rekonvalescentia – Hypotónia – Tethesség – Öregkori panaszok

**Altalános keringési gyengeség:**

Grippe – Diphthéria – Tuberculosis – Typhus – Pneumonia

**Súlyos kollapsus:**

Műtétek – Szülések – Vétveszteség – Shok

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



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

# BELLETOVAL (TABL.)

1 tablettá 0'25 mg belladonna  
összalkaloidát és 0'05 g butyl-  
aethylbarbitursavat tartalmaz

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

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

*Forgalomba kerül:* 20 tablettát tartalmazó fiolákban.

**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.

# ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

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

Szerkesztőbizottság:

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

## TARTALOM:

Károlyi István: Sulfamid-oldatok és kenőcsök fényvédőhatása. (331—332. oldal.)  
Zsebők Zoltán: Az agranulocytosis röntgen mélytherapiás kezeléséről. (332—334. oldal.)  
Irodalmi szemle (334—336. oldal.)  
Melléklet. Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (53—56. oldal.)

Könyvismertetés. (338. oldal.)

Vámosy Zoltán: Búcsújunk Hóman Bálinttól, Szily Kálmántól és üdvözljük az új kultuszminisztert. (339. oldal.)

Lapszemle. (340. oldal.)

Vegyeshírek. (340. oldal.)

Az O. T. B. A. Bőrgyógyászati osztályának (Vezetőfőorvos: Follmann Jenő egyet. m. tanár) közleménye.

### Sulfamid-oldatok és kenőcsök fényvédőhatása.

Írta: Károlyi István dr.

Erősen fényvédőhatású gyógyszernek — kozmetikai szempontoktól eltekintve — a bőrbetegségek azon csoportjában van különös jelentősége, melyekben a napfényel, ultraibolya sugarakkal szemben fokozott az érzékenység (hydroa aestivalis és vaciniformis, prurigo aestivalis, erythematodes stb.). Szükséges a fényvédelem olyankor is, amikor az embert túlerős ultraibolyasugárzást követő kellemetlen reakciótól akarjuk megvédeni. Gyógyszereink között több ilyen célra alkalmas fényvédő hatású anyagot találhatunk. Általánosan ismertek és használtak a különböző chininsók, de alkalmazzák a tannint, naphtolsulfosavat, aesculint, stb. is. A legáltalánosabban használt chininsók ma alig hozzáférhetők. Ezért bizonyos érdeklődésre tarthat számot az a tény, hogy a *külsőleg alkalmazott sulfonamidvegyületekkel igen jelentékeny fényvédelem érhető el*. Erre B. Zenner minap közölt észlelései hívták fel a figyelmet. Zenner azt találta, hogy a különböző vízben oldható sulfonamidvegyületek a bőrre ecsetelve erőteljes fényvédő hatásúak: cibazol, eubasinum és albucidium natrium vegyületei 10%-os vizes oldatban napfény és kvarclámpafény többszörös erythema adagja ellen is védtek. A legerősebb hatásúnak talált Cibazol pedig még nyolcszoros erythemaadag ellen is oltalmat nyújtott.

Tájékozódás céljából ezeket a kísérleteket, egészséges, ultraibolyasugárzásban hónapok óta nem részesült embereken megismételtük. Hogy a nem védett, kontrollnak szánt bőrfelületeken kellemetlen és fájdalmas reakciót ne idézzünk elő, a bőrt csupán kétszoros erythemaadaggal sugároztuk. Ilyen adagolás mellett a 10%-os cibazollal, ultraseptyllyel és sulfapyridinnel (mindegyik sulfamidyszármazék) napfény oldódó natriumvegyületét használtuk) beecsetelt bőrfelületeken az erythema teljesen hiányzott és reactio (pigmentatio, hámlás) később sem mutatkozott, míg a kontrollterületeken kezdetben

erős erythemát, néhány nap múlva erőteljes hámlást és pigmentatiót észleltünk. Vizsgálataink e három vegyületet illetően teljesen megegyeztek Zenner észleleteivel. Egyéb sulfonamidyszármazékokat a vizsgálatok körébe vonva, azonban korán feltűnt, hogy a fényvédő hatás lényegesen függ:

1. az alkalmazott szer koncentrációjától,
2. az alkalmazás módjától,
3. az alkalmazott sulfonamidok fizikai sajátosságaitól és végül
4. vegyi összetételétől, mely tényezőkre Zenner vizsgálatai nem terjedtek ki.

Ezeknek a szempontoknak figyelembevételével végzett kísérleteinket a következőkben foglalhatjuk össze:

A bőrre megfelelő rétegben alkalmazott sulfonamidvegyületek fényvédőhatásukat oly módon fejtik ki, hogy az ibolyántúli sugarakat elnyelik. Ha közvetlenül a *besugárzás után* az alkalmazott sulfonamidot a bőrről lemoszuk, erythema nem következik be, mert a fényvédőhatás a besugárzás időpontjában a bőrön jelen lévő sulfonamidréteghez van kötve. Ha a sulfonamidot a *besugárzás előtt* mossuk le a bőrről, az erythema természetesen akadálytalanul létrejön.

A fényvédelem erőssége a sulfonamidréteg vastagságától függ s vizes oldatok alkalmazásakor az oldat koncentrációjával bizonyos határok között arányos. Ezt bizonyítják azok a kísérletek, melyeket különböző koncentrációjú sulfonamidoldatokkal végeztünk. Sulfapyridin alkalmazásakor a következő táblázat szemlélteti a különböző töménységű oldatok védőhatását:

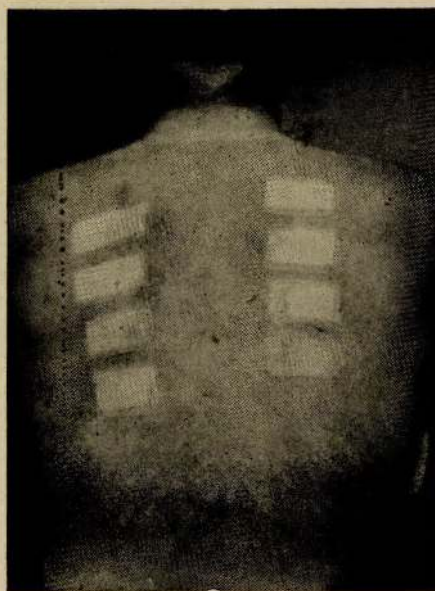
P. I. 36 éves férfi. Besugárzott terület: a has bőre. Ultraibolyasugármennyiség: 2 erythema dosis. Vizsgált anyag: Sulfapyridinoldat. Fényvédelem foka: 0-tól ++++-ig.

Concentratio	erythema védelem 24 óra múlva	Reactio 4 nap múlva
1%	+	Mérsékelt pigmentatio Csekély hámlás.
2%	++	Mérsékelt pigmentatio. Csekély hámlás.
3%	+++	Minimalis pigmentatio. Hámlás nincs.
5%	++++	Védett terület reactionmentes.
10%	++++	Védett terület reactionmentes.
H <sub>2</sub> O	0	Erős pigmentatio. Erőteljes hámlás.

Mint a táblázatból látható, a fenti kísérleti fel-tételek mellett 5%-os és 10%-os sulfapyridinoldatok hatásban nem különböznek, a 3%-os oldatok még erőteljes védőhatást fejtenek ki, míg a 2%-os és 1%-os oldatot használva a hatás fokozatosan gyengül. *Ultrasceptyl*oldatok alkalmazásakor hasonló fokozati különbségek észlelhetők, de azonos koncentrációban a fényvédőhatás a sulfapyridinével egyenlő. Ezzel szemben a *deseptyl*oldatok védőhatása a sulfapyridin- és *ultrasceptyl*oldatok hatásánál gyengébb. Ez a különbség arra indított, hogy a különböző chemiai összetételű, vízben oldható, színtelen sulfonamidok védőhatását közelebbről összehasonlítsuk. A vizsgálatokból kitűnt, hogy a *thiazol-* és *pyridin-származékok védőhatásában felülmúlják a többi sulfonamidvegyületet.*

A vízben oldódó sulfonamidvegyületek megfelelő koncentrációjú oldataink alkalmazása a kezelt bőrön egyszerű, gyors és láthatatlan. Vizes oldatok alkalmazásának alapfeltétele, hogy a kezelt bőrfelület ne legyen zsíros, különben az oldat róla beszáradás előtt lefut és a fényvédelem egyenetlen lesz. Zsíros bőrt előzőleg benzines vagy alkoholos lemosással zsirtalanítani kell. Egyszer felecsetelt oldatok 6–8 óráig védenek, de közben a bőrt vízzel leöblíteni nem szabad.

Alkalmasak a fényvédelemre a sulfonamid tartalmú kenőcsök is. A vízben oldott vegyületek megfelelő alapanyagban felvéve (lanolin, eucerin) és kenőcsként használva erélyes védőhatásúak s azonos koncentráció mellett felülmúlják az oldatok hatását. Ennek okát részben azzal magyarázzuk, hogy a kenőcsben alkalmazott sulfonamidnak nagyobb a védőrétegvastagsága. A vízben nem oldódó vegyületek vizes suspensiója nem véd, kenőcsalapanyagban eldörzsölve azonban alkalmas fényvédelemre, bár a hatás a vízben oldódó vegyületekénél kisebb. Ilyen irányú kísérletekre paraamino-benzol-



1. ábra.

sulfamidot használtunk. A 10%-os p. a. b. sulfamidkenőcs védőhatása közepes volt, szemben az 5%-os *deseptyl* jó és az 5%-os *ultrasceptyl* igen jó fényvédő hatásával. Jól érzékelteti az elmondottakat a közölt ábra.

Hónapok óta ultraibolyabesugárzásban nem részesült egészséges férfi hátán nyole mezőben külön-

böző fényvédő kenőcsöt használtunk. Dosis: 2 erythemaadag. A hát baloldalán alulról felfelé sorrendben 1%–2%–3% és 5%-os *ultrasceptyl*, a hát jobb oldalán felülről lefelé 5%-os chinines, 5%-os *deseptyl*, 10%-os *ultrasceptyl* és végül 10%-os p. á. b. sulfamidkenőcs védőhatását látjuk. A képen a finomabb árnyalatok nem észlelhetők oly jól, mint élőben, az ábra azonban mégis igen demonstratív. A 10%-os p. á. b. sulfamidkenőcs hatása közepes, az 1% és 2%-os *ultrasceptyl*, az 5%-os *deseptyl* és az 5%-os chinines kenőcs hatása jó és kb. egyforma, a 3–5 és 10%-os *ultrasceptyl* kenőcsé igen jó volt.

**Összefoglalás.** A sulfonamid származékok erélyes fényvédő anyagok. A belőlük készült vizes oldatok és kenőcsök megfelelő töménységben ultraibolyabesugárzás ellen tökéletesen védenek. Azonos koncentrációban a kenőcsök hatásosabbak. A különböző sulfonamidvegyületek nem egyformán védenek fény ellen. A különbségek oka részben fizikális tulajdonságtól (oldhatóság), részben a chemiai szerkezettől függ; a *thiazol-* és *pyridin*származékok a leghatásosabbak. (cibazol, sulfapyridin, *ultrasceptyl*). A sulfonamid származékok fénytúlérzékenységek kezelésében alkalmasnak látszanak a jelenleg beszerezhető chininsóki pótlására.

A munkácsi m. kir. állami kórház röntgenosztályának közleménye. (Osztályvezető: Zsebők Zoltán.)

## Az agranulocytosis röntgen mélytherapiás kezeléséről.

Írta: Zsebők Zoltán dr. osztályvezető szakorvos.

Az a kórforma, amelyet *Türk* 1907-ben, majd *Marchand* 1913-ban már tüzetesen leírt, 1922-ben *Schultz*-nak 5 ilyen esetről beszámoló közlésében nyerte az *agranulocytosis* elnevezést.

A leírás alapján az érdeklődésnek egyszeriben homlokterébe került ez a betegség, igazolva azt a már többször megismétlődött esetet, hogy a tudomány sokszor észrevétlenül megy el felfedezések mellett, amit később annál inkább méltatnak figyelemre. Csakhamar egész sor közlemény igazolta hasonló esetek nem ritka előfordulását.

A kór lényege az, hogy a vérképben a fehérvérsejtek száma nagy fokban csökken, sokszor alig pár százra, ugyanekkor az eosinophil sejtek, valamint a neutro- és basophil granulocyták csaknem teljesen eltűnnek, a megmaradók pedig toxikus elváltozásokat mutatnak. Az eltűnők helyét a nagyszámban megjelenő lympho- és monocyták foglalják el. A vörösvérsejt is thrombocytaképző apparatus ép is maradhat. Hasonlót észleltünk saját eseteink vérképében is azzal a feltűnő jelenséggel, hogy minden egyes esetünkben a v. v. sejtek száma is hatalmasan csökkent (pl. 1,600,000).

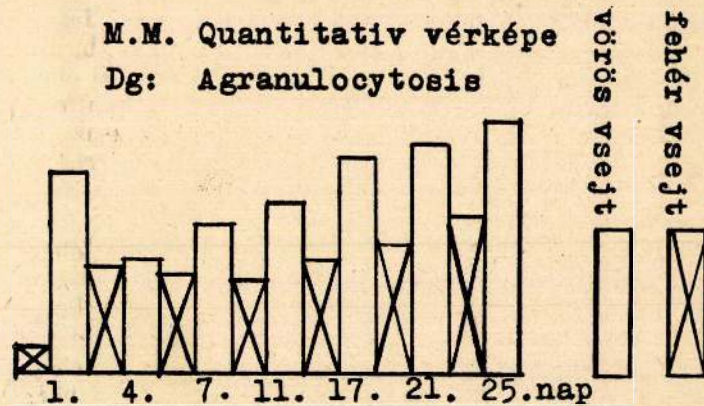
A vérképben észlelt változások mellett olyan klinikai tünetek jelentkeznek csaknem minden esetben, melyek a betegségre fel kell, hogy hívják a figyelmünket még akkor is, ha a vérkép előttünk még ismeretlen s nem lennének bizonyosak a kór kifejlődéséről. Ezek a tünetek nagyrészt mind együtt szoktak jelentkezni, sokszor leírták őket, ismertek. Ilyenek az iny fekélyesedése, duzzadt, fájdalmas, jótápintható tájéki mirigyek, esetleg lép- és májduzzanat. Mindezek oly szembeszökök, hogy észrevételük különösebb diagnostikai kész-

séget nem kíván. Saját két esetünkben ehhez még trismus, erős nyáladás és nagyfokú szájbűz társult, mit a szövet elhalás megmagyaráz. Különben ez a necrosisos hajlam észlelhető az egész emésztőrendszerben és tájéki mirigyekben is. Ezeket a tüneteket a magunk eseteiben is mind észleltük. Ami kórokatanát illeti, mint oly sok más betegségben is, úgy itt is főképp csak feltevésekre szorítkozhatunk. Egyesek, így pl. *Jagič* és *Spengler* is ezt a kórformát nem tartják önálló betegségnak, hanem csak valamely alapbetegség tünetének. Tapasztalati tény, hogy e betegség kiváltója szokott lenni a máskor enélkül lezajló: *grippe*, *follicularis* v. *diphtheroid angina*, *tüdőgangraena*, *typhus* és *diphtheria* is. Így bizonyítva láthatnánk azt, hogy általában sepsis támasztó coccusfajták, streptococcusok idézhetik elő. Ezzel ugyan látszólag ellentétben áll az, hogy észlelték még: *benzol amid-azophen* (napi  $3 \times 0.15$  gr) *salvarsan* (antilueses kúrában) *bismuth mérgezés*, sőt *beoltott malaria* kapcsán is. Ez amellel bizonyítana, hogy igazat kell adnunk *Nipperdey*nek, hogy a betegség kifejlődéséhez constitutív, anaphylaxiás, illetve allergiás adottságok kellenek.

El kell ismernünk továbbá *Bartúnak* és *Erősnék* azt a felfogását, hogy a granulocytá apparatus sérülése, a csontvelő »bénulása« idézi elő a betegséget, illetve ez a feltétele a betegség létrejöttének. Az elmondottakból kitűnik, hogy igen nagy a száma azoknak a betegségeknek, melyekhez ez a kórforma hozzátársulhat vagy amelyek előidézhetik. Előfordulása sem ritka s így megérdemli, hogy behatóbban foglalkozzunk a gyógyításával, különösen, mert sokszor a sepsis képében jelentkező agranulocytosis helytelen kezelése végzetes a betegre. Viszont a céltudatos és idejekorán alkalmazott sugárkezelés, mondhatni, bizonyossággal, gyógyulásra vezet.

Mint említettem, a gyógyításban elsősorban röntgen mélytherapiás kezelésnek kell helyet kapnia, bár mint ismeretlen eredetű betegségeknel általában a therapia nagyon szerteágazó, minden eljárás (salvarsan, colostrumos tej transfusio, stb.) tud eredményeket felmutatni. Mégis egyfelől azért mert R-kezeléssel érték el a legjobb eredményeket, másfelől, mert az eredményre szinte bizonyossággal számíthatunk, minden egyéb gyógymód fölé kell helyeznünk a sugaras kezelést, a végzett kísérletek és tapasztalati tények alapján. Ugyanis nemcsak *Friedmann*, *Waters-Witmer*, *Willms* észlelték, hanem *Burgheim* kísérletei is azt bizonyították, hogy a csontvelő besugárzása után 2 órával, alig 30 »r«-nyi sugáradagra, a fvsejtszám 5%-kal nőtt. Továbbá az a tény, amit *Heinecke* állapított meg észleletei alapján, nevezetesen, hogy a lymphatikus-rendszer szövetei sugárérzékenység dolgában az összes emberi szövetek közt első helyen állnak, így aztán érthető, hogy már 10–50 »r« leukocytosist okoz, viszonylagos lymphopeniával. Mindezek a kezelés célszerűségét igazolják. Figyelmet érdemel az is, amit *Willms* észlelt, amikor agranulocytosisos betegében egyszeri 100 »r« dosisra a fehérvérsejtszám 2000-ról 4600-ra szaporodott. Ezek az objectív tapasztalatok, melyekhez társulnak azok a megfigyelések amiket a már említett szerzők és magunk is tettünk, hogy elesett, sokszor halódónak látszó betegek szemmel láthatólag rohamosan javultak. Így a nagy halálozási szám magunk és más szerzők tapasztalatai alapján is csak az elkésett vagy elmaradt sugárkezelés rová-

sára irandó. Az általunk észlelt 3 esetben mindig tipusos klinikai és vérképi elváltozást észleltünk. A körelőzményi adatok két esetünkben (egyik halálos volt) influenzára vallottak. Míg részletesen közlendő esetünkben klasszikusnak mondható tonsillitis lacunaris volt fekélyesedő, elhaló tonsillákkal, gingivával.



1. ábra. A rajzon a vörösvérsejt oszlopban minden mm. 100.000, a fehérvérsejt oszlopban minden mm. 500 fehérvérsejtszámmal felel meg. A vérképek számával azonos a Rtg. kezelési napok száma.

A kezelés sémája: másod-negyednaponként 1 sternalis mezőben végzett besugárzás, 50 »r« sugáradag. A besugárzásokat a következő faktorkkal végeztük: 170 kV. 4 mA, 0.5 Cu+1 Al. szűrő 50 cm. fbtáv. 10 r/min. Sternalis mezőt azért választottunk, mert az volt a feltevésünk, hogy a sternalis mezőből végzett sugárzás kis része ugyan, de eléri a gerincoszlopot, illetőleg a gerincoszlop csontállományának a kezelés szempontjából fontos részeit. Így aztán nemcsak a sternumot, hanem részben a gerincoszlopot is besugároztuk.

3 beteget kezeltünk, ezek közül az 1. számú elkésett eset volt, a besugárzást követő napon meghalt. Már a kezelés megkezdésekor is halódó állapotban volt (1,600.000 vvsejtszám).

2. betegünk kórlefordulása nagyjában megegyezik a részletesen közlendő 3. sz. esettel, ezért ezzel kapcsolatban csak annyit említünk, hogy a kezelésünk óta eltelt csaknem két esztendő alatt tünet- és panaszmentes, 5 kg-ot hizott, férjhezment, grávida az összes kapott sugármennyisége 200 »r« volt.

3. betegünk adatai a következők: *M. M.*, 43 éves, vasúti pályamunkás. Felvétele előtt már kb. 2 (!) hónapig gennyezett a torka. Végtagfájdalmakról, torokfájásról panaszokodik, mirigyek keletkeztek a nyakán, gyengének érzi magát, ezért jött a kórházba. Családi anamnesis negatív. Luest, kankót tagad. Fertőző betegségekre nem emlékszik.

*Jelen állapota:* Vérszegény, legyengült, idegrendszerében eltérés nincs, reflexei jók. Trismus, szájbűz észlelhető. Nyelve erősen lepedékes, állandóan nyálazik. A bal mandula helyén és felett »tumorszerű« képlet látható, melynek felszíne és környéke fekélyes. A táji mirigyek duzzadtak, fájdalmasak, jól tapinthatók. A szív szájadékai felett halk systoles zöreje hallható. A besugárzást 1940 szeptember 12-én megkezdjük, sternalis mezőre. A minőségi vérkép változását az alábbi táblázatban mutatjuk be.

Datum	Rö.	Hgb.	Seg.	Ly.	St.	Ju.	Mo.	Eos.	Bas.
IX. 12.	+	40	12	50	4	4	30	—	—
IX. 14.	+	38	26	42	2	—	27	2	1
IX. 17.	+	48	28	34	4	8	26	—	—
IX. 24.	+	46	48	34	4	—	10	4	—
X. 9.	+	65	69	22	2	5	—	2	—
IX. 11.	+	63	72	19	3	4	—	2	—

A kvalitatív és kvantitatív vérképeket kórházunk belosztálya készítette.

Október 11-én a beteg állapota annyira javult, hogy utána gyógyultan hazabocsátottuk.

A beteget két héttel későbbi ellenőrző vizsgálatra rendeltük be. Ekkor teljesen panaszmentes, 4 kg-ot hízott. Az objectív tünetek is mind eltűntek. Újabb ellenőrző vizsgálaton egy hónap leltével állapota változatlanul kifogástalan, összesen 8 kg-ot gyarapodott.

Mindezekből világosan kitűnik, hogy az idejekorán és céltudatosan alkalmazott röntgenkezelés nem marad eredménytelen s a javulás mondhatni bizonyosan bekövetkezik.

A hatásmechanizmus annyiban látszik tisztázottnak, amily formában azt *Heinecke* már 1903-ban megállapította. Nevezetesen, hogy a lymphaticus-rendszer szövetei a legnagyobb fokban sugárérzékenyek s csekély dosisok (kb. 10—50 »r«) határozott leukocytosist okoznak, relativ lymphopeniával. (*Klaften*). Így bár a Röntgensugár nem fajlagos inger, mégis eredményes, sőt hatása meghaladja azt az eredményt is, amit fajlagos ingeranyagoktól láttunk. Ezzel kapcsolatosan az ú. n. *Arndt-Schultz*-féle szabályra is ki kell térnünk, minthogy még ma is sokan vannak, akik a Rtg.-sugár alkalmazása kapcsán a sugárzás valamely izgató hatására gondolnak. Ehelyett célszerűbb a »therapiás dosis« kifejezést alkalmaznunk, mivel az A—S. szabályban meghatározott elvek már rég túlhaladtak (*Pordes*). Így itt sem »izgató adagot« alkalmazunk, hanem oly gyógyító sugármenyiséget, mely a »bénult« csontvelőt, ill. lymphocytá-rendszert ismét rendes munkára indítja. Kitérek még arra a tévhitre is, hogy a röntgensugárzás vagy más sugárzó anyagok is okozhatnának agranulocytosist. Ezt a feltevést smmi tapasztalati tény sem igazolja. A gyógyító célból hatalmas adagokkal (4—6000 »r«) besugárzott egyénekben tömegvizsgálatok során sem láttak s láttunk agranulocytosist, csak lymphopeniát (*Bignani*). Hosszú évekig, sőt évtizedekig röntgenüzemben foglalkoztattott egyénekben, így *Alban Köhler* önmagán, 30 év után is csak a neutrophil leukocyták kb. 15%-os, a mononuclearisok 1%-os csökkenését észlelte.

Bár nem tartozik szorosán ide, de rá kell mutatnunk arra, hogy a chronikus sugárartalom jele a vérképben kétségtelenül a fehérvérsejtszám csökkenése is szokott lenni, de agranulocytosis nélkül s inkább aplastikus anaemia és a haemoglobin-érték nagyfokú csökkenése alakjában jelentkeznek. Ezt bizonyították legalább azok a vizsgálatok és kísérletek, melyeket igen számosan végeztek.

A röntgensugárzásnak agranulocytosis elleni felhasználása nem kockázatos és feltétlenül eredményes, tehát gyógyító eszközeink közül hiányoznia nem szabad e különös betegség esetén sem.

## IRODALMI SZEMLE

### BELGYÓGYÁSZAT

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

**Peroralis K vitaminkezelés. Thaddea-Forst.** (Wien. klin. Wschr. 1942. 10. sz.) A vér prothrombin tartalmának meghatározására **Quick** módszert használta. Epesíztulás kutyáknál vízben oldódó peroralis Karan (Merck) tablettával epesavak adagolása nélkül sikerült a prothrombin ideje 0,02—0,04 gr Karan tbl. után 12—24 óra múlva normálissá vált. Cirrhotikus betegek elhúzódó prothrombin ideje vagy nem változott, vagy csak igen kismértékben emelkedett. Egyéb haemorrhagias diathesiseknél a peroralis K vitaminkezelés hatástalan. Indikációja tehát megegyezik a parenteralisával: elzáródásos sárgaság, epesípolyok, epe és májártalmak következtében fellépő vérzékenység zsírfelszívódási zavarok (sprue) és csecsemők prothrombin hiány következtében fellépő vérzékenysége. (B. 32.)

*Zemplén Béla dr.*

**A kiütéses typhus klinikai képe. Walther.** (Müch. med. Wschr. 1942. 14. sz.) A klasszikus vagy epidemias kiütéses typhus (változatai: az andaemiás kiütéses ty. a Rocky-Mountains, a Sao-Paolo láz, a tsutsugamushi csoport stb.) a tetű bélepíthetjében elősködő rickettsia Prowazeki okozza. A tetű az ürülékével fertőz. Halálozása 15—20%. Incubatio 10—21 nap, mely idő alatt a rickettsiák a capillaris endothel testzerte (u. m. agy, gerinevelő, zsigerek stb.) felduzzasztják és az erek környéke infiltrált. A jól tápláltak a betegségre kevésbé disponáltak. Tünetei: magas 10—20 napig tartó continua láz, mely lépesőzetese oldódik, továbbá: conjunctivitis, vörös arc, 3.—5. napon kiütés, mely kezdetben világosvörös, majd sötét-livid, maculopapulás, tenyéren, talpon is fennáll, (arc szabad), ujjnyomásra nem tűnik. A maculákban gyakran peteciákat észlelhetünk. 10. napon radirgumi tünet. Idegrendszerileg a legváltozatosabb jelenségeket tapasztalhatjuk: enyhébb, súlyosabb apathia, somnolentia, esetleg delirium, coma. — hallás-beszédzavar, amimia, ataxia, haemiplegia, chorea, tetania, idegbénulások stb. A liquor magas nyomással ürül, fokozott fehérjetartalmú. A szív és keringés részéről: myocarditis, hypotonia, ingervezetési zavarok, esetleg súlyos keringési elégtelenség. Olykor peripherias gangrenákat találhatunk. A továbbiakban nephritis, bronchitis, bronchopneumonia, bélzavarok, esetleg bélvérzés, furunculosis fordulhat elő. A lép nagyobb, süllyedés fokozott. Vérkép: balratólt leukocytosis. A vizelet chlor és a serum chelesterin csökkent, a RN emelkedett. A kiütéses ty. gyakran atypusos latens alakban is lefolyhat. A prognózis a korral romlik, és a konglikációktól függ. A reconvalescencia elhúzódó, utólagakkal olykor oedemával, urticariával. A betegség kiállása jó immunitást hagy hátra. A diagnosis felállításához a Veil-Félix reactio sokszor nélkülözhetetlen. (a beteg serum 1:100 nagyobb higitásban is agglutinálja a Proteus X 19 törzset.) A 6. naptól 100%-osan pos. Therapia: tünetei. A megelőzés lényege tetvetlenítés, elkülönítés, továbbá tetűbélartalomtól készített oltóanyaggal activ immunizálás. Passiv immunizálás is használatos. (B. 29.)

*Pálos László dr.*

**Hasmenés bélzavarok kezelésére. Prof. Hainiss** előírása szerint az íróhoz hasonló, fehérjedús, zsírszegény, szénhidratokkal kiegészített, hasmenéstgátló gyógytápszert hozott forgalomba a Krompecher gyár *Maltiron* néven. Nagy előnye a Maltironnak állandó összetétele, megbízható csíraszegénysége és tápanyagainak jó kihasználhatósága. A *Maltiron-gyógytáplálék* könnyű elkészítési módja lehetővé teszi intenzetven kívüli praxisban író helyett való alkalmazását, hasmenéssel járó bélmegetegedések eseteiben. A Maltironból a gyár előírása szerint készített gyógytáplálék kalória-értéke az anyatejével megegyező, azaz decinként körülbelül 70 kal. Alkalmazása azon elveknek és feltételeknek megfelelően történik, mint egyéb hasmenést-csökkentő gyógytáplálékoké.

# AZ ORVOSI GYÁKORLAT KÉRDÉSEI

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

## A chinin pótlása.

Bár már elég régen felhívták az orvosok figyelmét a chininnel való gondos takarékoskodásra, készleteink mégis rohamosan fogynak. Ezért örömmel kell üdvözölnünk azt, hogy sikerült a chinin pótlásáról kielégítő módon gondoskodni.

Amint ismeretes a china kéreg a chinin mellett sok más alkaloidát is tartalmaz, melyek úgy vegyszerkezet, mint gyógyszerhatás szempontjából azzal közel rokonok. Legközelebb áll a chininhez a *chinidin*, mert a két stereoisomer vegyület között mindössze az a különbség, hogy az egyik (chinin) a fényt balra, a másik pedig jobbra forgatja. A *cinchonin* és a vele stereoisomer *cinchonidin* vegyi képletéből a chinin methoxy (O.CH<sup>3</sup>) gyöke hiányzik; a *hydrochinin* és *hydrocinchonin* pedig a vinyl (—CH=CH<sub>2</sub>) van aethylle (—CH<sub>2</sub>—CH<sub>3</sub>) hydrálva.

A hivatalos *cort. chinae succirubrae*-nak legalább 6% alkaloidát kell tartalmaznia, ennek azonban csak csekély része chinin. Az utóbbi előállítására a főleg Jávában termő *Cinchona Ledgeriana* kérgét használják, melynek alkaloida tartalma 10–17%-ot is elér és ennek tekintélyes része chinin. Mégis a nagy chiningyárakban az évtizedek folyamán igen nagy készletek gyűltek össze a mellékalkaloidákból, melyeket a békebeli bőség idején a chinidin kivételével alig tudtak valamire is felhasználni. Pedig úgy a kísérleti vizsgálatok, mint a gyakorlati tapasztalatok azt bizonyítják, hogy ezek hatása nem különbözik lényegesen a chininétől.

A mérgeességük csaknem egyforma. 20 gr-os egernek intravénásan adva *Buttle*, *Henry* és *Trevan* szerint a halálos adagjaik a következők: Chinidin 1.6 mg, cinchonin 1.75 mg, cinchonidin 1.85 mg, chinin 1.9 mg. Tehát a chinidin 15.8%-al mérgeesebb a chininnél, a többiek között még kisebb a különbség. Számos gondos vizsgálat bizonyítja azt, hogy a mellékalkaloidák hatása, a fermentekre, a békaszívre, a vérkeringésre, a méh-, bronchus-, és bél simaizomzatra a chininével lényegileg azonos.

A budapesti Gyógyszertani Intézetben *Simon Sándor* és *Zsoldos Pál* foglalkoztak behatóan ezzel a kérdéssel (Arch. f. exp. P. u. Ph. 183. k.) és megállapították, hogy a négy alkaloida keveréke, melynek phenylchinolincarbon-savas sója nálunk *cortipan* Rex néven van forgalomban, mérgeesség, hőcsökkentő, méh- és szívhatás tekintetében a chininhez nagyon hasonlóan hat. A chinidin csökkentő legerősebben a testhőt, és szünteti legjobban az aconitin okozta szivarrhythmiát.

Maláriás betegeken már gyakran kipróbálták jó eredménnyel a mellékalkaloidákat. A forróégyövi benszüllött lakoságnak már régóta adják a chinakregből a helyszínen kivont alkaloida keverékét, mely a chininnél sokkal olcsóbb, prophylaxis és gyógyítás céljából. Ilyen *cinchona febrifuga* nevű keveréket hoz most a Hoffmann La Roche-gyár nálunk is forgalomba. Ez 60% kristályosító hatékony alkaloidát tartalmaz (ebből 10% chinin) a többi, az ú. n. chinoidin, amorph alkaloida úgy látszik hatástalan.

Sokat foglalkozott ezzel a kérdéssel a népszövegesség is és 1931-ben megállapodott egy keverékben, mely 14% chinint és 56% kristályos mellékalkaloi-

dát tartalmaz. Ezt nálunk *totaquina* néven hozza az előbbi gyár forgalomba.

Végül három nagy német chinin-gyár (C. F. Boehringer, Buchler és Zimmer) a raktáraikban felhalmozott alkaloidákból a *prochinin* nevű keveréket készíti, mely 50% chinidint és aa 47.5% cinchonint és cinchonidint tartalmaz. Ennek malaria ellenes hatását kanári madarakon is kipróbálták: a chininből a legkisebb hatékony adag 1.0 mg, a prochininből pedig 1.5 mg.

Ezen keverék rendelésekor az elmondottak figyelembevételével kell az adagokat megszabni: 1.0 gr chininnek a *cinchona febrifuga*-ból 1.6 gr, a *totaquina*-ból 1.4 gr felel meg.

A *prochinin* adagolását a készítő gyárak a következőleg ajánlják: *malária prophylaxisára* naponta 0.5 gr, *kezelésére* pedig 1.5 gr alkalmas. Ezek szerint a szokásos Koch-Nocht-féle malária kúrában naponta 4–5×0.20 gr chinin helyett 4–5×0.30 gr prochinin adandó. Természetesen malaria tropica-ban ez is plasmochinnel kombinálendő.

A szülőfájdalmak erősítésére a prochininből 2 óránként 0.25 gr-ot kellene adni, összesen legfeljebb négyszer, de más szerekkel jól pótolható (hydrastis, secale, hypophysis). Influenza prophylaktikumnak éppen úgy felesleges ezt adni, mint ahogy a chinintől sem várható eredmény. U. n. kevert porokba lázcsillapítónak, roboránsnak és neuralgiás panaszok ellen általában felesleges ezen chinin pótszereket rendelni, melyek szintén csak korlátolt mennyiségben állanak rendelkezésünkre, de ha mégis ragaszkodnánk hozzájuk a chininnel azonosan adagolhatjuk.

Issekutz Béla  
egyetemi ny. r. tanár.

## Kankósok sulfamidellenállósága.

A sulfamid származékokkal a kankó kezelésének problémája is megoldottnak látszott, bár akadtak mindig, akik óvatosságra intettek. Sőt *Speierer* szerint a sulfamidkezelés jelenlegi módja mellett a megbetegedések száma növekszik. A mi tapasztalataink ugyan ettől eltérőek, mert az utolsó három év alatt a kezelésünk alá került kankós betegek abszolút száma 1941. évre 40%-kal csökkent, és ha tekintetbe vesszük a felügyeletünk alá rendelt tömegek növekedését, ez a százalék még nagyobb kell hogy legyen. Ezt a 40%-os különbséget csak némileg csökkentheti az, hogy a kezelés gyorsabbá válásával a betegek egy része nem kerül intézeti vagy szakorvosi kezelés alá.

A sulfamid származékokat kezdettől fogva fajidegen fehérje- (tej-injectio) előkezeléssel adagoltuk, amivel nem a lázkeltés volt a főcélunk, hanem a szervezet védekezőerőinek megmozgatása, amit a kisebb lázzal járó 2–3 cm<sup>3</sup>-es adagokkal is elérhetőnek véltünk. Ha nem is sikerült ilyen módon, mint *Ramel*-nek, 24 órás gyógyulási időt elérni, de sikerült az azelőtti 49 napos átlagos gyógyulási időt 11 napra csökkenteni. (Gyógy. 1940.)

Annál feltűnőbb, hogy az ugyanazon módszerrel végzett kezelés mellett gyógyeredményeink főleg az utolsó félévben hónapról-hónapra rosszab-

bodtak. Kezdetben nem tulajdonítottunk nagyobb jelentőséget a dolognak, míg az utolsó hetekben a sulfamidresistens esetek száma feltűnően nem növekedett. Érdeklődésünkre kiderült, hogy más intézetekben is hasonló tapasztalatokra jutottak. A gyógyeredmények rosszabbodását talán néhány számmal világítjuk meg. Az utolsó három év alatt 753 húgycsőnkáros beteget kezeltünk és fajidegen fehérjével kombinált kezeléssel 11 napos átlagos gyógyulási időt tudtunk elérni. Az átlagos gyógyulási idő 1941. évben 18 napra nőtt, de hónapokra részletezve kiderült, hogy 1941 november-decemberben már 31 nap volt az átlagos gyógytartam. Ezt a hanyatlást nem lehet véletlennek vagy a statisztikai adatokban rejlő hibának tulajdonítani, egyfelől, mert kezelt eseteink elég nagyszámúak, másfelől a hónapokra kiszámított átlagos gyógyulási idő a három év alatt nagyobb ingadozásokat nem mutat, de mindennél többet bizonyít azon betegek szaporodása, akiknek állapotán az egyszerű sulfamidkezelés még átmenetileg sem változtat.

Ha a gyógyeredmények rosszabbodásának okait kutatjuk, két lehetőséggel számolhatunk. Egyfelől a ma kiterjedten, néha túlzottan alkalmazott sulfamidtherápia mellett a szervezet védekezőerői nem reagálnak már kellőképpen e gyógyszerre. Bár még nem teljesen tisztázott a hatásmechanizmus, mégsem kell a direkt hatásnak hirdetői közé állnunk, hogy ezt a lehetőséget elveszük. Sok resistens betegünk volt azonban, akiken kétségtelenül megállapítottuk, hogy még semmiféle sulfamidszármazékot sem szedtek. A szervezet védekezőerőinek kimerülése ellen szól az a két esetünk is, mikor a 6 hónapon belül két ízben történt, kétségtelenül új fertőzés közül az elsőben lassan következett be a gyógyulás, a második megbetegedés azonban mindkét esetben 2 héten belül gyógyult.

Marad tehát a másik lehetőség, hogy a gonococcusok váltak resistensekké, azaz egyes sulfamidresistens tenyészetek, illetve törzsek alakultak ki talán a ki nem elégitő kezelés miatt. Hogy ez a resistencia a sulfamidszármazékok ellen közvetlenül vagy az azok által a szervezetben termelt ellenanyagok irányában alakult-e ki, utóbbi lehetőségen nem változtat. Sikertelt több olyan fertőző egyént megállapítani, akik sulfamidkezelés után tünetmentessé válva, sőt magukat gyógyultnak véelve, terjesztették a bajt, olyan gonococcusokat adva tovább, melyek ki nem elégitő, esetleg tartós sulfamidhatásnak voltak kitéve, de életképességük elegendő volt még ahhoz, hogy új egyedekben betegséget okozzanak. A további retrograd passage kutatásaink könnyen elképzelhető okok miatt lehetetlenek voltak, de feleslegesek is, mert nem csalatkozunk, ha feltételezzük az utóbbi években általánossá vált sulfamidkezelés mellett, hogy egyes gonococcus-tenyészetek 4-5 »passages-n keresztül állhattak ki nem kielégítő sulfamidhatás alatt, volt tehát elég alkalmuk resistenssé válni. Egy időben, ugyanattól az egyéntől fertőzött 3 húgycsőnkáros betegünk sulfamidkezelésre jól reagált és gyorsan gyógyult. Több sulfamidresistens beteget, akik ugyanattól az egyéntől fertőződtek, még nem sikerült találnunk, pedig jó bizonyíték volna a sulfamidellenállóság mechanizmusának magyarázatára.

Hogy a sulfamidszármazékokkal oly könnyűvé vált a húgycsőnkáros kezelése, ime annak első hátrányát látjuk. Sajnos, nem egy eset került kezelésünk alá, mikor a beteg orvosi vizsgálat és utasítás nélkül szedte a gyógyszert. Természetes, hogy az

ilyen esetekben az ellenőrző vizsgálatok elmaradnak s a csak vélt gyógyulás után terjednek a resistens törzsek.

Kérdés már most, hogyan kezeljük az ilyen ellenálló törzseket. Olyan esetekben, mikor egyszerű sulfamidlökésekkel kezelt betegek kerültek osztályunkra, gyakran sikerült a fentebb már említett fajidegen fehérjeelőkezelés után végzett újabb lökéssel gyógyulást elérni. Máskor kénytelenek voltunk ezt az előkezelést prolongálva megismételni vagy a már mások által is ajánlott vaccina-előkezelést végezni, sőt néhány betegünk mindeme kezeléssel dacolva, conservativ eljárásra gyógyult. Mindennél fontosabbnak tartjuk azonban a pontos és hosszú ideig tartó ellenőrző vizsgálatokat, valamint annak a szigorú követelménynek szem előtt tartását, hogy ez a gyógyszer az orvos kezébe való és nem a betegek házipatikájába. Kár volna ennek az igen értékes szernek a hatását esetleg más betegségekkel szemben is tovább csökkenteni.

*Szabó György dr.*

orvosszázados,  
a nagykanizsai honv. csap. kórház  
osztályvezetője.

### Epehólyaggyulladás utánzó szabad hasúri átfűródások.

A szabad hasúri átfűródás jellemző képe oly megrendítő, hogy aki egyszer látta, sohasem felejtí el: a beteg arca sápadt, vértelen, az arcvonások kimélyülnek, túléleseké válnak, főleg az arcot, de az egész testet hideg veríték lepi el, légzés mellkasi, az átfűródás pillanatában igen heves fájdalom támad a gyomor vagy a vakbél tájon, reflexes alapon pedig hányás, deszkakemény izomvédekezés, a hőmérséklet rendes vagy rendesnél alacsonyabb, a vagus-izgalom miatt eleinte ritka, telt az érverés.

Ha nem ilyen jellemző módon zajlik le a szabad hasúri átfűródás, akkor legjobban hasonlít a féregnyújtvány átfűródásának tüneteire, mit az amerikaiak »appendicitis mimikri«-nek neveznek s nagyon ritka az ezektől eltérő más, például mint az alábbiakban közölt epehólyag megbetegedésének képét utánzó szabad hasúri átfűródás.

K. B. 48 éves földműves a múltban, két tüdőgyulladástól eltekintve, betegnek sohasem érezte magát. Első panaszai egy évvel ezelőtt jelentkeztek; az epigastrium jobb felében, a bordaív alatt három héten át markoló, majd göresös jellegű fájdalmakat érzett időnként, ennek ellenére munkáját rendszeren végezte. Ezután fél évig panaszmentes volt. A nyár elején panaszai kiújultak, két héten át tartottak, majd szeptember végén ismét panaszmentes volt. Bejövetele előtt három héttel újból nyomó, markoló, olykor göresös jellegű fájdalmakat érzett az epigastrium jobb felében, a bordaív alatt, ennek ellenére dolgoztatott, a fájdalom erőssége egyre fokozódott, lázas lett, borzongás és hidegrázás nélkül; orvosa klinikánkra küldi.

Bejövetelkor hőmérséklete 39° C. érverése 120 percenként. Magas láza ellenére frissnek látszik, saját lábán megy a kórterembe. Physicalis vizsgálatkor a has jól áttapintható, a jobb epigastriumban a bordaív alatt igen erős nyomásérzékenység, izomvédekezés nélkül. Fvs.: 18.000, qualitative erős balratolódás. Vizeletben urobilin serum bilirubin tartalma és



diastase értéke normalis. Röntgen átvilágításkor jobb rekesz alatt fél h. ujjas szabad levegőárnyék.

G. I. 41 éves földműves a multban beteg sohasem volt. Három nappal klinikánkra bejövetele előtt a jobb epigastriumban a bordaív alatt görösös fájalmak jelentkeztek, hányása, hányingere nem volt, saját lábán állított be járóbetegrendelésünkre.

Felvételkor hőmérséklete 39.1° C. érverés 100 percenként, lázas állapotához viszonyítva meglepően friss benyomást kelt. Has jól áttapintható, a jobb epigastrium a bordaív alatt erősen nyomásérzékeny, izomvédekezés nélkül. Fehérvérsejtszám: 21.400. kvalitatív vérkép erősen balratolt, vizeletében urobilin. Vérállandók normalisak, diastase értékek nem emelkedtek. Röntgen átvilágítással mindkét rekesz alatt, de főként jobb oldalon, ½ h. ujjnyi szabad levegő mutatható ki.

Mindkét esetben a klinikai tünetek (fájdalom jellege, erőssége, nyomásérzékenység helye, láz, leukocytosis erős balratolódással, urobilinuria, szapora érverés) alapján az epehólyag gyulladással megbetegedésének képe áll előttünk. A Röntgennel kimutatható hasüri szabadlevegő volt az, mely aztán a körjelzést helyes irányba terelte, tekintve, hogy a szabad hasüri gyomorduodenum átfúródásnak legnagyobb körjelző értékkel bíró tünete a rekesz alatt sarló alakban elhelyezkedő árnyékiesés, amit a német szerzők 90%-ban, amerikaiak 86%-ban észleltek az átfúródásokban természetesen akkor, ha a többi hasüri szabadlevegőt előidéző okok, mint a hasfal szúrt sérülése, laparotomia, rosszul készített légmell, nőknön tuba felfúvása, gázperitonitis, a máj s rekesz közé helyezett bélkacs, gáztartalmú rekesz alatti tályog kizárható, mint ahogy az jelen esetben kizárható is volt.

Általánosan elfogadott elv, hogy a szabad hasüri átfúródást minél korábban meg kell operálni a fenyegető általános hashártyagyulladás miatt, mert kicsi a valószínűsége az önként gyógyulásnak:

Speck szerint 1—2%, Eiselsberg szerint 5% ezeknek a száma, Shoemaker 567 átfúródás közül 4 önkéntes gyógyulást látott. A spontán gyógyulás rendszerint az által következik be, hogy az átfúródásos nyílást a környező szervek gyorsan körülveszik és elzárják, de bekövetkezhetik úgy is, mint azt az amerikai Schnitzler hangsúlyozza, hogy az átfúródásos nyílást fibrinesap zárja el. Minél kisebb az átfúródásos nyílás s minél hamarabb következik be a környező szervek által az elzárás, annál nagyobb a valószínűsége a spontán gyógyulásnak.

A szabad hasüri átfúródás itt közölt két esete a jellemző képtől eltérően a heveny epehólyaggyulladás utánzó tünetekkel került észlelésre s a hasüreg Röntgen-átvilágítása terelte helyes irányba a körjelzést. Tehát minden heveny hasi panasszal jövő beteget előkészítés nélkül, lehetőleg állva Röntgennel világitunk át.

Liposits Elemér dr  
belklinikai tanársegéd, Pécs.

## A „Corediol“ alkalmazásával szerzett tapasztalatok.

Napjainkban, amidőn tudvalevőleg a coffein beszerzése bizonyos nehézségekbe ütközik, örömmel vesünk és tanulmányozunk minden újabb analeptikus hatású szert.

Az alábbiakban egy, a gyakorlatban még kevésbé ismert analeptikumról, a corediolról számolunk be, amely szert osztályunkon huzamosabb időn át jó eredménnyel alkalmazzuk.

A corediol (Richter) részben tisztán, vizes oldatban, intravenás, izomközti és bőrallati befecskendezésekre, 2 cm<sup>3</sup>-es ampullákban és solutio formájában, részben chininnel és calciummal kombinálva állott rendelkezésünkre. A chinines kombinatio, 2 cm<sup>3</sup> ampullában olajos oldat, a calciumos tablettá.

A corediol, chemiailag pyridin-, carbonsav-diaethylamin. Diaethylamin csoportjánál fogva mint centrális szívanaleptikumot alkalmazzuk. Központi izgatója ezenkívül a légzőcentrumnak és ugyanilyen támadásponttal a peripheriás érrendszer tonusát fokozza (n. splanchnicus területe, plex. subcutaneus). A szív-, vese-, agyereket elective tágtítja. Tehát egyesíti azokat a tulajdonságokat, melyeket gyógyszer-tani ismereteink szerint a camphor és a coffein, illetőleg a lobelin (utóbbit azonban csak kisebb mértékben) képvisel.

A corediolt főleg heveny, de idült szívgyengeség és keringési elégtelenség eseteiben is használjuk.

Hirtelen fellépő acut szívgyengeség eseteiben — collapsus, oedema pulmonum, asthma cardiale — a corediolt i. v. adjuk. 1—2 ampulla egy-magában, vagy utóbbiaknál dextroseval, Kombetinnel keverten hatása néhány perc mulva érvényesül. A légzés nyugodtabb és mélyebb lesz. A pulsus az erőteljesebb kamrasystolék és a peripheriás érrendszer tonusának fokozódása kapcsán teltebbé, nehezebben elnyomhatóvá válik, szaporasága csökken. I. v. mindig lassan kell injiciálni!

Eseteinkből néhányat ismertetünk:

B. E., 22 éves nő. Dg.: pleuritis exsudativa. Mellkas-punctio kapcsán hirtelen elsápad, bőven verejtékezik, eszméletét veszti, pulsusa alig tapintható, szaporasága percenként 144. Tensio: 55/35 Hg mm. Felületes, szapora légvételek. I. v. adott 2 amp. corediol után fél perccel eszméletre tér, pulsusa fokozottan teltté válik, sz. p. 92. Légzés nyugodtabb, arca enyhén kipirul. Tensio: 100/75.

N. G.-né, 42 éves nő. Ulcus ventriculi haemorrh. kapcsán nagyobb fokú anaemia. Vvtestszám: 2.400.000. Ágyban felülve több ízben collabál, de eszméletét nem veszti el teljesen. Pulsus filiformis, 156. T.: 60/30. Egyébként tünetek, mint fent. I. v. amp. corediol után pulsus 98. T.: 110/50. Utána transfusio.

K. A., 28 éves nő. Nagy dyspnoe, cyanosis, szívcsúcs felett praesystolés-systolés zöreje. I. hang dobbanó, pulm. II. ékelt. T.: 100/70. Pulsus 160, könnyen elnyomható, arrhythmias. Bőséges véres, habos köpet. Tüdők felett diffuse számos szörtyzöreje. Vlenapunctio után 2 amp. corediolt adunk 40 cm<sup>3</sup> dextroseban 0.3 mg Kombetinnel együtt, 1 óra mulva köpet nincs. Pulsus 104, teltebb. Másnap a tüdők felett csak érdes légzés. Pulsus 84, telt. Panaszmentes.

Idült keringési elégtelenség eseteiben (vitium, myodegeneratio cordis) a corediolt természetesen csak másodrendű szerep illetheti meg a klasszikus digitalis-kezelés mellett. A digitalis-hatás azonban az első napokon, amikor cumulatioja még nem érhetett el kellő fokot, nem érvényesül teljes egé-

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

szében. Ilyenkor naponta 1–2 ízben s. c. adott corediol a decompensatio leküzdésében elsősorban igénybevett szervek, a szív és a vesék saját ereinek támogatása útján kisegítő (adjuvans) hatású lehet. A compensatio beállta után, különösen bradycard szív működés esetén, napi  $3 \times 20$  csepp corediol pulsusrendező hatású volt.

Érdekes megjegyeznünk, hogy nem súlyosan decompensált myodegeneratiók esetén, melyeknél azonban az EKG kifejezetten gravis laesiót mutatott, 3 esetben figyeltük meg a tiszta corediol-hatást. Mindhárom esetben alacsony QRS csoport, lapos vagy isoelektromos T, abs. arrhythmia, pitvarlebegés. Napjában 2 ízben adtunk s. c. corediolt. A harmadik kezelési napon, közvetlenül az injectio beadása után készített kontroll EKG-k egyöntetűen a QRS csoportok emelkedését, a T hullámok kisebb-nagyobb pozitív irányú emelkedését mutatták.

Egy esetben coronariathrombosisnál alkalmaztunk corediolt.

Sz. J.-né, 66 éves nő. Hat héttel felvétele előtt hirtelen szív táji fájdalmak, szívdobogás kíséretében nehéz légzés, ajka, végtagjai elékültek. Előzőleg hosszabb idő óta érzett jobb (!) karjába sugárzó fájdalmakat. Három hét múlva végtagjai, majd hasfala oedemássá vált.

Felvételekor az EKG alapján előrement coronariathrombosisot vettünk fel. A P hullámok közvetlenül az R előtt vannak (II. elvezetés),  $P-R = 0.05''$  (supranodalis rhytmus). Emellett legfeltűnőbb eltérés (I. elvezetés) a diphasisu T, mely lefelé forduló ST-szakasz folytatásaként előbb kihegyeztetten, mélyen negatív, majd pozitív lesz. Három héten át napjában  $1 \times 2$  ampulla corediolt adtunk i. m., időnként  $0.3$  mg Kombetin-dextrose mellett. A coronariák állapotát sorozatosan készített EKG-kal kontrolláltuk. Az 1. hét végén ferdén eredő, mélyen lenyomott ST-szakasz után laposan pozitív T-k, másrészt negatív P-k láthatók.  $P-Q = 0.13''$ . A második hét végén lényeges változás nincs. A 4. hét végén a supranodalis kezdeti rhytmust arrhythmia abs. váltja fel pitvarlebegés, különböző helyekről kiinduló extrasystolék mellett az ST-szakaszok csaknem az isoelektromos vonalban vannak, kistokban depressáltak, a T-k laposan pozitívak. Klinikailag: bő diuresis, oedemák eltűnőben, pulsus eléggé telt, 96. szemben a kezdeti 150-es alig tapintható pulsussal. Közérzet jó, anginás panaszok a kezelés alatt nem voltak.

A cardialisan súlyosabb mértékben decompensált esetek nagy százalékában többé-kevésbé váratlanul fellépő pneumonia szerepel, mint közvetlen halálok. Ennek kialakulását általában meg lehetett előzünk napjában adott corediolchininnel (i. m.) Ilyenkor egyrészt a corediol a folyamatban levő digitalis, illetve strophantin-kezelést támogatja; másrészt a chinin védelmet nyújt a bacteriumos fertőzés kialakulásával szemben. Már kifejlődött pneumonia esetén a helyzet sokkal kedvezőtlenebb; ekkor a szer alkalmazásától már nem sokat várhatunk, leginkább még a kezdeti stádiumban. Prophylaktikus alkalmazáskor viszont pneumonia egy esetünkben sem fejlődött ki.

Croupus pneumoniák kezelésében a camphorolajat, illetve a camphoros-chinines összetételeket a corediol, illetve corediol-chinin, mint hatásában egyenlő értékű szer, helyettesítheti. A praecapillaris rendszerre kifejett tonusfokozó hatás révén az itt különösen fenyegető collapsusnak elejét veszi. Küszöbön álló collapsus esetén az i. v. alkalmazási mód a helyénvaló, egyébként 1–2-szer corediol-chinin i. m., szükség szerint pedig corediol s. c.

A solutio alkalmazásának egyes területeit a fentiekben már láttuk. Adható lázas megbetegedésekben. Hypotonia esetén 1–2 hetes gyógykezelés után

10–25 Hg mm tensioemelkedést észleltünk. Tartós eredmény céljából intermittáló kezelés volt szükséges.

T. M., 29 éves nő. Hasonló panaszok. T. 100/75. Tíz-napi kezelés után T.: 110/75. Panaszai enyhültek.

A corediol-calciumot eddig csak néhány esetben alkalmaztuk, és pedig elsősorban az alsó légutak idült betegségeiben (bronchitis, bronchiektasia, gangraena pulmonum, asthma bronchiale), melyeknél váladékesökökkel hatás mellett a keringés javulását, illetve zavartalanságát kívántuk elérni.

Tapasztalataink alapján a corediolt és kombinációit megbízható készítményeknek tartjuk, ha alkalmazásuk idejét és a szükséges dosisukat helyesen választjuk meg.

Bárd Rudolf dr.,  
Szt. István-kórház II. bel. oszt.

### Kérdés — feletet!

**Kérdés.** 1. A Freund—Kaminer féle ráksejt oldási reakciónak pontos és részletes leírását melyik munkában vagy folyóiratban találhatom meg? 2. Mi a ketogen diéta, mi a lényege, a hatása és célja?

Dr. F. M.

**Felelet.** 1. Freund und Kaminer: Biochemische Grundlagen der Disposition für Carcinom. Wien, 1925. Későbbi közlések a Wiener klinische Wochenschriftben: a reactio diagnostikus értékére vonatkozóan: Wien. klin. Wschr. 1933. II. 1576–1578. 2. A zsírok tökéletlen elégetése következtében acetontestek halmozódnak fel a vérben és jelennek meg a vizeletben. Ez az állapot physiologiás körülmények között is bekövetkezik akkor, ha a táplálékban a zsírok mennyisége az összes szénhidrátok felénél több. Az ilyen étrendet nevezhetjük »ketogen«-nek. (Bővebben I. Beznák: Eletten II. kötet.) A therapiás célból (pl. asthma, migrain esetén) ajánlott ketogen étrend hatása bizonytalan és gyakorlatilag ezideig alig alkalmazzák.

Podhradszky Lajos dr.

**Kérdés:** Lehet-e padutint intravénásan adni?

Dr. K. S.

**Felelet:** Értágító szerek általában, így a padutin is, adhatók intravénásan. A befecskendezésnek ilyenkor megfelelő óvatossággal, lassúsággal kell történnie. Kellemetlen tünetek jelentkezése esetén az injectio természetesen azonnal abbahagyandó.

Gömöri dr., tanársegéd.

**Kérdés:** Van-e jelentősége a késői pozitív Nylander reakciónak normális vércukor mellett. (Késői alatt értem, hogy a kémesőben forraláskor rozsdaszínű csapadék 1–2 óra múlva vagy másnap fekete lesz.)

Dr. K. S.

**Felelet:** A cukor kimutatása a vizeletben reductio próbakkal történik. A cukor a Trommer—Fehling próbában rézsót cuproxyddá, a Nylander próbában pedig bismutsót reducál fém-bismutá. A reductio azonban nem specifikus, más vegyületek (így a vizeletben kreatinin, húgysav, fehérje stb.) is reducálják a fenti vegyületeket bizonyos fokig, ha kellő koncentrációban vannak jelen. Ezért kapunk kistokú reductiot tömény vizeletekkel különösen, ha a próbát állani hagyjuk. A Nylander próba fehérjének még nyoma esetén is adhat látszólag pos. reactiót fekete bismutsulfid képződése folytán. Normális vércukor mellett tehát a késői reductio nem jelent még glykosuriát. Kétes esetben biztos eredményt az erjesztés ad (két kontroll csővel végzendő: 1. élesztő+phys. konyhasó, 2. élesztő+dextrose!).

Gömöri dr., tanársegéd.

# EUGASTRIN MITE és FORTE

SAVKOTÓ  
BÉLMŰKODÉSSZABÁLYOZÓ

„CERTA” GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R.T., BUDAPEST

## SEBÉSZET.

Rovatvezető: *Guszich Aurél és Rhorer László.*

**Marfanil-prontalbin sulfamid keverék használata a fertőzött és fertőzöttségre gyanús sebek kezelésében.** *Haferland H.* (Arch. f. klin. Chir. 202. 3.) A gyakorlatban a sulfamid készítményeket főleg erysipelas, puerperalis sepsis, gonorrhoea, meningococcus, pneumococcus-fertőzések esetében alkalmazták jó eredménnyel, számos egyéb betegségben több-kevesebb sikerrel. A sebek pontos ellátása után gyakran helybeli kezelést is végeztek. Hatás-mechanismusát pontosan még nem ismerik. *Nitti* alkalmazta először, helybelileg jó eredményt ért el kombinált alkalmazásánál is (por alakjában a sebre hintve és szájon át is). Anaerob fertőzés esetében a gyógyulást kedvezően befolyásolja, azonban a serumot nem teszi nélkülözhetelenné; gázoedemánál kiváló eredményeket értek el marfanillal. A marfanil-prontalbin keverék magas adagjait is jól tűri a szervezet, toxikus tüneteket nem láttak ettől a keveréktől. Anaerob fertőzésnél, gázoedemánál előnyösen hat a sebgyógyulásra a marfanil-prontalbin-pornak 1:9 arányú keveréke, valamint 0.25 gr-t tartalmazó tabletták. (G. 21.)

*Roska Lajos dr.*

**A gyomor- és gyomorbélfekély sebészi kezeléséről és ennek eredményeiről és tartós hatásáról.** *Forni G.* (Arch. f. klin. Chir. 202. 3.) Nagy anyagon végzett vizsgálatok és műtéti anyag kapcsán a szerző a gyomor- és nyombélfekélyek legeredményesebb műtéti eljárásait ismerteti. A gyomor- és nyombélfekélyek nem és kor szerinti megoszlását, korbonctanát tárgyalja, azután rátér a különböző szövődményekre. A gyakori gastritis néha a gastroenteroanastomosis ill. resectio után is fennáll. Leggyakoribb szövődmény a szűkület. Gyomorfekélynél aránylag ritkább a vérzés, mint a nyombélfekélyeknél. Természetesen legsúlyosabb szövődmény a szabad hasüregbe való átfürödés. Általában a resectiót végzik: az utóbbi években csaknem kizárólag a Pólyafélt, Cardia melletti fekélynél egy bajonetszerű atypicus resectiót végeznek. A műtétek után fellépő ulcus pepticum jejuni eseteiben újólag radikális műtét történt, mortalitása 11% volt. Átfürödött fekélyeknél az első órákban mindig elvégezték a resectiót: jó eredménnyel. Az ellenőrző vizsgálatok szerint az esetek 80%-ban a műtét klinikailag teljes gyógyulást eredményezett. Az operált betegek kb. 3%-ban lépett fel ulcus pepticum jejuni. Akiknél a műtét után fennmaradtak a panaszok, jórészt azok közül valók voltak, akik a diéta, gyógyszeres tanácsokat nem fogadták meg. (G. 20.)

*Roska Lajos dr.*

**Az átfürödött gyomor- és nyombélfekélyek műtéti eredményeiről és azok kiújulásának veszélyéről.** *Gre-*

*villius és Cederlund.* (Arch. f. klin. Chir. 202. 3.) Szerzők 189 átfürödött gyomor- és nyombélfekély eset és az irodalomban található adatok alapján megállapítják, hogy átfürödött fekélyek egyszerű elvarrása magasabb halálozási számot mutat, mint más eljárásokkal operált betegeké. Viszont az egyszerű elvarrást éppen a legsúlyosabb eseteknél alkalmazták, míg az elsődleges csontkolást jó állapotban levőknél. Az összehasonlítás tehát nem egészen helyes. Mégis úgy látszik, hogy az elvarrás nem eléggé megbízható eljárás. Kimetszés, varrat adja szerintük a legalacsonyabb halálozási számot, 123 utóvizsgálat alapján úgy látszik, hogy egyszerű elvarrás adja a legrosszabb késői eredményeket is; gyakori a recidiva. A kimetszés varratot ajánlja az átfürödött fekélyek sebészi kezelésében normálmodszernak, jó állapotban levő betegeknek s a gyomor-sebészetben kellően jártas sebészek az elsődleges resectiót ajánlja. (G. 22.)

*Roska Lajos dr.*

## SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

**Hypophysis tumorok kezeléséről.** *Krause.* (Klin. Mbl. f. Augenheilk. 108., 242. o.) 51 esetről számol be és elsősorban Rtg. kezelést ajánl. A műtétet csak akkor tartja indokoltnak, ha a Rtg. teljesen hatástalan, vagy ha sürgős nyomásesökkentés szükséges. Rtg. ártalmat a szemben a besugárzások következtében nem tapasztalt. (18.)

*Nagy Ferenc dr.*

**Allergiás kötőhártyagyulladás Pervitin kezelés.** *Schmelzer.* (Klin. Mbl. f. Augenheilk. 108. április.) Két szemalézzal kapcsolatos allergiás kötőhártya gyulladás esetét ismerteti, melyek a szokásos tüneti kezelésre heteken át nem javultak. Pervitin (benzedrin methyl származéka) lökésszerű adagolásra (3×0.003 gr. 2 óra alatt bevenni) 2–3 nap alatt mindkettő meggyógyult. A szerrel központi izgató hatása miatt csinján kell bánni, mert szenvedélyé válhat. Leghelyesebb, ha magunk adjuk a betegnek reggel, hogy éjszakai alvása zavartalan legyen. (19.)

*Nagy Ferenc dr.*

**Skopolamin-Eukodal-Ephetonin befecskendés a szemézi gyakorlatban.** *Himmelmann.* (Klin. Mbl. f. Augenheilk. 108. április.) A Merk gyár által készített gyengébb oldatot (½ mgr. skop., 1 ctgr. eukodal és 25 mgr ephetonin) ajánlja egy órával a szemműtét előtt a bőr alá fecskendezni. A beteg a műtét alatt teljesen nyugodt, köhögési ingere nincs, nem szorít, utána több órában át nyugodtan fekszik, vagy alszik. Akinesia, retrobulbaris befecskendés csak kivételesen nehéz esetekben szükséges. Narkózis sokkal könnyebben végezhető. (17.)

*Nagy Ferenc dr.*

MAGYAR  
GYÁRTMÁNY



sz. asthma bronchiale szüvenén gyógyszer

**Asthmolysin**

infectio és kup

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

# JOD-„ICHTHYOL“ INJECTIO

INTRAMUSCULARIS ALKALMAZÁSBAN

Adagolás: hetenként háromszor egy, vagy ötödnaponként egy amp.

1 dob. (12 amp.) ..... P 5.34

1 » (50 amp. kórh. csomag.)

1 » (100 amp. kórh. csomag.)

**REX** GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR ÉS GYÓGYÁRUKERESKEDELMI RT. BUDAPEST—DEBRECEN.

## GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

Tanulmány a csecsemőekzemáról. *Woringen.* (Maschr. Kh. 88. 3—4.) A csecsemőkori ekzéma kétféle compl. catio jellemző. Az egyik allergiás, a másik infektiós természetű. Előbbihez tartoznak az általános shock-jelenségek, emésztési zavarok, urticaria és az asthmás krízisek, amiket a spec. allergenek szervezethejutása vált ki. Sokkal gyakoribbak az infektiós kísérő betegségek, amik az ekzema lefolyását és prognózisát befolyásolják. A nedvező ekzémás területen a specificus pyogen természetű kórokozók jó táptalajra találnak. A steptococcus, staphylococcus, pyocyanus, diphteria és vacinavirus jellemző megbetegedéseket okoz. Az ekzémás bőr dús vérellátása okozza, hogy a kórokozók a szervezetbe könnyen benyutnak és azt toxicus termékeikkel elárasztják. Ezzel magyarázható az ekzémára jellemző egyes jelenségek, mint a hirtelen lázrohamok, súlyzuhanások, göresök, acut collapsusok és főleg az ú. n. ekzema-halál. A gyakran fellépő emésztési zavarokat inkább az aphisiologiás táplálási mód, mint a pathologiás constitutio okozza. Az izgalmi állapotokat az állandó viselkedés szokta kiváltani. (K. 29.) *Reischl Edgar dr.*

Gyermekkorban előfordult lymphogranuloma inguinale esetek. *Winge* (Klin. Wo. 43. 1941.) Gyermekkorban előfordult két lymphogranuloma inguinale esetről számol be. Mindkét esetben a fertőzés valószínűleg a szülőktől történt. Mindkét gyermeknél strictura recti és kétoldali hydroys genust észleltek, egyik gyermeknek baloldali coxitis is volt. Rövid áttekintést ad az irodalomban leírt gyermekkori lymphogranuloma inguinale esetekről, ezzel kapcsolatosan a lymphogranuloma inguinale kapcsán felmerült problémákat tárgyalja. Valószínűnek tartja, hogy ezen megbetegedésnél a reticulo-endotheliális rendszer laedált. Strictura rectinél a megbetegedett szövetek exstirpációját veszélyes beavatkozásnak tartja, ellenben colostomia jól segít a betegen. (K. 28.) *Timcsák Alice dr.*

## BÓRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő.*

A kötőhártyák tavaszi hurutjával és leneseártalommal járó idült polymorph fénykiütés. *Kochs és Libowitzky* (Dermat. Wschr. 114. 22.) 13 éves leányon idült polymorph bőrkiütést talált, mely főleg az arcra, nyakra és karokra terjedt ki: szétszórt, helyenként összefolyó, kölesnyi, piros, erősen kivakart és helyenként véralvadékkal fedett papulák, máshol gyulladós bőrvastagodás, váladékókozó csomócskák, kis hólyagok, nyakon neuroderma-szerű elváltozás. Kötőhártyák hurutosak, kezdődő leneseártalom. Állandó székrekedés miatt májártalom kimutatható, mely okozati összefüggésben van a betegség lényegével. Fényérzékenyítő anyag nem volt kimutatható, így feltételezhető, hogy a betegség nemhez kötött, dominánsan öröklődő, napfény hatására kiváltódó kórfolyamat. (Sz. 28.)

*Kertész Tivadar dr.*

Ritkább salvarsan-bőrártalmak. *Volavsek W.* (Dermat. Wschr. 114. 21.) Ujabban gyakran fordul elő a lichen ruber planus, ill. lichen spinulosus, máskor keratosis follicularis alakjában megjelenő salvarsan-kiütés. Nőkön gyakoribb. Legkorábban a 4. salvarsan (sv.) injectio után, legkésőbb a kezelés befejezése után két hónappal, 2.1—5.25 gr. sv. mennyiség után lépett fel. A betegek  $\frac{1}{3}$ -ada a sv-nemtűrés más jeleit is mutatta, így pl. sv-dermatitist, sárgaságot. Májpróbák pozitívek voltak, tehát a kiütések belső elváltozások alapján fellépő jelenségek. A szövettani elváltozások és a májbántalmak A-vitamin hiányra engednek gondolni. A jelenlegi táplálkozási viszonyoknak is van szerepük, ezért a szerző vitamin- és szénhidrátdús étrendet, az ártalmak megelőzésére pedig a sv-nak 10%-os cukor oldatban való oldását és C-vitamin adását ajánlja. (Sz. 26.)

*Kertész Tivadar dr.*

Orvosi rendelőberendezés és műszerek vidéken eladók. Cím a kiadóhivatalban.

# MALTIRON

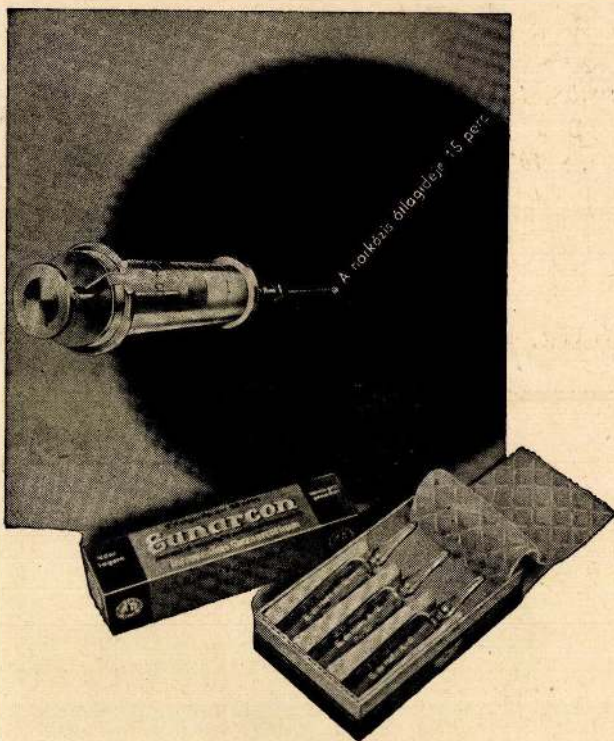
Prof. Hainiss előírása szerint készített, az íróhoz hasonló fehérjedús, zsírszegény, szénhidrátokkal kiegészített gyógytápszer

## Hasmenéses csecsemők részére

Javallva: Dyspepsia, dysenteria, entero-colitisek és exsudatív diathesis bélmanifestációi eseteiben. Alkalmazása: a hasmenést csökkentő gyógytáplálékoknál szokásos irányelvek szerint.

Szabadon rendelhető: Közgyógyszerellátás terhére

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



# Eunarcon

Használatra kész intravénás  
narkotikum

az operatív 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 — Magyarországi képviselő: Dr. Lányi Lajos, Budapest, VIII., Rigó-utca 10

# DORMOVIT\*

*alvási zavaroknál*

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

\*) Furfurylisopropylbarbitursav

**DTWAG**

CHEMISCHE FABRIKEN A.G., BERLIN-WAIDMANNSLUST

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

# PERPARIN-CHINOIN

a papaverinnél háromszor hatékonyabb, teljesen ártalmatlan  
göresoldószer

Tabletta, injectio, suppositorium, pulvis pro receptura

## KÖNYVISMERTETÉS

**A hajduszoboszlói hőforrások hasznosítása.** (Irtá: Veress Béla, gépészmérnök, a városi közművek igazgatója. Saját kiadása.) Egy 170 oldalas könyvből származó be 15 évi munkájáról és elért eredményeiről a híres hőforrások és az avval kapcsolatos üzemek kezdettől fogva lelkes munkása. Megtudjuk belőle, hogy mi kinézetet jelent országnak, nemzetnek, városnak egyaránt ez a két hőforrás, melyek egyike 1060 m. mélységből 1600 plt. (napi 2.3 mil. ltr.) 73%-os, a másika 2030 m. mélységből 1100 plt. (napi 1.6 mil. ltr.) 78%-os konyhasós-bicarbonatos, gyengén jódoz vizet szököt fel 15 m. magasra. Ezt a roppant hőenergiát nem is tudják még kellőleg kihasználni, fürdésre alkalmassá a 24–36°-os 200 m.-es városi fűtő kutak teszik, de a vízzel együtt feltörő majdnem tiszta methangázt kitűnően hasznosítják egyrészt acéltartályokba sűrítve, másrészt géphajtással villamos energiát fejlesztve vele. Ez a földgáztermelés 1932-ben csak 572 ezer m<sup>3</sup> volt, de 1940-ben már 1714 ezer m<sup>3</sup>-re szökkent és a vele meghajtott gépekkel 1928-ban 358 kw órát, — 1941-ben 553 kw óra villanyáramot termeltek, mit a város és négy nagyközség közvilágítása és üzemek használtak fel. A fejlődés menetét pontos adatok, grafikonok mutatják.

A fürdő, melynek utóbbi évek óta már komoly gyógyberendezései és orvosi vezetése van, 1933-ban még csak 4000 állandó vendéget tudott felmutatni, de számuk 1941-ben már 17.800-ra szökkent. Sajnos ezek még mindig a városban szétszórtan levő szállodákban, penziókban tudnak elhelyezkedni, mert a fürdővel kapcsolatban nincs betegek elhelyezéséről gondoskodás, ami súlyosabb esetekben a gyógyításnak nagy akadálya, de akadálya egyben annak is, hogy ez az igazán értékes gyógytényezővel rendelkező fürdő a törvény értelmében nem nyilvánítható gyógyfürdőnek. A gyógy szálló építése úgy látjuk még ma is a ködös jövőben van. Hát még a tervezett rheuma-kórház! Pedig mennyire elvárhatnánk ezt Hajduszoboszlótól.

Vámossy

**Die Bedeutung des verminderten Liquordruckes in der Klinik.** Wolff H.: (G. Thieme kiadása, Leipzig, 1942. 83 oldal. Ára 5.66 P.) Míg a fokozott liquor nyomás tünetei és befolyásolásának lehetőségei általánosan ismertek, a csökkent liquor nyomás klinikai jelentősége csak az utolsó évek folyamán kezd világossá válni. Különösen 5 kórképnél észlelte a szerző a csökkent liquor nyomás tüneteit: az ú. n. spontán aiquorrhoea (Schal-

tenbrand), a postpunctionalis hypotensio és a subduralis haematománál. A csökkent liquor nyomás tünetei a következők: Fejfájás, szédülés, hányás. Ezek a tünetek ülő vagy álló helyzetben erősen fokozódnak, fekvő helyzetben csökkennek, a liquor hydrostatikai viszonyainak megváltozása miatt. Az említett főtüneteknek a testhelyzettől való függése a csökkent liquor nyomás legfontosabb diagnosztikus jele. További tünetek: fülzúgás, tarkómerevség, enyhe tudatzavar, futó abducens paresis, pulsus-, légzés-, nyelési és vizeleti zavarok, ritkán positiv Babinski, anisocordia. A klinikai kép ismertetése után a liquor nyomást befolyásoló tényezőket, a plexus chorioideusok működésének sok élet- és kóreléleti vonatkozását tárgyalja, majd egyenként ismerteti részletesen a fentebb említett liquor-hypotensióval járó kórképeket és az egyes tünetek létrejöttének kóreléletét. Végül a csökkent liquor nyomás kezelésére vonatkozó tapasztalatait ismerteti. A liquor nyomás befolyásolható: 1. gyógyszeres úton (Pilocarpin, Ephedrin, Acetylcholin), 2. osmotikus úton (hipotóniás — 0.45%-os konyhasóoldattal, ebből 5–1000 cem i. v., a vér a hypotóniás oldal befecskendezésére osmotikus nyomásból veszt, mire a plexus-hámon át fokozódik a liquor-elválasztás), 3. végül physiologiás konyhasóoldatnak vagy liquornak subarachnoidealis bevitelével.

A könyv a liquor nyomás élettanát és a csökkent liquor nyomás klinikai jelentőségét tömören, de kimerítően tárgyalja. Munkája lényegesen hozzájárul ennek az eddig kevésbé átdolgozott területnek megismeréséhez.

Horányi Béla dr.

**Allgemeine Elektrokardiographie.** Prof. Koch Eberhard. (Steinkopf Th. Verlag, Dresden u. Leipzig 1941. 225 Mk.) A 49 oldalas kis könyv 5-ik kiadását részletesen méltattam, jelen 6-ik kiadása az előbbiétől lényegesen alig tér el. A kiadások gyors egymásutánja, ebből következőleg a könyv óriási kelendőse legjobb bizonyítéka annak, hogy az orvosi gyakorlatban Koch könyve éppen könnyű áttekinthetőségével, szövegeinek igen jól érthetőségével, ábráinak ötletességével és didaktikus voltával minden az elektrokardiographia iránt érdeklődő avagy azzal dolgozó orvosnak igen hasznos szolgálatot tesz. A függelékben dr. Koch—Momm Elisabeth által adott iránymutató az elektrokardiogramok megbírálására pedig rendkívül jó segédeszköz arra, hogy a görbék pontos, rendszeres megítélését számunkra megkönnyítse és éppen az elektrokardiogramok leolvasásában oly fontos rendszeres munkára rászoktasson.

Binder László dr.

## 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 ízet és szagát a vivőanyagul szolgáló és különleges eljárással készült aromatikusságy syrup kitűnően fedi.

## Sedival tabl.

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

### S Z E N T P É T E R

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

## Búcsúzunk Hóman Bálinttól, Szily Kálmántól és üdvözljük az új kultuszminisztert.

Közoktatásügyünk éléről két oly kiváló vezér távozik, kiket az egyetem nevelt és bocsátott az ország érdekében e legmagasabb közszolgálatba s akik úgy e téren, mint a nemzeti politika terén mindig bölcs vezérkedésükkel, kimagasló alkotásaikkal fényesen bizonyították a tudományművelés előiskolájának kiváló alkalmasságát országos ügyek intézésére. Szily Kálmán még Klebelsberg gróf egyetemalkotó munkája idején hagyta ott katedráját, hogy szívós munkabírásával, az egyetemi élet terén szerzett nagy tapasztalataival segítségére legyen minisztere nagy és messzelátó terveinek kivitelében. Szakismeretei nagy segítségére voltak az egyetemek építkezésének és felszerelésének befejezésében, az Országos Természettudományi Tanács és Ösztöndíj-Tanács, Széchenyi Tud. Társaság áldásos működésének megindításában és külföldi tudományos relációink kezdeti kiépítésében. Közkedvelt alakját ott láttuk minden bensőséges ünnepünkön, hivatalának ajtaja nyitva volt mindenki előtt minden időben, magának dolgozni csak este tudott, sokszor még éjjelkor is világosak voltak ablakai. Munkabírása csodálatos volt és az államtitkári székben töltött 12 év alatt egy vonalnyt sem csökkent. És most távozik azzal a hozzáillő, saját érdemeiről megfélelmező szerény mondással, hogy »boldog, hogy Klebelsberg Kunó és Hóman Bálint oldala mellett dolgozhatott«. De nem pihenni tér, hanem katedráját a Műegyetemen újra elfoglalja. Visszavonulásakor minden egyetemi ember, minden ösztöndíjas és minden tudományos és egyetemi intézmény — köztük lapunk is — hálája és köszönete kíséri és magával kell, hogy vigye áldozatos és sikerekben gazdag, közszolgálatot felemelő öntudatát.

Közel tíz éve annak, hogy mindnyájan megdöbbenve vettük Klebelsberg Kunó gróf váratlan halála hírért. Szorongva kerestük, vártuk utódát, ki lesz az, aki hozzá hasonló kultúrával és tudással méltóan tölti be ezt a nagyfontosságú miniszteri széket és befejezi, továbbépíti a megkezdett nagy alkotásokat. A nemzeti ébredés bölcs kormányelnöke nem a politikusok között, hanem megint a történelemtudomány felsőbbrendű művelői között találta meg a méltó utódot. Hóman Bálint, az egyetemi professor, nagy elődjének legbensőbb barátja és munkatársa vette át az ország kultúrájának vezetését az egyetemek és a felső oktatás munkásainak nagy öröme. Kegyeletes lelkesedéssel és nagy bölcseséggel folytatta felsőbb kultúránk fejlesztését, külföldi relációinak kiépítését, melynek érdekében több ízben tartózkodott külföldön, kultúregyezményeket kötött, támogatta a német és olasz tudományos intézetek itteni felállítását és működését, tanulni vágyó ifjaink külföldi útjait és elhelyezkedését. Megértést célzó nemzeti politikájával kihúzta a rajtunk rágó nemzetiségi kérdés mérgefogát, rendet teremtve e téren iskolában és templomban egyaránt. Középiszkolai oktatásunk reformját, rendet a tankönyvek terén, tanulóifjúságunk testnevelésének katonai szellemben való kiépítését, a nyolcosztályos elemi iskolát s ezzel népünk kultúrájának várható nagy emelkedését, az önállósítási alap megteremtését, mind ennek a nagy történet-

tudósnak köszönhetjük, akiről eleinte azt hittük, az egyetemeken alul nem fog meglátni semmit.

De Hóman Bálintban nem nyomhatta el a vérbeli tudóst és történetírót még a miniszterség és a politika sem. Minden pihenőidejét rászentelve kitűnő munkatársával, Szegfű Gyulával együtt egy olyan klasszikus művel, a magyar nemzet ötköteletes történelmével ajándékozta meg nemzetét, ami ott kell, hogy legyen minden művelt magyar erekljeszekerényében támaszul, ha hite inogni készül és biztatásul, ha a nemzet jövőjét építeni kell. Szent Istvánról írott nagy monográfiája pedig történelmi alapkövét képezi mai keresztény irányzatunknak, aminek mindig kimagasló vezérharcosa volt.

Minisztersége utolsó éveiben pedig az ország gyarapodása olyan feladat elé állította, ami talán legkedvesebb volt szívének és élete legnagyobb művének volt mondható s ez a kolozsvári Ferenc József egyetem átvétele és újjáteremtése, mit hű munkatársa, miniszteri biztosa: Szily Kálmán segédletével bonyolított le. A magyar kultúrának ez a keleti végvára kettőjüknek köszöni fényét és hatóerejét, miért a késői korok is áldani fogják megalkotóit.

Most, mint aki jól végezte dolgát, tiszta lelkiismerettel s a lepuritánabb módon önként távozik Hóman Bálint az első szereplők sorából és visszavonul szebbik élete, tudománya meghitt magánya körébe. Egy nemzet hálája kíséri őt búcsúzásul, közte az egyetemi büszke köszöntése, kik büszkék arra, amit a nemzetért tett és hogy közülük való volt!

Miután eddigi vezéreinktől búcsút vettünk, igaz örömmel üdvözljük az új kultuszminisztert. *Szinyei Merse Jenő* ősi nemesi család sarja, kik mindig előljártak a nemzet kultúréletében. Pályáját 1911-ben már a kultuszminisztériumban kezdte, szolgálatát csak a négy évi haretéri szolgálat szakította meg, melyből érdemekben gazdagon tért meg. 1925-ben, mint az elnöki osztály vezetője, Klebelsberg Kunó közvetlen munkatársa, majd 1926-ban Hatvan képviselője lett és négy éven át ő volt a vallás- és közoktatásügyi tárca költségvetésének előadója. Alapos és komoly gondolatokban gazdag beterjesztő beszédei mindig előre biztosították annak kedvező fogadtatását. Több más kultúrjavaslatnak is előadója volt. Abszolút puritán és közkedvelt egyénisége az Egységes Párt alelnöki székébe, majd 1938 decemberben a képviselőház alelnöki székébe emelte őt és 1941-ben Kormányzó Urunk a titkos tanácsosi címmel tüntette ki.

Ilyen fényes sikerű politikai előélet után méltán esett a választás Szinyei Merse Jenőre, kinek neve nemzeti kultúránk bölcs továbbépítése terén nemcsak ígéretet, hanem garanciát és biztos kezet, új szellemet jelent. Isten adjon neki hozzá kedvező, békés éveket!

Vámossy

### CONTRATUSSIN SYRUP:

*Bronchitis — tracheitis — pertussis*

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

# FAGIFOR „CITO“

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lacto-kreosot-syrup

Ideális enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszeres lag. orig. P 3-21, pénzt. csom. P 1-61

Szabadon rendelhető: MÁBI, MÁV. B. B. I. Székv. kórháza Székv. Alk. Segítő Alapja. Keresk. Segélyegyl.

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

## LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift. 24. sz. Wolf U. Az elülső egészségügyi alakulatok együttműködése. Schönfeld W. Börbántalmak elkerülése gyógyeszközök külső alkalmazásával. Kürten H. A gyomor-fekély diatetis kezelésének, mint legjobb eljárásnak esődje. Philippides D. A kausalgia gyógyítása a sympathicus alkoholinjectiójával. Lartschneider I. Glossopharyngeusneuralgia. Goecke A. Fagyások kezelése sulfonamidokkal. Lipp H. Neutralvörösoldatok kevésbé ismert praktikus és olcsó alkalmazása diagnostikus célokra. 25. sz. Pickl R. Tapasztalatok a lövéses comb-csonttörések kezelésével. Siemens H. W. Néhány elvi jelentőségű megjegyzés a lupus kezeléséhez. Dormanns E. es Emminger E. Kiütéses typhus átvitele emberről-emberre vérátömlesztéssel az incubatiós stadiumban. Blümel P. Csigolyatörés vagy serdülő kyphosis? Baumgärtel Tr. A bél, mint focus.

Wiener Klinische Wochenschrift. 24. sz. Feyrter F. Chromotrop lipoidok és lipoproteidek. Feyrter F. és Pischinger A. Az ú. n. chromotrop lipoidok ill. lipoproteidek és az ú. n. acetalphosphatidek kapcsolatai az emberi szövetekben. Lieb H. Megjegyzések a fenti előadáshoz. Klaffenegger E. Tenosin a szülés után. Tsch H. A fájásgyengeség kezelése. 25. sz. Juzbasic D. M. Jogosult-e még a paraffinplomba alkalmazása a tüdőgümőkór kezelésében. Arnold G. A tanuló ifjúság beszéd- és hangszakorvosi vizsgálatának szükségessége. Haardt W. Adat a tonsillógen sepsis tünettanához.

Schweizer Medizinische Wochenschrift. 24. sz. Wattenvogel H. Az Aschheim-Zondek reactio és más terhességi reactiók. Reimann G. Traumás epiphysisleválások és következményeik. Nicod L. Az Albee f. csontátültetésről. Feissly R. A vérárvadás gyorsaságának mérési módszereiről. Lietha P. Kénfelszívódás thiorubrolból a bőrön keresztül. Meier Ottó. A fecskendők sterilizálásáról. 25. sz. Izomkifáradás és mellékvese. Berger E. Preventív védőoltások. Hemmeler G. A gyomorcsontoklás utáni hypochrom anaemia pathogenesis. Deutsch E. Az albumin szerepe, elosztódása és kiválasztása az emberben. Smely R. F. A strophantin és digitalistherápiához.

FELELŐS KIADÓ: VAMOSSY ZOLTAN.

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

## VEGYES HIREK

Személyi hírek. Bakács György dr. az Országos Orvosi Kamara titkárát, MÁV kórházi főorvost a MÁV kórház igazgató főorvosává nevezték ki. Winteritz Sándor dr.-t a Weiss Manfred kórház sebész főorvosává nevezték ki.

Szabadságon vannak: Milkó Vilmos dr. július 6-tól augusztus 2-ig.

Kitüntetések a vk. minisztériumban. A Kormányzó Úr Ö Főméltósága Szily Kálmán és Stolpa József államtitkároknak teljes elismerését, Molnár Andor min. tanácsosnak, az orvosi egyetemi ügyek osztályfőnökének elismerését fejezte ki. A minisztérium más osztályának főtisztviselőit is bőven érte a Kormányzó Úr kitüntető kegye. Velük örvendünk és szívből gratulálunk a kitüntetéseknek.

A Német-Magyar kultúregyezmény keretében a tanév II. felében az alant felsorolt német professzorok tartottak előadást a debreceni orvostudományi karon. 1. Dr. Schütz Erich münsteri egy. tanár »Neuere Ergeb. nisse der Elektrophysiologie des Herzens« címen és »Zur Diagnose von Herzinfarkt und Koronarinsuffizienz« címen. — 2. Dr. Philipp E. kieli szülészprofesszor »Die innere Sekretion der Plazenta« címen. — 3. Dr. Sauerbruch Ferdinand berlini sebészprofesszort az egyetem május 22-én »honoris causa« doktorrá avatta, mely alkalommal »Willkürliche Bewegbarkeit der künstl. Hand« címen előadást tartott. — 4. Strughold professor, a berlini Luftfahrtmediz. Institut igazgatója, a Honv. Miniszter Úr meghívása alapján »Die physiologischen Höhengschränken und ihre Überwindung in der Luftfahrt« címen tartott előadást. — 5. Dr. Barronscheen K. H. bécsi egyetemi tanár pedig »Chemische Probleme des Carcinoms« címen adott elő.

Himlőnyirok termelése tojásán. A himlőnyirok tojásán való, tömeges előállítására vonatkozó közleményt illetőleg (25. sz.) legyen szabad megjegyezni, hogy ezen eljárást nem a cikkben jelzett Kiohiro Sukeganre japán orvos találta fel; ellenkezőleg ezen termelési módszer első közlése az irodalomban már 1935-ben megtörtént. Ernest W. Goodpasture angol szerző és munkatársai az erre vonatkozó kísérleteket részletesen közzétették és azóta számos szerző foglalkozott ezzel a témával.

Az eddigi tapasztalatok ezirányban olyanok, amelyek nem teszik szükségessé, hogy az eddig jól bevált, borjakon való termelési módszeren változtassunk, annál is inkább, mert a tudományos elgondoláson kívül a borjakon való termelés még gazdaságosabbnak is mutatkozik. Pécsi Dani dr.

Helyesbítés. A gyomor myomái című cikkem megjelenése után (Orv. Tud. Közl. 11. sz.) köszönettel vettem Friedrich László dr.-nak ugyan e tárgyról a Gyógyászat 1920. évi 40. számában megjelent közleményét, melyet cikkem megírásakor rajtam kívül álló okokból megszerezni nem tudtam, amelyben ő saját esetén kívül 69 esetre hivatkozik a világirodalomban, velem azonos megállapításokra jutott. Kiss László dr.

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

## Rendeljük

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

### SZITMALTIN-1

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

Mindhárom készítmény rendelhető az Allamkincstár, illetve Közgyógyserellátás terhére; O. B. A., O. T. I., M. A. B. I., Anya- Csecsemő- és Kisdédvédelmi Intézetek, Gyermekekmenhelyekben, Kórházakban, Klinikákon, stb. Közalapi és kórházi csomagolású dobozokban.

### DEMALTOS-1

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

### MALTOSIT-01

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

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





**Cardiotrop gyógynövény készítmény  
Myocardium szervkivonattal**

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 megbízásából**

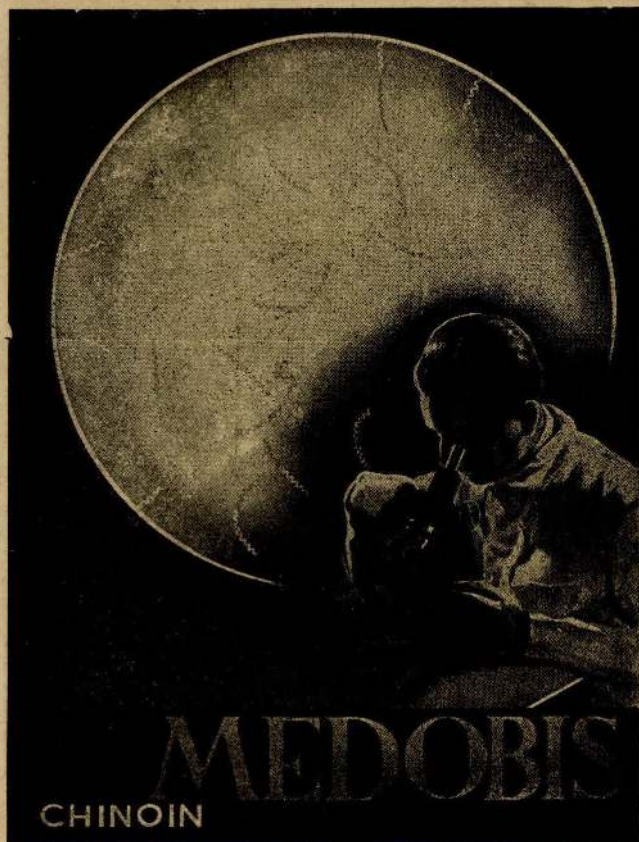
# Quadronox

**megbízható altatószer**  
mely már kis adagnál (fél tableta)  
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



## MEDOBIS-Chinoïn

*heptadiencarbonsavas bismut  
stabil olajos oldata*

**KIVÁLÓ ANTILUETICUM**

JÓL TÜRHEŐ



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



10 ampulla dobozban

12 és 25 kcm-es üvegek



# ORVOSI HETILAP

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

Ingyenes lífhasználat.  
(Kérje a portástól.)

## MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele  
a kiadóhivatalban.

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

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

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

Richter-féle

# CARBO

K É S Z I T M É N Y E K

MAGAS AKTIVITÁSÚ SZENET TARTALMAZNAK

## CARBO MEDICINALIS

»Richter Gedeon« — (Tabl. granulé és por)

Indikációk: Gyomor-, bélzavarok. Uleus.  
Mérgezések.

## MAGNOCARBON

Magnozon (Magn. superoxid) Carbo med. és  
Extr. Belladonnae kombinációja.

Indikációk: Enteritis acuta et chronica,  
erjedéssel dyspepsia, hyperaciditas vent-  
riculi, meteorismus, flatulentia.

## CARBOLAX

Carbo med. és Extr. Sennae kombinációja

Indikációk: Erjedéssel dyspepsiát követő  
obstipatio. Colica mucosa. Colica memb-  
ranacea.

## TANNOCARBON

Carbo medicinalis és Tanninum alb.

Indikációk: Dysenteria, Cholera. Acut és  
chronicus enterocolitis. Colitis ulcerosa



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

# LUTREN

szintétikus corpus luteum-hormon

A TERHESSÉG FENNTARTÁSÁRA ABORTUS IMINENS ESETÉN

Egyébb javallatai: Menorrhagia,  
metropathia haemorrhagica (juve-  
nilis és klimakteriumos vérzések)



»Bayer«  
LEVERKUSEN

F O R G A L O M B A N :

3 ampulla à 1 kcm (1 kcm = 2 mg progesteron = 2 N. E.)

3 ampulla à 1 kcm (1 kcm = 5 mg progesteron = 5 N. E.)

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

A SALICYLSAV  
BIZTOS FEL-  
SZIVÓDÁSA  
A BŐRÖN ÁT:

# RHEUMASAN

A SOUVERAIN

*analgeticum  
antirheumaticum  
és antineuralgicum*

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

Nagybani eladás: Kálmán Lehel, gyógyszer-vegyészeti vállalat, Budapest 62.

# ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

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

Szerkesztőbizottság:

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

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

SZERK.: FRITZ ERNŐ.

## TARTALOM:

Györy György: Sipolyműtétek. (341—342. oldal.)  
Liposits Elemér: A cukorbetegség maradék cukorvize-  
lésének megszüntetése hazai alkáliás glaubersós  
gyógyszerekkel. (342—344. oldal.)  
Bonkáló Sándor: Távolhatástünetek operált menin-  
gioma esetében. (344—346. oldal.)  
Fraknói József: Sebkezelés ultraseptyl-oldattal. (346—  
347. oldal.)

Irodalmi szemle. (347—351. oldal.)

Könyvismertetés. (352. oldal.)

Vámoossy Zoltán: Scholtz Kornél: Közkórházaink  
1940-ben. (353. oldal.)

Lapszemle. (354. oldal.)

Vegyes hírek. (354. oldal.)

A kolozsvári egyetem női klinikájának közleménye.  
(Igazgató: vitéz Páll Gábor egy. ny. r. tanár.)

### Sipolyműtétek.

Irta: Györy György dr., adjunktus

Alig lehet nyomorúságosabb állapotot elkép-  
zelni, mint a hólyagsipolyosoké. *Frigyesi* jól jellemzi  
az ilyen betegek életét, kiket szörnyű bajuk a társa-  
dalom számkivetettjeivé tesz. Hálás feladat e sze-  
rencsétleneken segíteni, s visszaadni őket ismét csalá-  
djuknak és a társadalomnak.

A szüléssel kapcsolatos sipolyok keletkezése egy  
ország vagy vidék szülészeti viszonyainak tükör-  
képe. Míg az anyaországi klinikák és kórházi osztá-  
lyok, eltekintve egyes kiváló műtők személyétől,  
mind ritkábban kerülnek abba a helyzetbe, hogy  
ilyen sipolyokat operálhatnak, addig a visszatért ko-  
lozsvári egyetem szülészeti klinikáján ittlétünk rö-  
vid ideje alatt is már 7 szüléssel kapcsolatos sipo-  
lyos beteg jelentkezett, akik közül műtéttel 4-et már  
meg is gyógyítottunk. A fennmaradó 3 sipolyos asz-  
szony közül egyik főleg előesett méhének helyre-  
télése miatt kereste fel a klinikát. Az állandó vize-  
letesurgás, valamint az ebből folyó bűz nem zavarta  
őt és környezetét. A felajánlott műtétbe nem egye-  
zett bele. A másiknak széklete a bélsipolyon át a  
hólyagba, onnan a hólyaghüvelysipolyon át, tehát  
vizelettel keverve, a hüvelybe ürült. Midőn a több-  
szakaszos műtétet néki is felajánlottuk és tancélos  
betegként ápoltuk volna, a sipolyzárászt célzó műtét-  
ről hallani sem akart, eltávozott klinikánkról. A  
harmadik, akinek hasonlóan kevert sipolyai vannak  
s hólyagjában számos kő helyezkedik el, jelenleg a  
klinikán műtétre előkészítés alatt áll. A külső és  
belső nemiszervek rosszindulatú daganataival össze-  
függően szintén keletkezhetnek sipolyok, részben a  
daganat terjedése következtében, részben a szüksé-  
ges műtét, vagy radium és röntgenbesugárzás kap-  
csán. E csoportba tartozó 4 betegünk közül műtétre  
csak egy került. Két beteg méhnyakrákja oly előre-  
haladott állapotban volt, hogy már teljesen elron-  
csolta a mellső hüvelyboltzatot és a hólyagalapot.  
A harmadikat egy évvel ezelőtt egyik budapesti  
klinikán operálták, utána röntgenbesugárzást ka-

pott. Pár hónappal ezelőtt a rák kiujtult, beletört a  
hólyagba és néhány hét óta hüvelyén át vizelet  
ürül. Az általunk operált sipolyos betegek rövid  
körtörténetét, a műtétek leírását és a körlefolyást az  
alábbiakban adjuk:

I. 22 é. nő. Első szülése rendes volt, a második 10  
hónappal ezelőtt 78 óra hosszat tartott. A farfekvésben  
lévő magzat, mivel a szüléshez sem orvost, sem bábát  
nem hívtak, szülés közben meghalt. Súlyos lázas álla-  
pota miatt 5 hónapig feküdt. Vizelete szülés után a  
20. napon kezdett hüvelyén át ürülni. Sipolya dacára  
mindig rendszeresen menstruált. Medenceméretei: 26.  
27½, 30, 18½. Promontoriuma nem érhető el. Régi gát-  
repedés, tág hüvely, melynek mellső falán a húgyesó  
alatt 2½ cm-re, jobboldalt kölesnyi sipolynyílás,  
melyen át a vizelet állandóan szivárog. Inerustatio,  
kimaródás nincs. A méh rendes nagyságú és helyzetű  
s környezete szabad. A hólyag 200 cm<sup>3</sup> folyadékkal fel-  
tölthető. Cystoskopia: a sipolynyílás a hólyagnyakon,  
jobboldalon, 2 cm-nyi távolságban a jobb ureter alatt  
foglalt helyet. Vizeletében +++ geny. Emiatt néhány  
napon át húgyfertőtlenítőket szedett (vestin, albucid),  
utána fistulazárás *Füth* szerint. Novocainos érzés-  
telenítésben a hüvelybe vezetett nyílást fél cm-es kör-  
ben kimetszük, felszabadítjuk a hüvelyfalat és heges  
részeit eltávolítjuk. A nyílást catgut-öltésekkel  
háromszorosan keresztben zárjuk, negyediknek a  
hüvelyeseb egyesített rétege következik. A hólyagba  
állandó cathetert vezetünk s ezt a 4. napon távolítjuk  
el. A hüvelybe az első két napra vaselines gazetampon-  
t helyezünk. A hólyagot naponta többször 3%-os meleg  
borsavoldattal átöblítjük. A beteg a 10. napon felkel  
és a 15. napon gyógyultan távozik. Azóta is jól van,  
naponta 3—4-szer vizelet, rendszeresen menstruál.

A kiváltó ok minden bizonnyal a rendellenes  
fekvésben, minden segítség nélkül lefolyt, elhúzódó  
szülés volt, melyben a far hosszú ideig stagnálhatott  
a bemenet és üreg határán. A lágyszövetek elmozdításának  
és a fistulának késői keletkezésében a gyermekágy-  
ban lefolyt sepsisnek is szerep jutott.

II. Hasonló elhelyezkedésű sipoly keletkezett el-  
hanyagolt harántfekvéses szülés műtétes megoldása  
közben második esetünkben. A sipolyzárászt *Füth*  
szerint végeztük, teljes sikerrel; a beteg a 16. napon  
gyógyultán távozott. Azóta sincs panasz.

III. 25. é. nő. Első szülése segédlet nélkül, tanyán  
folyt le. Második szülése 8 hónappal felvétele előtt  
szintén, de utána lázas lett. A lázas gyermekágy  
5. napjától vizelete a hüvelyén át ürül. Felépülése  
utáni hónapokban havibaja rendetlenül ugyan, de több  
 ízben jelentkezett. Medenceméretei: 25, 27, 30, 18. Vize-  
letében +++ geny. A combok között kislökű fel-

maródás, hasonlóképpen a hüvelyben és nagy ajkakon is. A sipoly a mellső hüvelyfalán, az áthajlási redő alatt foglal helyet. Itt, a húgycsőtől 2½ cm-re, jobbra és lefelé, a hólyagfal mandula nagyságban kifordult és részben hegesen benőtt a roncsolt portio mellső falába. A hólyag kapacitása 20 cm<sup>3</sup>, ha a sipoly alapját elzárjuk, körülbelül 90 cm<sup>3</sup>-re tölthető fel. A cyst. vizsgálat fenti leletünket megerősíti a megjegyzéssel, hogy a sipoly felső, középső része a jobbureter beszájadástól csak 3–4 mm-nyi távolságban fekszik. A szokásos előkészítés után a műtétet novocainos érzéstelenítésben *Füth* szerint végezzük. Feltáráskor tűnik ki, hogy a sipolynylás alsó része a roncsolt portióval teljesen összenőtt és a cervixbe is betérjed, úgyhogy a nyakcsatornába vezetett sonda nem a méhbe, hanem a fistulanyíláson át a hólyagba jut. A sipolynylást félköralakban körülmetsszük és a cervixről is igyekezzünk felszabadítani, de ez csak úgy sikerül, hogy a portio szövetéből is velemetszünk egy darabot, amelyet a fistulazáráskor eltávolítunk. A nyakcsatornát ideiglenesen nyitva hagyjuk, vékony csíkot vezetünk bele, majd a 3. napon eltávolítjuk és a nyakcsatorna spontán záródását várjuk. A sipoly szabaddátétele után a környező szöveteket mobilizáljuk, de ezek oly szakadékosak és hegesek, hogy terünetüket csak tökéletlenül vihetjük végbe. Az első rétegvarrattal harántul bebuktatjuk a hólyagnyalakhárttyát és mivel a környezetből a sipolynylás tágasága miatt elég szövetet nem kapunk ahhoz, hogy merőlegesen összevarrassuk, a második réteget is harántul kell összehoznunk. A hüvelyfalat pedig, harmadik réteggént, az előzőkre merőlegesen egyesítjük. A hüvelybe szoros vaselines tampon-gazet helyezve, a hólyagba állandó katheret vezetünk.

Mindjárt a műtét utáni első napon zavaró körülményként havivérzés jelentkezett. Ezenkívül a vizelet több napon át véres foszlányokkal volt tele. A hüvelytampon már csak a jelentkező havivérzés miatt is a második napon kénytelenek voltunk eltávolítani. A hólyagot napjában 20–25 cm<sup>3</sup>-nyi bórsavoldattal, óvatosan, többször átöblítettük. A műtét utáni 7. napon a havivérzés megszűnt. A 8. nap a hüvelyből vizelet-zivárgást tapasztaltunk. Feltáráskor kiténik, hogy a sipolyzárás hegének jobboldalán hajszálfistulán át egy kevés vizelet ürül. Ezt a helyet a lapis-pálccikával érintjük, majd granugenolos gazetampon helyezünk rá. A sipoly 2 napon át vezet s ezért a betegnek a fistula tájára 80 r. röntgenbesugárzást adatunk, mely után 3 nap múlva a vizeletszivárgás megszűnt. A beteg a 25. napon gyógyultan távozik. Ellenőrző vizsgálaton egyízben volt: hólyagpanasza nincs, hószáma rendszerenül jelentkezik és görcsökkel jár. A fistula keletkezésének oka ugyanúgy, mint az első esetben, itt is segédlet nélkül lefolyt, elhúzódó szüléssel volt összefüggésben: a napokig tartó hólyagalapnyomatás okozhatta.

IV. Negyedik esetünkben elhúzódó szülés kapcsán hólyag-cervix hüvelysipoly támadt, melynek elhelyezkedése, műtéti megoldása és eredménye az előzőhöz hasonló volt.

V. 46 é. nő. Előhaladott portiorákja miatt nehéz Wertheim-műtét, melynek kapcsán látjuk, hogy a jobboldali parametrium és hólyagsarok rákosan beszűrődött. A rögzült és beszűrődött hólyagalap megsérült felszabadítása közben. A sérült hólyagfalat 3 rétegben elvarrjuk. Állandó katheret-behelyezés. A műtétutáni 6. nap jobboldali vesemedencegyulladás támad. A 11. napon a hólyagalap jobboldalán hajszál fistuláshoz, ezen keresztül vizeletcsurgás. Gyakori hidegrázás és remittáló lázak miatt többször állandó ureterkatheret-behelyezés és vesemedencemosás történik, úgyhogy a 25. napon foghattunk a sipolyzárás megkísérléséhez. Az előzőleg elvégzett cyst. vizsgálat szerint a hólyag-trigonumon, közvetlenül a jobb-ureterszájadék alatt, közben már ujjnyi széles lett a sipolynylás, környezetétől nem messze daganatos (ce) burjánzás. A rosszindulatú daganat gyors tovaterjedése és a beteg állapota folytán hólyagcsomóságról szó sem lehetett, a rákos folyamat már a hólyagra is ráterjedt. A sipolynylást *Füth* szerint sikerült zárni, noha a fonalak elhelyezése a rendkívül szakadékos szövetek miatt nagyon nehéz volt. A sipolyműtét után a beteget már csak a rákos folyamat miatt is röntgenkezelésben részesítjük, de a 7. napon újból megindul

a vizeletcsurgás, mert a fistula környékét is bevonta a rákos folyamat.

A sipolyok gyógyítása régi gondja a nőgyógyászatnak. Tulajdonképpen csak *Simon* óta tudunk eredményesen beavatkozni. Ő a sebszéleket felhígította s a nyílást a hüvelyfallal együtt varrta. Haladást jelent *Freund* eljárása, aki a hólyagot izolálta a hüvelyfaltól s külön látta el. *Füth* a sipolynylást mansettaszzerűen körülmetsszette, a kifordult hólyagnyalakhárttyát befördítve sülyesztette és felette a szöveteket több rétegben zárta; legkivül a hüvelyfalat egyesítette. A hozzáférhető sipolyok legtöbbjét manapság is szerinte zárják.

Többen fistulazáró műtéteikben a méhet használták a hiány pelottázására. Mások a hasüreg, megint mások részben a hüvely, részben a hasüreg felől végezték a sipolyzárást, felszabadítva a nyílást hegés környezetéből. A húgycső és hólyagnyak sérüléseinek pótlására némelyek a musc. pyramidalist, vagy pedig a levator felső szárát, a musc. ischio- és bulbocavernosust igyekeznek felhasználni.

Nehezebb és nagy hiányokkal járó sipolyok zárása egyéni elbírálást, nagy műtőkészséget és találékonyságot igényel. Hazánkban *Tauffer* volt a sipolyműtétek nagy mestere; tanítványai közül *Frigyesi* foglalkozik állandóan és jó eredménnyel velük. Rajta kívül *Kubinyi*, *Kuncz*, *v. Szathmáry*, *Szántó*, *Szentek*, *Szili*, *Tóth*, *Végh* közleményeit említeném a magyar irodalomból. A témát érintő közlemények száma szinte áttekinthetetlen, ami azt mutatja, hogy a tárgy állandóan foglalkoztatja a nőgyógyászokat.\*

A Pécsi Tudományegyetem Belklinikájának közleménye. (Igazgató: Angyán János ny. r. tanár.)

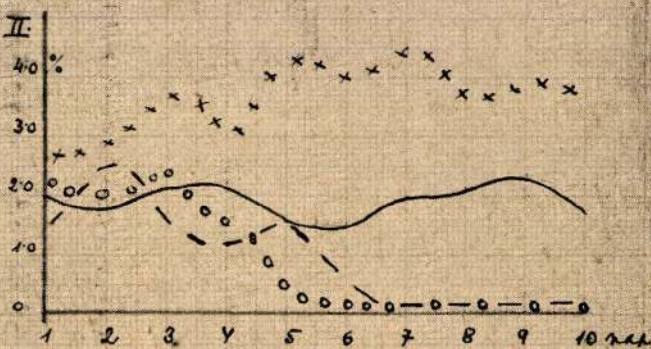
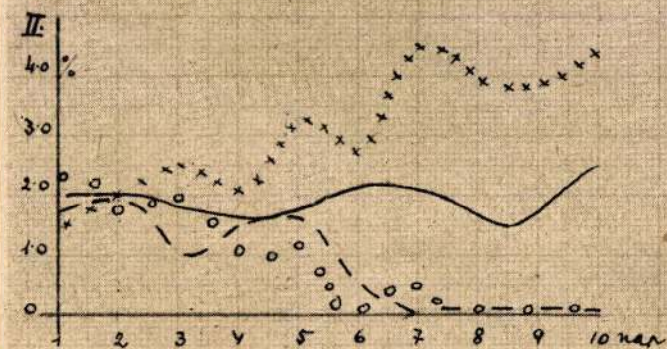
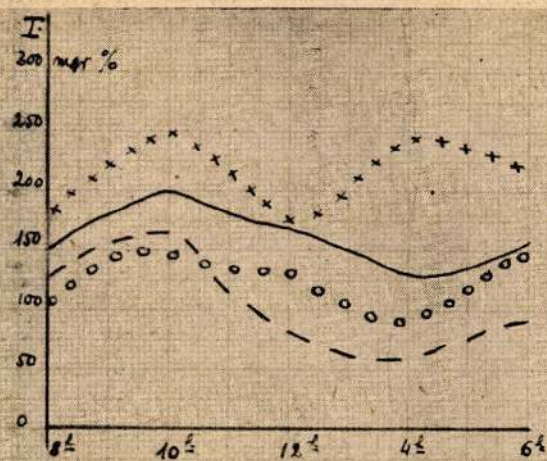
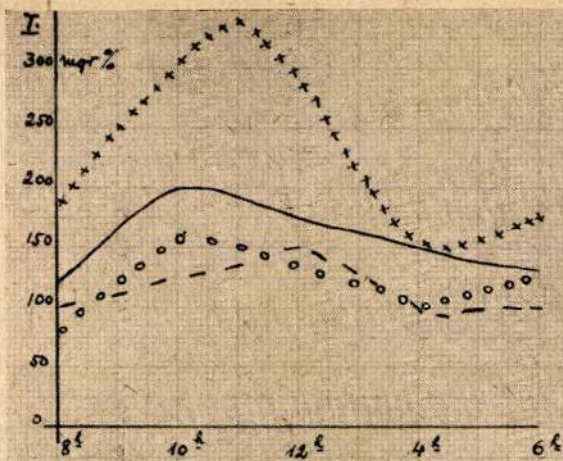
### A cukorbeteg maradék cukorvizelésének megszüntetése hazai alkáliás glaubersós gyógyvizekkel.

Írta: *Liposits Elemér dr.*  
egy. tanársegéd

Ma a cukorbeteg gyógyítása 2 főtényezőn alapszik: a hiányt pótló insulinon és az ezzel egybehangolt és szükségletehöz alkalmazkodó étrenden. E két tényező intézeti kezelésben az igen súlyos cukorbeteg comák egy részétől eltekintve mindig meghozza a kívánt eredményt, melynek következtében megbomlott egyensúly helyreáll, a vércukorszint szabványos határok között mozog, a vizelet cukormentessé válik, anélkül, hogy különös egyéb eljárás alkalmazására reászorulnánk. Így sok olyan eljárást, melyet régebben az insulin birtoklása előtti időben sokra értékeltünk, ma elhanyagolunk.

Az insulin előtti időben sokra értékelték a cukorbeteg szervezetének alkalizálását alkáliás porkeverékekkel, ill. alkáliás és sós gyógyvizekkel. *Noorden*, és mások, valamint *Bálint* és *Hetényi* azt tapasztalták, hogy lugok adása vércukorszintet csökkent, von maga után, a cukorvizelés csökkenti, a keton testek kiürítését fokozza. Különösen behatóan tanulmányozták a karlsbadi alkáliás-sulfatos víz hatását a cukorbeteg anyagcserére vonatkozó-

\* Az irodalom és az újabb műtéti eljárások ismeretétől szerző a szerkesztőség felszólítására tekintett el.



I. M. G. vércukor görbe. ××× savanyítás után.  
 II. M. G. vizeletcukor görbe. o o o Míra-víz után.  
 — restglycosuriás állapot. — Csevice után.

I. Zs. J. vércukor görbe. ××× savanyítás után.  
 II. Zs. J. vizeletcukor görbe. o o o Míra-víz után.  
 — restglycosuriás állapot. — Csevice után.

lag s azt tapasztalták, hogy karlsbadi-kúra hatására a cukorbetegségek vércukra és acidosisa csökken, a vér alkálireservje és szöveteknek vérből való cukorfelvevő képessége nő. Hazai gyógyvizeink közül az utóbbi időben a glaubersós Miravízzel végeztek kísérleteket a szénhydrat anyagcserére és a vércukor szabályozásra vonatkozólag. *Rausch* kimutatta, hogy glaubersós Miravíz hatása alatt a szervezet cukorfelhasználó képessége fokozódik, megjavul a szöveteknek a szénhydratanyagcserében oly fontos cukorrögzítő tevékenysége; lehetségesnek tartja, hogy ezen hatásban az általános elektrolyt-hatás mellett a kén ion is szerepel, tekintve, hogy állatkísérletben kén etetésére a máj glikogen tartalma fokozódik, embereken sulfur praecipitatum adagolására cukorbetegnek türoképesége javul, acidosisa csökken. (Földes.)

*Kliebertnek* sikerült glaubersós Míra-víz itatásával a szervezetet áthangolni, miáltal a vegetatív tonus a parasymphaticotonia felé tolódott el, a májban pedig fokozódott a glikogénfelraktározás. Ebben főszerepet a Mg-ionnak tulajdonít. *Dienst* az utóbbi időben újra felvetette a cukorbetegségek mesterséges alkalizálásának kérdését, foglalkozva a maradékcukorvizeléses cukorbetegségek állapotával. A mindennapi életben ugyanis a cukorbetegségek nagy részének cukormentes állapotát, főleg étrendi hibák következtében egy többé-kevésbé kifejezett maradékcukorvizeléses állapot váltja fel, amellyel szemben nem szabad közömbösnek lennünk, hanem azt kezelni kell, mert a maradékcukorvizelésnek kísérője a maradékcacidosis, melyet részben súlyos szövőd-

mény előhírnökének kell tekintenünk, részben pedig azért, hogy az acidosis erősíti a sympathicus tonust és az adrenalin effectust, siettet a vegetatív zavar kifejlődését. Ezért alkalis porkeverékeket maradékcukorvizeléses cukorbetegségeknek adagolt s azt tapasztalta, hogy maradékcukorvizelés s ezzel együtt a maradékcacidosis megszűnik, a napi vércukoringadozás csekélyebb s ezzel a hypoglycaemia veszélye kisebb, az insulin hatása elhúzódóbb.

Mindezeknek figyelembevételével célszerűnek látszott annak a vizsgálatának, hogy hazai alkalis gyógyvizeknek rendszeres ivókúra alakjában való bevitele cukorbeteg szervezetekbe miként befolyásolja azoknak mesterségesen előidézett maradékcukorvizelését.

Erre a célra két régen ismert, étrenddel és insulinallal teljesen szabályozott cukorbeteg választottunk ki ellenőrzésünk alatt álló beteganyagunkból, akiknél a napi insulin adag fokozatos csökkentésével változatlan étrend mellett cukorvizelési ideztünk elő úgy, hogy a 24 órán át ürített vizelet cukortartalma 2.0% körül mozogjon. Ezen állapot elérése után megfigyeltük, hogyan viselkedik a cukorürítés a szervezet megsavanyítására, majd pedig hazai alkalis gyógyvizekkel való lúgosítása után. A savanyításhoz 20%-os phosphorsavat használtunk napi 3×5.0 gr-nyi mennyiségben (*Dienst*) a lúgosításhoz pedig a jászkarajenői izotoniás Mirát, mely egy alkalis-salinus víz, fő kationja a Na, utána következik a Mg-ion. A Na egyenértékűsége nagyobb, mint a többi kationok egyenértékűsége az összege, az anionok közül a sulfat (SO<sub>4</sub>) ionok vannak

túlsúlyban, ezután következnek a  $\text{HCO}_3$  és  $\text{Cl}$ -ionok. Vizsgálatunk során a parádi Csevicét is használtuk, mely lúgos-bicarbonatos-szénsavas víz, kénhidrogént is tartalmaz bőven. Ebben a kationok főtömegét a Na-ionok teszik, anionjai közül a  $\text{HCO}_3$ -ionok vannak túlsúlyban, szabad szénsavtartalma 1 gr-nál nagyobb. A vizsgált esetek a következők:

*M. G.* 23 é. nő 60 g fehérje, 150 g szénhidrát, 1800 caloriás diéta mellett napi 3x20 E insulinját 2x20 E-re csökkentve, naponta 1.8–2.5% cukrot ürít, a vércukorszint 200 mg% körül ingadozik. Phosphorsavas savanyítás után fokozódik a cukorvizelete 4.0–4.5%-ig, ezzel párhuzamosan a vércukorszint is emelkedik, 300–350 mg% körül ingadozik. A savanyítás megszüntetése után, visszatérve a kiindulást képező maradék-cukorvizeletes állapothoz, első kísérleti sorozatban parádi Csevicével, majd második kísérleti sorozatban izotonias jászkarajenői Mira-vízzel lúgosítjuk meg a szervezetét, rendszeres ivókúra keretében napi 6–8 decilitert három egyenlő részletben adagolva. A maradék-cukorvizelet 5–6 nap alatt megszűnik s a cukormentes állapot állandósul, vércukorszint 100–150 mg% között ingadozik.

*Zs. I.* 27 é. 70 g fehérje, 250 g szénhidrát, 2500 caloria diéta mellett napi 16+24+16 E insulinját napi 24+16 E-re csökkentve vércukra 150–200 mg% között ingadozik, 24 órás vizelete 2.0–3.0% cukrot tartalmaz. Savanyítás után cukorvizelete erősen fokozódik, 24 órán át gyűjtött vizelete 4.0–5.0% cukrot tartalmaz, vércukra 250 mg% körül mozog. Mira-víz, majd Csevice napi 6.0–8.0 deciliter rendszeres ivókúra keretében való adagolás után egy hét múlva a cukorvizelet megszűnik, a cukormentes állapot állandósul, a vércukorszint 80–160 mg% között ingadozik.

A sorozatos kísérleti eredményeket az alábbi ábra foglalja magába szemléletesen. Az ábra a cukorszint értékei közül az alkalizálásnál a legmagasabb, a savanyításnál a legalacsonyabb értéket tünteti fel.

I. görbe a vércukorszintek napi ingadozását mutatja: a kiindulási állapotban (—), a savanyítás után (xxx), a Mira-vízzel való alkalizálás után (ooo), végül a parádi Csevice itatása után (— — —). Látjuk, hogy a savanyítás következtében a vércukor-görbe erősen emelkedik az alkaliás ivókúrák hatására pedig a kiindulási értékek alatt marad.

II. görbe a 24 órában ürített vizelet cukorértékeit tünteti fel. Látható a cukorkiürítés fokozódása a savanyítás idején (xxx) és csökkenése majd megszűnése a Mira-vízzel (ooo) és a parádi Csevice (— — —) adása után.

A 3 héten át tartó rendszeres ivókúrák ideje alatt a betegek cukormentes állapota állandósult s minden kellemetlen mellékhatás nélkül jól tűrték az ivókúrát. A kúra befejezése után a cukormentes állapot Mira-víz itatással kissé tovább tartott, mint a Csevice itatásával, ugyanis míg a Csevice abbahagyása után 5–8 nap múlva a vizeletben már cukor volt kimutatható, mely legkésőbb 10 nap múlva elérte a kiindulási értéket — addig Mirakúra abbahagyása után csak 9–13 napra jelent meg cukor s a kísérleti kiindulási értéket a 14–18 napon érte el. Lehet, hogy ennek az oka abban rejlik, hogy a Csevicével szemben a Mira-víz a cukoranyagcsere szempontjából igen fontos iont, úgymint Mg-iont is tartalmaz — amint arra *Kliebert* fent idézett vizsgálatai alapján gondolhatnánk, — azonban e két modellkísérletből még ilyen következtetést nem vonhatunk le.

*Összefoglalva*, azt mondhatjuk, hogy a parádi Csevicével és a jászkarajenői Mira-vízzel végzett rendszeres ivókúra keretében a cukorbetegség vér-

cukra és cukorvizelete csökkenthető, maradék-cukorvizeletes állapota pedig, — mellyel együtt maradék-acidosis jár — megszüntethető. A betegek a gyógyvizeket minden kellemetlen mellékhatás nélkül, jól tűrik. Az alkalmazott ivókúra alatt bizonyos mennyiségű insulin — az első kísérletnél 20 E, másodiknál 16 E vált feleslegessé.

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

## Távolhatástünetek operált meningioma esetében.

Írta: *Bonkáló Sándor dr.*

Az utóbbi években az agydaganatkutatók mind több figyelmet szentelnek a daganat okozta másodlagos elváltozásoknak. Így a cisternákon belüli eltolódásokkal, az ú. n. herniatioval vagy »Zisternenverquellung«-gal *Cushing*, *Clovis Vincent*, *Spatz* és *Stroescu* foglalkoztak; az irányított agygyógyászattal *Hermann*, *Pedersen*; a durva alakotani távolhatásokat, az agyszövet eltolódásait és vongalódásait pedig újabban *Zülch* és *Riessner* foglalták rendszerbe.

Ezen vizsgálatok klinikai fontosságát főleg hangsúlyozni, hisz világos, hogy gyakran éppen a másodlagos elváltozások teszik alig kibogozhatóvá a daganatos beteg tünetegyüttesét. A másodlagos elváltozások kórtani különböző természetűek lehetnek. 1. Szóba jöhet a daganat közvetlen vagy közvetett nyomóhatása az általa elsősorban nem rongosított agyvelőrészekre. 2. Helyi vérszegénység állhat be egyes erek teljes vagy részleges elzáródása következtében. 3. Liquorkeringési zavar támadhat. 4. Durva vongalások, eltolódások jöhetnek létre (pl. a cisterna ambiens képletei — a pedunculus tájék — beszorulhatnak a tentorium hasadékba). 5. A leggyakoribb másodlagos elváltozás az agyvelőnek vagy csak az egyik féltekének a maga egészében történő visszahatása a daganatra; az agyduzzadás és az utóbbtól kórtanilag különböző, de rendszerint hozzákapcsolódó agyvizényő. Mindezek halmozottan fordulhatnak elő és egymással szövődve színessé teszik a klinikai képet s tévútra vezethetik a helyi kórismét.

Esetünkben a daganat távolhatásaként létrejövő másodlagos tünetek megelőzték a göctüneteket és előtérben állva — főleg a betegség kezdő szakában — könnyen vezethettek volna téves kórjelzésre. Esetünk különös érdekessége az, hogy az idegrendszeri tünetekkel párhuzamosan változó májműködési zavarok is voltak, melyeket megkísérünk az egész tünetegyüttesrel összehangolni és a göctüneteken túlmenő jelenségeket ezzel megmagyarázni.

*M. K.* 40 é. férfi, aki 1940-ben volt első ízben a klinikán. Családi terhelttség nincs; ambidexter, sárgasága egyízben volt. Betegsége két évvel ezelőtt kezdődött: bal keze ügyetlenné vált, mutató- és hüvelykujjában remegés jelentkezett, mely hónapok alatt az egész bal felső és alsó végtagra ráterjedt; mozgásai lassúak és merevek lettek, 5–6 hónappal ezután írása romlott, eltéveszti a betűket. Félévvel felvétele előtt a jobb felső és alsó végtagja is remegett, írni nem tudott.

Első felvétele alkalmával: ép tüdő és szív, pulzus 78, rhythmusos, aequalis. RR = 130/70 Hgmm., máj 2 harántújjal a bordáiv alatt, lép nem nagyobb. Vizeletben urobilinogen kifejezetten, urobilin gyengén pozitív. Vércholesterin: 280 mg% (l. táblázat). Ép szem



fenék, vizus és látótér. Szabálytalan, kissé renyhébb pupillák. Szabad szemmozgások, jól kiváltható cornealis reflexek. B. o. száji facialis-ág renyhébb. Nyelvben nagyhullámú reszketés, mérsékelt balratérés. B. o. kissé fokozott in-, esonhártya- és csökkent bőrreflexek. Mayer és Léri refl. b. o. hiányzik, j. o. jól kiváltható. A patella refl. kiváltható b. o. polykineziás mozgások tömege jelentkezik. Kétoldalt, de főleg b. o. kifejezett Babinski-tünet, b. o. időnkint spontán Babinski-tartás. Merev, kissé görnyedt testtartás, lárvaszerű, kenőcsös arc. A b. o. alsó és felső végtagban igen kifejezett rigor, fogaskeréktünet. Nyugalmi helyzetben időnkint, szándékoltt mozgásokra határozottan jelentkező, nagyhullámú, közepesen szapora remegés. A b. o. felső és alsó végtagban distálisan fokozódó, az összes kvalitásokra kiterjedő hypaesthesia, főleg b. o. astereognosis. Magasabb központok sérülése következményeképpen: önként és diktálásra teljes íróképtelenség; másolás, írásmegértés kifogástalan. Hangos olvasás kismértékben zavart, elvéve paralexia. Kétoldalt, de főleg b. o. a kéz praxiája romlott: kifejező mozgásokat, mesterségének fogásait elvét, egyszerű mozgási feladatokban is gyakran tanácstalan, perseverál. Egyszerű számtani feladatok megoldásában nagy hibák. Az újjak megnevezésében és megnevezésre való felmutatása alkalmával kb. 40% hiba. Irányzavar a jobb- és baloldal megkülönböztetésében, a constructiv képesség zavara betűkkel, gyufaszálakkal, kirakós kockajátékokkal végzett vizsgálat és térképrajzoltatás alkalmával. Beszéde skandáló, kistökű dysarthria, elvéve szótalálási nehézség, de aphasiás eltérés nincs. Liquorban: sejtszám 8/3, összes fehérje 29 mg%, Pandy +, Nonne-Apelt ±, cukor (Hagendorn-Jensen) 76 mg%, chloridok 449 mg% (NaCl-ra átszámítva 740 mg%), physiologiás oldat, benzoe- és mastixgörbék, schellack ± Takata-Ara ∅. Liquorban és vérben negatív Wassermann-r. Encephalographia (60 cm levegő suboccipitalisan, 40 cm lumbalisan) igen rossz telődést mutat, kamrarendszerben alakváltozás nincs. Diagnosisunk: tumor cerebri lob. pariet. l. d. Röntgenbesugárzást (3000 r) rendelve, ideiglenesen hazabocsátjuk.

Újrafelvétel 8 hónap múlva. Az időközben kifejlődött általános tünetek igazolják a daganat diagnózisát: heves fejfájás, hányás, látásromlás, 2-3 D-nyi pangásos papilla. A neurologiai tünetek lényegében változatlanok, az extrapyramisos tünetcsoport előtérben maradt, fennállott az igen súlyos agraphia, a jobb-bal zavar, ellenben ujjagnosisa ezúttal nem volt, javult a számolás és valamit javult a constructiv készség. A megismételt encephalographia balfelé eltolt kamrarendszert mutatott, j. o.-i parietalis telődéshiánnyal.

X. 16-án Bakay prof. a j. o.-i parietalis tájról nagy, almányi daganatot távolított el, mely meningiomának bizonyult. Műtét után egy hétig ködös tudati állapota volt, szemléleti zavarokkal, kóros vonatkoztatásokkal, de mindez gyorsan elmúlt, 3 hét után írás spontán és diktálásra csaknem kifogástalan. Gerstmann-syndroma teljesen megszűnt. Mindkét papillán kb. 1 D-nyi pangás; mimikai beidegzéskor b. o. központi típusú arcidegbénulás, de akaratlagos beidegzés alkalmával különbség a két oldal között nincs. In- és esonreflexek b. o. valamivel élénkebbek, mint j. o., hasreflex b. o. lényegesen renyhébb. B. o. kifejezett Hoffmann és Trömner. Talpreflex kiváltásakor b. o. valamivel élénkebb védekezés, változó erősségű Babinski-tendencia, egyéb kóros reflex nincs. B. o. felső végtagon kistökű spastikus tonusfokozódás, rigor nincs. Intendált mozgásoknál b. o. nagyhullámú remegés. Érzés minden kvalitásra ép. Májszél kb. 1½-2 harántujjal a bordaív alatt, vércholest. 232 mg%, vizeletben urobilinogen ± urobilin nincs (I. tábl.).

Hat hónappal a műtét után: a b. o.-i spastikus tünetek fennállanak, az extrapyramisos tünetek igen kistökű b. o.-i intenciós kéztremortól eltekintve, nyomtalanul eltűntek. Kézügyességet kívánó munkáját (vasesztergályos) ismét elkezdte. A májműködésre vonatkozó adatokat I. a táblázaton.

Összefoglalva tehát műtét előtt a betegen baloldali hemiparesist, hemihypaesthesiát, kevert hypoes hyperkinetikus tünetcsoportot észleltünk, parietalis jellegű agraphiával és Gerstmann-syndromával. Mindezekhez járul a 2 harántujjal megnagyobbodott máj, mely működésében is kistökűben sérült-

## I. táblázat.

	1940. I. 13.	1940. XI. 14.	1941. IV. 17.
Vérsav bilirubintart. . . . .	0.50.	0.30	0.20 mg%
Direct reactio . . . . .	nincs	nincs	nincs
Vérsav cholesterintart. . . . .	280	232	207 mg%
Vérsav lipasetart. (egys. 100 cm <sup>3</sup> -ben) l. . . . .	—	65	65
Chininálló lipase . . . . .	—	nincs	nincs
Takata-Ara r. savóban . . . . .	neg.	neg.	neg.
Weltmann f. reactio . . . . .	neg.	neg.	neg.
Haemoklasziás krízis (Vidal):			
ívsz. tejivás előtt . . . . .	7400	6400	6800
"  "  után 30 p. . . . .	6000	8600	8800
"  "  után 1 ó. . . . .	9000	8000	9400
"  "  után 1½ ó. . . . .	7200	6200	7200
Galaktoseterhelés . . . . .	neg.	neg.	neg.
Vizeletben urobilinogen . . . . .	++	+	neg.
"  urobilin . . . . .	+	neg.	neg.
"  tyrosin . . . . .	neg.	neg.	neg.

nek bizonyult. Világosan látható tehát, hogy a tünetek két csoportra oszthatók. Egyik csoport a daganat göctüneteként jelentkező parietalis tünetcsoport; a másik csoport a távolhatásként kiváltott extrapyramisos tünetegyüttes, mely a striatum és a pallidum sérülésére utal és megjelenési formájában leginkább a Wilson-féle betegséghez, illetve a Westphal-Strümpel-féle pseudosklerosishoz áll közel.

Magyarázatra szoruló kérdés, hogy miért kerültek a klinikai képen előtérbe a másodlagos tünetek, továbbá, hogy a törzsdúcoknak közvetett nyomás okozta diffúz sérülése miatt utánozza egy jellegzetes kórformának, a Wilson-féle betegségnek klinikai képét.

Kiindulópontul szolgálhat Hermann felfogása. Eszerint a koponyaüregben belül a nyomás terjedése nem egyenletes, mint ahogy a hydrostatika törvényei szerint várhatnók, hanem részint mechanikai, részint anatómiai tényezőktől függő erővonalak irányába történik. Esetünkben a nyomás Hermann elgondolásának megfelelően átlóirányban előre és lefelé terjedve valóban a striopallidaris rendszert érhet legerősebben.

A törzsdúcokat a maga egészében erő diffúz nyomás feltevése még nem elégséges ahhoz, hogy egy olyan rendszerbetegséghez hasonló klinikai kép álljon elő, mely a törzsdúcoknak csak bizonyos *elektív* területeihez fűződik. Ezen a ponton kapcsolódik be a kórképet formáló új tényezőként betegünk májbántalma.

A májműködésnek és az idegrendszernek élet- és kórtani kapcsolatát Claude Bernard klasszikus kísérlete óta számos új kísérlet és klinikai adat igazolja. Esetünkben a legfontosabb az a körülmény, hogy a Wilson-f. betegség létrejöttét Wilson, Werthemann, Lüthy, Rössle és mások elgondolása szerint a máj működési zavara következtében egy lenticulo-toxikus anyagnak a keringésbe jutása okozza, ez a toxikus anyag ugyanis a törzsdúcoknak ilyen irányban érzékeny sejtjeit támadja meg. Ez a körülmény szolgáltathat további támpontot esetünk magyarázatára. Betegünknel előállhatott az a helyzet, hogy a májműködés zavara miatt a striatum és a pallidum bizonyos sejtjei »locus minoris resistentiae«-t alkottak és így a valamennyi törzsdúcot, esetleg az egész agytörzset erő diffúz nyomásra éppen ezek a sejtjeik választották működésük csökkenésével és előállott a Wilson f. betegséget utánzó jellegzetes tünetegyüttes.

Arra nézve, hogy esetünkben a májműködés

zavara elsőslegesen volt-e, kevés adatunk van: betegünknek körülbelül 10 év előtt egy ízben sárgasága volt, mérsékelt ivó. Az a körülmény, hogy a májműködés helyreállása a daganat okozta elváltozások javulásával párhuzamban állott, annak a lehetőségét veti fel, hogy maga a májsérülés is másodlagosan állott elő a daganatnak a hypothalamusra ható közvetett nyomása révén; utóbbi területről ugyanis Müller és Greving, Pollák stb. szerint a májműködést szabályozó impulzusok is kiindulnak. Sőt többek feltevése alapján a pallidumnak egy viscerális — specifikusan hepaticus — szabályozó központja lehetett bántalmazva és ez hozta létre a májnak kiskofú működészavarát. Nagyon érdekes ebben az összefüggésben Kraus vizsgálata, aki chronikus agynyomás 36 esetében 80%-ban talált a májban részben elzsírosodást, részben barna atrophíát és mindezt a hypophysis-közi agyrendszerre gyakorolt nyomással tudta kapcsolatba hozni.

Esetünkben lehetetlen a máj és központi idegrendszer kölcsönhatásának boncolgatása közben az okot és okozatot biztosan szétválasztani, de akár melyik nézőpontból tekintjük is az esetet, egy kis láncszemként szolgálhat a hepato-lentikuláris összefüggés vizsgálatában és részben ezért, részben pedig a meningeomák által okozott váratlan klinikai kép miatt közlésre érdemes volt.

A budapesti Tudományegyetem I. sz. Sebészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: Matolay György r. tanár.)

### Sebkezelés ultraseptyl-oldattal.

Írta: Fraknoi József dr. műtőorvos.

A sulfanilamid és származékai belsőleg vagy befecskendezéssel való alkalmazásának hatása sebészi, belgyógyászati és nemi betegségeken közismert. Igen sok sebészi betegségben azonban ezen alkalmazási móddal nem érhető el a kívánt eredmény. Belső adagolással a vérben legfeljebb 8–10 mg % töménység hozható létre, ami általában kevés a helyi folyamatok gyógyítására. Újabb vizsgálatokból ismeretes, hogy míg a vérben ez a töménység a kórokozók növekedését megakadályozza, addig a fertőzés gócéban, helyi folyamatokban a sulfanilamid-vegyületekkel szemben antagonisták anyagok halmozódnak fel, ezeket az anyagokat a vérben elérhető 8–10 mg% töménységű gyógyszer ellensúlyozni nem tudja, amiért is a töménységet erősen fokozni kellene. Ez azonban a szervezet mérgezése nélkül további általános adagolással nem vihető végbe. Ez a körülmény adott alapot a sulfanilamid helyi alkalmazására, miáltal helyileg is olyan töménység érhető el, ami az említett antagonisták anyagok és az ezeket termelő bakteriumok leküzdésére elég. Helyi alkalmazással akár 800 mg % töménység is létrehozható a fertőzés gócéban a szervezet mérgezése nélkül.

A sulfanilamid hatása a kórokozókra bakteriosztatikus növekedésgátló és pusztító tulajdonságában nyilvánul meg, ami ellen a kórokozók ellenanyagot termelnek, valamint a fertőzés területén gátlóanyagok késleltethetik a kellő hatást.

A kórokozók termelte ellenanyag Fildes vizsgálatai szerint a bakteriumok essentiális anyagszereplője, kémiaiilag valószínűleg p-aminobenzoésav, ami coenzym-szerű hatással bír. A sulfanilamid-ve-

gyületek hatása eszerint abból áll, hogy a p-aminobenzoésavat a sejtben folyó reakcióból kiszorítják, és így a sejt életének egyik fontos, kellőleg nem ismert reakcióját felfüggesztik. A kórokozók termelte p-aminobenzoésav teljes semlegesítéséhez kell helyileg a nagy sulfanilamid töménység, hogy ezáltal a bakteriosztatikus hatás kifejlődhessen.

A hatás kifejlődését gátolják még elhalt szövetrészek, széteső fehérvérsejtek, tehát általában a geny. Ezért helyi sulfanilamid-kezeléssel párhuzamosan a genyet mindig el kell távolítani, hogy a gyógyszer hatása kellő mértékben érvényesülhessen.

A bakteriosztatikus hatás elérése után maga a szervezet is résztvesz a fertőzés leküzdésében. A nyugalomban lévő, nem szaporodó bakterium nem termel toxint, a toxin nem bénítja a fehérvérsejteket és ezek phagocytaképességük révén a kórokozókkal könnyen megbirkóznak.

Ivanovits vizsgálatai szerint a sulfanilamid-vegyületek közül a legnagyobb bakteriosztatikus titer az ultraseptylnek van.

A sulfanilamidot külföldi szerzők nyílt csonttöréseknél aseptikus és genyes sebek kezelésében, az előbbinél prophylaktikusan is, a koponya, mell, hasüreg és végbélrák műtéteinek, átfúródott féregnyúlványlob utáni hashártyagyulladásokban, háborús sérülések esetén — kiterjedten — igen jó eredménnyel alkalmazzák.

Hazánkban Sándor és Kacs Már foglalkozott a sulfanilamid-vegyületek helyi alkalmazásával. Mindketten por alakjában alkalmazott sebkezelésről számolnak be — ultraseptyl használatával.

Az I. sz. sebészeti klinikán ultraseptyl oldatnak helyi alkalmazását vizsgáltuk. Az ultraseptyl oldatot azért választottuk kísérleti anyagul, mert meggyőződésünk szerint az oldatba mártott csikok és az oldattal végzett öblítések alkalmasabbak arra, hogy a hatóanyagot a seb legrejtettebb zugaiba is eljuttassák. Felületen sebek esetében viszont kétségtelenül a pornak van nagyobb jelentősége.

Az ultraseptyl 2-paraminobenzol sulfamid-4-methylthiasol, fehérszínű, kristályos anyag, vízben rosszul, alkáliákban jól oldódik. Oldódik még acetonnal és ecetaetherben is. Olvadáspontja 238°. Az alkáliás oldat, ha levegővel hosszabb ideig érintkezik, megzavarosodik, kikristályosodik.

Vizsgálatainkban ampullázott ultraseptyl-oldatot használtunk. (Kilátás van azonban arra, hogy az oldatot előállító gyár gumidugós üvegekben, vagy oly formában hozza forgalomba az oldatot, hogy az a levegővel való hosszabb érintkezés után sem fog megzavarosodni.)

Mérgező tüneteket helyi kezelésben egyszer sem észleltünk, a helyileg alkalmazott oldat oly kevés, a gyógyulás oly gyors, hogy nincs is alkalom mérgező tünetek kifejlődésére. Úgy látszik, hogy a sebfelszínről az ultraseptyl nagyobb mértékben nem is szívódik fel.

Az ultraseptyl-oldatos kezelés előtt minden esetben a szokásos sebészeti elveknek megfelelően jártunk el. Feltárás, geny lebocsájtás után vezettünk a sebszélek közé ultraseptyl-oldatba mártott csikot, illetve ekkor végeztük csak a sebüreg öblítését. A csikokat két nap múltán hasonló csikkal cseréljük fel, és azt a folyamatnak megfelelően addig váltjuk, amíg a sebszélek teljesen fel nem tisztultak. Már az első két nap múltán feltűnt a sebszélek váladékmentessége, szárazsága. Az elhalt szövetrészek körülhatárolódtak és már akkor, vagy a következő kezelés-

kor az ép szövetektől elváltak, vagy csipesszel könnyen kiemelhetők voltak. Az elhatárolódásban valószínűleg az ultraseptyl oldat lúgus kémhatásának is szerepe van. A fájdalom megszűnt, seb környéke reakciómentessé vált, a láz alábbhagyott, az esetleg fellépett nyirokergyulladás visszafejlődött, a helyi és általános állapot rohamosan javult.

Különösen feltűnő volt, hogy hydradenitis esetén egyetlenegy esetben sem keletkezett újabb fertőzés.

A vizsgált 50 eset a következőképpen oszlott meg:

Furunculus, carbunculus . . . . .	15
Phlegmone . . . . .	14
Panaritium . . . . .	8
Hydradenitis . . . . .	8
Sérülés . . . . .	5

Kórokozók szerint 22 esetben streptococcus, 18-ban staphylococcus, 10-ben strepto-staphylococcus fertőzésről volt szó.

A leírt 5 sérült közül négynek sebüregét a sebtölettel után megelőző céllal ultraseptyl-oldattal öblítettük át, majd a sebszéleket elsősorban zártuk. Egy esetben nem alkalmaztunk ultraseptyl-oldatot, hanem sebkimetszés után a sebet zártuk, és csak az elgenyedt sebfelület kezelésére használtuk fel a kísérleti anyagot.

Az ultraseptyl-oldat kiváló hatását két kórtörténettel igazoljuk:

1. M. P. 17 é. férfi, uszodában fejesugrás közben megcsúszott és a fejére esett. A fejtetőn két 15 cm hosszú, zúzottszerű, harántirányú sebész volt látható, amely 3 cm széles hidszerű bőrlébenyt fogott közre. Sebkimetszés után a sebszéleket elsősorban egyesítettük. Három nap múlva 39°-os láz, borzongás, fejfájás támad. A varratokat eltávolítottuk, a sebszéleket szétválasztjuk, mire bő szöveteafatokat (galea) tartalmazó geny ürül, amelyben strepto és staphylococcusokat találunk. A sebszél alá jodoformcsíkokat helyezünk. A beteg állapota ezután is fokozatosan romlik. Fvs.: 22.000. Vvs.: 3.500.000. Hb.: 65%. Az egész galea elhal és csatokban lökődik ki. Transzfúziókra és újabb bő feltárásokra, érbe adott ultraseptylre az állapot nem javul. Ekkor, két héttel a felvétel után határozunk el magunkat az ultraseptyl-oldatos sebkezelésre. A sebüreget ultraseptyl-oldattal átmoszuk, s a sebszél alá ezen oldatba mártott csíkokat vezetünk. Az eredmény bámulatos. 24 óra alatt a genyes váladék tetemesen csökkent, a fájdalom megszűnt, a seb környéke reakciómentessé vált. Az ultraseptyl-oldatos sebkezelést naponta megismételtük. A beteg egy hét múlva normalis fehér- és vörösvérsejtszámmal, tisztán sarjadzó sebszéllel hagyta el a klinikát.

2. K. S. 19 é. férfi, bal hónaljában egy hónap leforgása alatt háromszor volt verejtékmirigy-gyulladása. Jelenleg diónyi, lobos bőrrel fedett, hullámos, fájdalmas terime-nagyobbodása van hónaljában. Feltárás és geny lebecsátás után a sebszél közé ultraseptyl-oldatba mártott csíkot vezetünk. 24 óra múlva a fájdalom megszűnik, a seb környéke reakciómentessé válik, a váladék megszűnik. Az elhalt szövetrészek körülhatárolódnak. Egyszeri ultraseptyl-oldatos csíkcsere után a beteg 6 nap múlva gyógyultan hagyta el a klinikát.

**Összefoglalás.** Ultraseptyl-oldattal a sebkezelésben jó eredményeket értünk el. A szervezet mérgezése nélkül helyileg olyan nagy koncentrációt létesíthetünk, amely leküzdí az antagonista és gátló anyagokat és kifejti bakteriostatikus hatását.

Megelőzésül kezelhetjük az oldattal a sérüléseket — a sebszél átöblítését —, koponya, mell, hasüreg átöblítésére is használható.

Alkalmazási területe: a geny és fertőzött sebek. A szokásos sebészeti beavatkozások után az ultraseptyl-oldatos csík, nedveskötés, öblítéseknek bacterium pusztító hatása hathatósan elősegíti a sebgöygyulást.

# FAGIFOR „CITO“

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lacto-kreosot-szrup

Ideális enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

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

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

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

## IRODALMI SZEMLE

### SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ottó József és Benedek Andor.*

**A méhnyakrák érettségi állapotának körjátslati jelentőségéről.** *Kleine.* (Zbl. Gynäk. 1942. 16.) Szerző a heidelbergi klinikának 1913—32-ig 510 esetből álló anyagát vizsgálta. A méhnyakrákban szenvedők kivétel nélkül rádiumbesugárzásban részesültek és csak az utóbbi időben kaptak kombinált, azaz rádium-röntgenbesugárzást. Az érettségi fok szerint a rákok úgy oszlottak meg, hogy kórszövettanilag az 510 esetből 28% érett, 43% alig érett (Mittelreif), 29%-ban pedig éretlen volt. A legjobb gyógyulási százalékot az operálható éretlen laphámrákok adták, 63%, a nem operálható éretlen laphámrákokból 18% gyógyult. Az adenocarcinoma gyakorisága szerző megfigyelése szerint 5%, amely Adler és mások megfigyeléseivel szemben nem sugárreszistens. (O. 16.)

*Rerrich Ervin dr.*

**Basergin a szülés megindítására.** *Brunner.* (Zbl. Gynäk. 1942. 444.) 70 esetben alkalmazták a Basergint (Sandoz) a szülés megindítására. Azt találták, hogy az agyfűggelékhatásólebeny kivonatához hasonlóan ez a szer is csak kiviselt terhesség esetében használható a szülés megindítására. Ha a szülés megindítására vagy elsődleges fájásgyengeség esetében fájáserősítésre volt szükség, a következőképpen jártak el: reggel ricinus, azután fél óránként kétszer 0,25 gr. chinin és félóránként kétszer 2 csepp basergin, esetleg beöntés. Ha az eljárás sikertelen maradt, pár nap múlva megismételték a kezelést. Az eljárást a szülőnök jól tűrték, egy esetben sem észleltek göresős fájdalmakat a környéki erekben, vagy pedig keringési zavarokat a bőrben. Sem állandó méhösszehúzóadás, sem pedig kórosan erős fájás nem jelentkezett. A fájások átlagban 7 óra múlva indultak meg, de többször már fél óra múlva megindult a szülés. 65%-ban sikerült ezzel az eljárással a szülést megindítani. Előnye az eljárásnak, hogy injectio helyett tablettát és csepp formájában lehet a hatóanyagot bevinni. Sem a szülés lefolyásában, sem utána nem léptek fel olyan szövödmények, melyeket a basergin rováására lehetne elkönyvelni. (O. 14.)

*Farkas József dr.*

### SEBÉSZET.

Rovatvezető: *Guszich Aurél és Rhorer László.*

**A szervezet ellenállása nélkül kialakuló sepsisformák.** *Bumm.* (Zbl. Zhir. 1941. 49.) Nem csupán a mikroorganizmusok fertőzőképessége az ok; a szervezet ellenállása is igen nagy szerepet játszik. A háború folyamán több alkalommal észlelték a védekezőképesség teljes csödjét, főleg nagy teljesítményeket követelő testi megerőltetések után. Két szélsőséges alakját állítják szembe egymással: az egyikben a keringés útján állandóan megismétlődő újrafertőzés áll előtérben, a másikban a szervezet védekezése. A bakteriaemia, pyaemia és végső fokon septicaemia ellen a szervezet először sejtjeivel küzd, ennek a reticuloendothelialis rendszerben látni első jeleit. Phagocytosis a következő lépés. Már erőteljes védelem jele a RES sejtjeinek növekedése és szaporodása (máj-, lépnyagyobbodás, stb.). A teljes erejével védekező szervezet sejtjein kívül küzdelembe veti a vérsavó agglutinjeit, haemolysinjeit, antitoxinjait, stb. is. A kezdetben kielégítő sejtvédekezést a humoralis reactio egészíti ki. A csökkent védekezőképesség elsősorban a sebkörnyéki lögát hiányában nyilvánul

# SEDYLETTA

tabletta 30×0·015 gr

Általános hatású psychikus megnyugtató, kitűnő spasmolitikum

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

Podmaniczky-gyógyszertár  
Budapest, VI

meg; a cellularis és humoralis reactio is elégtelen. Eldönthetetlen, hogy a védőanyag kimerülése miatt, vagy azért, mert a szervezet egyáltalán nem képes ilyeneket termelni. (R. 16.)

Buzáth János dr.

**A combnyaktörés.** *Ehalt.* (Wien. klin. Wschr. 1942. 1.). A törés lehet: 1. fejecsalatti távolító állásban, beékelt (rendszerint ágynyugalomra gyógyul). 2. fejecsalatti közelítő állásban, nem beékelt; ez a classicus combnyaktörés rövidüléssel, állízülettel szokott gyógyulni. (Ma többnyire szögeznek.) 3. oldalsó és 4. temporon átfutó; e két utóbbinál a tartós nyújtás és ágynyugalom rendszerint gyógyulást hoz. A műteti eljárást *Smith-Petersen* háromlemez szöge és *Sven-Johansen* célzőkészüléke tette igazán eredményessé. A szögezést megelőzi a végtag nyújtása, befelé forgatása és rögzítése ebben az új, röntgen szerint is helyes állásban. Egy hét elteltével műtét. Vízszintes fektetés, két rögzített röntgenkészülékkel, két egymásra merőleges síkban felvétel. *Jeschke*-hálón megjelöli a röntgenfelvételhez igazodó két iránypontot és helyi érzéstelenítésben ezek tájékoztatása mellett fúrja be a vezetődrótot. Ha a megismételt röntgen a vezetőt helyes állásban rajzolja, beüti a szöveget. Újabb röntgen. A harmadik héten a beteg felkel és átlagosan 4–5 hetet tölt a kórházban, 90 százalék jól gyógyul. Több régi állízület (volt 22 éves is) szögezésre gyógyult. (R. 17.)

Hild László dr.

**Újabb nézetek a vesekő keletkezéséről, gyógyításáról és megelőzéséről.** *Boshamer.* (Med. Welt. 1941. 50) Rámutat a kapufertőzés (focalis infectio) jelentőségére, melynek következtében egyrészt a közepagyban, az autonóm idegrendszer központjában, másrészt allergiás véredényreactio következtében magában a vesében keletkezhetnek zavarok. E jelenségek megzavarják a colloid és savkiválasztást és a mucoid colloidok megszorodását okozzák. Mindezekből a gyógyítás számára messzemenő következtetések vonhatók le. Elsősorban a kapufertőzést kell kiküszöbölni. A vesekő műtete ezután 3–4 hét múlva végzendő el. Befolyást kell gyakorolni ezenkívül a vegetatív idegrendszerre is, a colloid kiválasztásra, illetőleg a krystalloidok oldatban tartására is. (Vesedecapsulatio, sympathicus idegrendszer tonusát csökkentő szerek rendelkezése, salicylsav vagy mandulav sav adagolása.) Étrendi előírások, ivókurák, bőséges folyadékfelvétel, ásványvizeken kívül destillált víz ivása is hasznos. Ajánlatos kőre hajlamos egyéneknek a vesejáték különös óvása a meghűléstől. (R. 18.)

Finczy Ernő dr.

Orvosi rendelőberendezés és műszerek vidéken eladó. Cím a kiadóhivatalban.

## TÁBORI EGÉSZSÉGÜGY ÉS HADISEBÉSZET

Rovatvezető: *Sereghy Emil.*

**A hadisebészeti útja és feladata.** *Wachsmuth.* (D. D. Militärrzt 1942/2.) A háborús sebészetet tulajdonképpen a fertőzött sebek sebészetének is nevezhetjük, tekintve, hogy kevés kivétellel minden sebesülést súlyosan fertőzöttnek kell tekinteni.

A sebkimetszés utáni elsődleges sebzárást eleinte a háborús sérülteknél is alkalmazták, a varratok alatt keletkezett súlyos, legtöbbször anaerob fertőzés miatt azonban felhagytak vele s a nyitva kezelésre tértek át.

A régi hadisebészetenek két rettegett sebfertőzése (tetanus, gázüszög) közül az eddigi hátréti tapasztalatok alapján a tetanus a megelőzés folytán elvesztette jelentőségét, Szórványosan előfordult esetek közül rendszerint a fagyással szövődötték voltak súlyosak. A hetek-hónapok múlva megismételt műtétek után (tályognyitás, amputatio idegen testeltávolítás) elég gyakran lépett fel tetanus. Ezért minden újabb műteti beavatkozás előtt újra kell adni gyógyszerét.

A gázüszög tökéletes kórisméréséhez, a gyógykezelésnek kifogástalan megítéléséhez szükséges lenne az esetenkénti pontos bakteriologiai vizsgálat, ami azonban tábori viszonyok között sokszor lehetetlen.

A gázeodema serum hatása még tisztázásra szorul. A chemotherapeuticumok közül itt is a Sulfonamid készítmények állnak az első helyen.

Ha a sebesültek száza várnak a sebészi ellátásra, akkor vérátömlesztést nem lehet végezni. Viszont a vérpótló szereknek kellő mennyiségben való adása könnyen keresztülvihető, még az első vonalakban is.

A kutató munkát, a különböző szakorvosok közös megfigyelése következtébeni eredménydús gyógykezelést, s a tudomány előhaladását szolgálja a hadseregvezetőorvosok alá rendelt 600 ágyas különleges kórházak (*Sonderlasarett*), melynek speciális sebészei, ideg-, belgyógyász és kórboncok szakorvosai vannak. Heves harcok idején az előlő vonalak mögé előre küldött sebesz csoportja a sebesülteket sokszor a sebesülésük utáni első félórában látja el. A különlegesen súlyos sebesülteket ellátás után kiválogatja s kórházba szállítja (repülőgépen, vonaton, sebesültszállító gépkocsin), így elérhető, hogy a súlyos sebesültek első ellátástól majdnem teljes gyógyulásig egy szakorvos kezében maradnak, aminek értéke a gyógyulási eredményt illetőleg elvitathatatlan.

A vontatható műtőgépeknek a lehetetlen útviszonyok miatt a keleti hadszíntéren való alkalmazása és rendszeresítése ellen szól a szerző, tekintve, hogy a sáros úton az többnyire lemarad, előnye azonban kézenfekvő, minden helyzetben kitűnően felszerelt és berendezett villanyvilágítású műtő áll a sebészek rendelkezésére. (S. 18.)

Somogyi B. Pál dr.

## ÚJ FEGYVER

A HALADÓ SZELLEMŰ ORVOS KEZÉBEN A

DIACHEMIA  
STRAUB SÁNDOR  
GYÓGYSZERÉSZETI ÉS VEGYÉSZETI LABO-  
RATORIUM, BUDAPEST, VI., TERÉZ-KRT. 27

## TROMBOGEN

inj. varix és haemorrhoidalis csomók okozta bántalmak műtétmentes megszüntetésére

3 amp. ára P 2.20

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

**Wassermann I**

**Wassermann II**

**Kahn**

**Kiss**

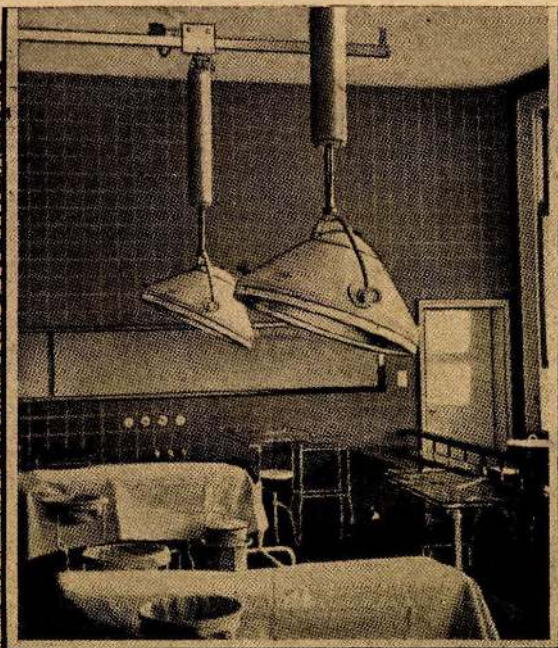
**Antigének** SEC. Dr. DEÉR

»Sanguityp«

**Vércsoportthatározó**

VÉRSZEGÉNYSÉG  
ELLEN

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



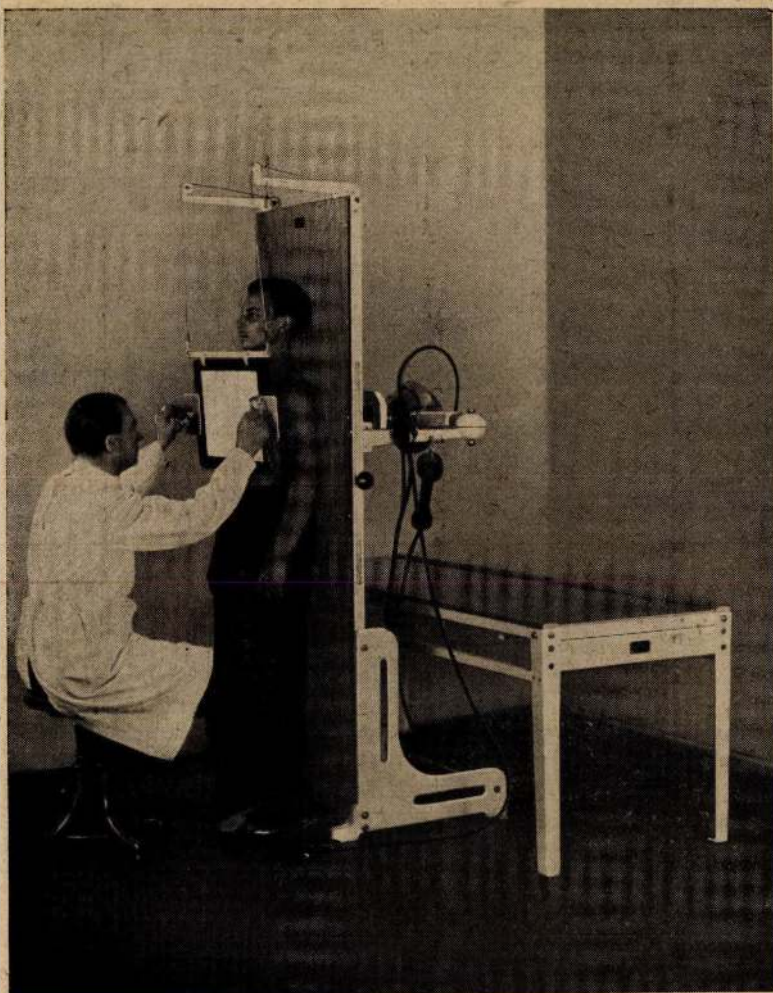
**ZEISS**  
**PANTOPHOS**

kristályvegtükörrel, nagy fényerővel és nagy, egyenletesen megvilágított fénytérrel, káprázás és árnyékmentes, hőhatás nélkül, egyenlő energiájú fő- és szükségvilágítással (kettősszálú izzólámpával), rögzített és gördíthető felfüggesztéssel, kihuzattal, vagy anélkül, egy, vagy két futósínen

Nyomatványt és költségvetést díjmentesen küld a magyarországi vezérképviselőt:  
JURÁNY HENRIK, BUDAPEST



IV. VÁCI-UTCA 40. Tel.: 183-092



**AZ ÚJ**  
**SIEMENS**  
*vizsgálógolyó*

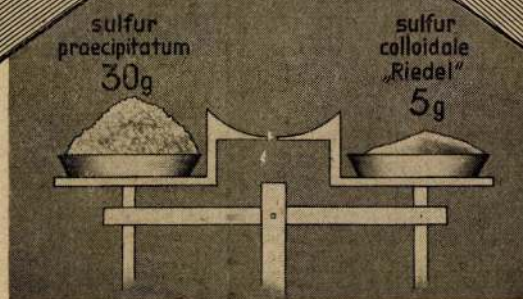
különösen alkalmas a magánrendelő  
kiegészítésére, mert

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 MŰVEKÉRT.**  
RÖNTGEN- ÉS ORVOSTECHNIKAI GÉPGYÁR  
BUDAPEST, VI., NAGYMEZŐ-U. 4. TEL.: \*224-860.



# Catamin

**kolloidális kénkenőcs bőrbajok kezelésére.**

Csomagolás: Doboz 30 g tartalommal

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



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

# EUGASTRIN MITE és FORTE

SAVKOTÓ  
BÉLMŰKODÉSSZABÁLYOZÓ

„CERTA” GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R.T., BUDAPEST

**Elettani vizsgálatok sérülési shockban.** *Cremer.* (D. D. Militärrzt 1942/2.) Shockszerű állapotot a szervezetben mesterségesen is elő lehet idézni (a fehérje hasadási termékek, peptonok, polypeptidek), valamint histaminhatású anyagok parenterális adagolásával.

Lehetséges, hogy szövetrocsolásnál fehérje hasadási termékek és a hastíman a sérülés helyém keletkeznek s a véráram útján a szervezetbe bekerülve, előidéznek a shockot.

A szerző 46 súlyos shockban lévő sebesültnél állapította meg az anyagcsere elváltozásokat, kiket a sérülésük után percekkel vagy pár órával később szállítottak be.

A vércukor normalis határok között mozgott, magasabb érték csak az erősen kivérzett esetekben volt.

A különféle szervezetben talált glicogen mennyisége nem mutat változást.

A vérsavó összfehérje tartalma csak nagy vérvesztés után, a normalis határokon belül, kis fokban csökken, kiegyenlítő nedv beáramlás következtében. Így semmi összefüggés nincs a shock és a savófehérje tartalma között.

Ezzel szemben a vérsavó maradék-nitrogéntartalmát mindig fokozottnak találták.

Bár a vér szabad histamintartalma növekedett, de sohasem érte el azt a fokot, amely szükséges lenne a histamin-shock kiváltásához. Mérsékeltén fokozott volt a szövetek víztartalma, különösen magas az izomzatban. A káliumtartalom lényegesen emelkedett a savóban, a kissé csökkent nátriumhoz viszonyítva. (S. 19.)

*Somogyi Pál dr.*

## UROLOGIA

Rovatvezető: *Babits Antal.*

**Cystitis dissecans gangraenescens újabb esete.** *Kastendieck.* (Z. f. u. 1942. 3. 93—96.) 32 éves multipara (Kórisme: abortus incip. m. III—IV. Cystitis acuta) hólyagtükrözése az egész hólyagra terjedő teljesen nekrotizált, sőt egy helyen már levált nyálkahártyát mutatott. Néhány hét múlva a hólyag és húgyvese ezen elhalt nyálkahártyája spontán kilökődött; rajta megállapítható volt, hogy a mucosán kívül a hólyag izomrétegének egy része is levált. Újabb két hét múlva végzett cystographiánál zsugorodott hólyagot, jobb o. refluxust és diverticulumot találtak. A bal vese működése nem volt megállapítható. Két hónappal később a hólyagban még mindig gyulladási jelek, kapacitás: 80 cm<sup>3</sup>. A leírt változások teljesen beillenek a Stoeckel és mások által közölt cyst. dissecans gangr. kórképébe. Aetiologialag: a hólyag túltágulása feltűnő, mely vagy a retroflexio uteri grav. incarcerationati

vagy a húgyvese ismeretlen eredetű, de a terhességgel összefüggő okokból történt elzáródásának következménye. Annak lehetősége, hogy vetélést előidéző szándékból maró folyadékot fecskendeztek tévesen a hólyagba, szintén nem zárható ki. (B. 10.)

*Molnár Jenő dr.*

**Idegentest a vesemedencében.** *Boeminghaus.* (Z. f. u. 1942. 3. 86—89.) 30 éves férfi 10 évvel ezelőtt több fémdarabot nyelt, melyek egy része a széklettel kiürült, más részét laparotomia útján a gyomorból távolították el. 1 évvel ezután jobboldali paranephritikus tályog megnyitása, később jobboldali vesetáji fájdalmak, a vizelet gennyes. A Röntgen-felvétel a jobb vesemedencében két drótdarabot mutat, amelyek körül háromszög alakú kő képződött. A vesekiirtást a régi perinephritikus összenövés — különösen a felső poluson — igen megnehezítették. Eközben ügylést tették, hogy említett helyen a vese a duodenumhoz rögzített a lelettel tisztázódott ezen egyedülálló kép keletkezése; ugyanis a duodenumon a hashártya mögé átfúródott fémdarabok először vesekörül gennyedést hozhat létre, majd a vese és bél között kialakult szoros összenövésen át az idők folyamán a vesébe, illetőleg az üregrendszerbe jutottak. (B. 8.)

*Molnár Jenő dr.*

**A szabadatett vese Röntgen-fényképezésének kérdéséhez.** *May.* (Z. f. u. 1942. 3. 89—93.) Pflaumer minden vesekömütét előtt és után elvégzi a szabadatett vese Röntgen-felvételét. Szerző szerint csak azon esetben szükséges ez, ha a vesében gyanítható kő vagy kőrészet maradt, melyet más módon (ujjal, tüvel történő keresés) nem lehet megtalálni. Modern intézetben a mai technikával gyorsan és sterilen végezhető a felvételek. Különösen ajánlatos az ezen követelményeknek teljesen megfelelő Pflaumer-féle aluminiumkazetta. Két éven belül 18 esetben alkalmazta ezt az eljárást, közülük négy alkalommal kőmaradványt tényleg ki tudott mutatni. Két leközölt esete az eljárás szükségességét különösen aláhúzza. (B. 9.)

*Molnár Jenő dr.*

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

# CAPHOSEIN

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

## az erjedésszerű 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 tápszert- és gyógyszeripari kft. Budapest, V., Nádor-utca 15. szám.**

## KÖNYVISMERTETÉS

**Behandlung inneren Krankheiten. Richtlinien und Ratschläge für Studierende und Ärzte. Von Prof. D. Ferd. Hoff.** 2. kiadás, 443. l. (G. Thieme, Leipzig, 1942. Ára fűzve MK 19.50, kötve MK 11.10.) E könyv első kiadását az O. H. 1940-i évfolyamának 49. számában ismertettem. Melegen ajánlottam azt az orvostanhallgatók és az orvosok figyelmébe, mert ez a munka az előbbieknél a tanulásban, az utóbbiaknak orvosi gyakorlatukban megbízható útbaigazítást ad. A szerző ugyanis mellőzi a már áttekinthetetlen sok orvosságnak és gyógyító eljárásnak felsorolását és csak a valóban bevált therápiának ismertetésére szorítkozik és ennek tárgyalásakor saját nagy tapasztalataira támaszkodik. Ez és a gyógyító eljárások higgadt bírálata, s nem utolsó sorban a tárgyalás élvezetes módja szerzett e könyvnek sok barátot, aminek jele az is, hogy már most vált szükségessé annak második kiadása, mely egy, a könyvben említett gyógyszerekről áttekintést adó fejezettel bővült.

*Herzog prof.*

**Spezielle Therapie der Herz- und Gefäßkrankheiten. I. v. Zárday.** (Theodor Steinkopff, Dresden und Leipzig 1942. Ára: Mk. 5.25.) Az orvostudomány és a chemia tökéletesedése a gyógyszeripar hihetetlen fejlődését vonta maga után. A gyárak szinte naponta új készítményeket vetnek piacra és gyakran nemcsak a reklámok tömegével elárasztott gyakorlóorvos, hanem a szakorvos sem tud egykönnyen eligazodni egyeserek értékének megítélésében. Zárday 150 oldalra terjedő zsebkönyvében a szív működés javítására ajánlott gyógyszerek tömegét rendszerbe foglalta. A keringés betegségeit három nagy csoportra, a szív, az erek betegségeire és az egész keringés zavarára osztva tárgyalja. A lehető legtömörebben ismerteti az egyes kórformákat, majd mindenre kiterjedő figyelemmel közbe-közbeszövi a legmegfelelőbb kezelési eljárásokat. Így a könyv nem válik száraz gyógyszerfelsorolássá, hanem

mintegy észrevétlenül tanítja meg az olvasót az egyes betegségek gyógyítására. Meglepő az a bátorság, amelyvel az orvosgenerációkba belegyökerezett eljárásokat a modern orvostudomány boncasztalára fekteti: megmutatva mi értékes bennük, mi káros avagy felesleges. E munka a monographia és a recipe-könyv teljesen egyéni és újszerű, kétségtelenül nagyon sikeres egyesítése. Különös értéke, hogy egyaránt kielégíti az általános orvost, a szakorvost, sőt a más szakmabeli orvost is. Mindenki megtanulhatja belőle azt, amit a szerző előszavában irányelvül tűz ki: «Mit, mikor és hogyan kell alkalmaznunk?»

*Horváth Imre dr.*

**A M. Kir. Állami Munkaközvetítő Hivatal 1940. évi jelentése a munkaközvetítés és a munkapiac állásáról.** Összeállította: *dr. Gortvay György.* (244 oldal. Számos képpel és táblázattal. Budapest, 1941.)

Figyelemmel fordultunk egy orvoskörtársunk, az állami munkaközvetítő hivatal elnökének nem szigorúan orvosi tárgyú, de munkaügyi és szociális problémájú munkája felé. A beszámoló bevezetője hangsúlyozottan munkásbarát politikát kíván az egész gazdasági életben. A munkapiac statisztikája c. fejezetben a szerző alkotta indexszámokkal mutatja ki a munkanélküliség alakulását. Sok szociálegészségügyi vonatkozást is találunk, így pl. a pályaválasztási tanácsadást, melynek megszervezésével igen behatóan foglalkozik és melynek a kitűnő szerző egyben a megszervezője is. Különösen érdeklődésünkre számíthat a esőként munkaképességük munkaközvetítésével foglalkozó tervezet, amely a munkaközvetítő hivatalban Gortvay által kerül megvalósításra. A könyvnek a munkaszervezés történetére vonatkozó része orvos számára is érdekes és tanulságos, arról nem is szólva, hogy e fontos kérdés történeti fejlődésének kialakulásával a magyar irodalomban először foglalkozik. Felteszünk végül egy kérdést: hogy van az, hogy külföldön orvosok foglalkoznak szociális kérdésekkel és nálunk nem.

*Puder Sándor dr.*

# DORMOVIT\*

alvási zavaroknál

20—30 percen belül elaltat,

6—8 órás alvást biztosít,

friss ébredés mellett.

\*) Furfurylisopropylbarbitursav

**DIWAG**

CHEMISCHE FABRIKEN A.G., BERLIN-WAIDMANNSLUST

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



## Scholtz Kornél: Közkórházaink 1940-ben.

Az, akinek a trianoni Magyarország egészségügye, de különösen kórházügye a 20-as években nagy-szerű fellendülését köszöni: Scholtz Kornél ny. államtitkár nagy jelentőségű munkát írt egy belügy-miniszeri rendeletre befutott kérdőívek alapján polgári kórházaink és gyógyintézeteink 1940 végén fennállott helyzetéről. A munkát a Klinikák és Kórházak Szövetsége adta ki egy térképpel és sok táblázattal ellátott 78 oldalas füzetben (Ára 5 P.). Ez a munka tökéletes helyzetképet ad kórházaink mai állapotáról. Hazánknak ma 396, kórháza van 58.095 ágygal, úgy hogy százezer lakosra 425,7 jut; 43-mal kevesebb, mint 1938-ban a volt trianoni területen. Mert erre a csonka országra esett a 20-as évek alatt kormányunk kórházépítő politikája, ami a vidéki férőhelyek 62%-os szaporodását idézte elő. Evvel lépést tartott az ápolás orvosi kvalitása is, mert a jól berendezett kórházak tökéletes klinikai készült-ségű specialista orvosok letelepülését tették lehetővé úgy, hogy az ápoltak száma 1921-től 1938-ig 161,4%-al növekedett, míg az ország lakossága csak 16,7%-kal!

Az ország megnagyobbodásával beállott rossz-szabodás a visszacsatolt részek kórházhiányának és az 1931-óta tartó gazdasági válságnak tulajdonít-ható, minek következtében az 5 egyetem 50 kliniká-jának 6327 ágya közül, csak 4222-nek használata van megengedve; 2105 ágy; az egész klinikai ágá-lomány 33%-a tehát üzemben kívül van helyezve. Ez a legpazarlóbb takarékoság, ami a legkitünőbb se-gítségűtől fosztja meg az ország lakosságát és nem értjük meg, hogy tűrheti ezt a 33-as bizottság és a parlament lelkiismerete! Mert hiszen csak az *élel-mezési többlet* terhéről van szó, egyébként férőhely, orvosi ellátás mind rendelkezésre állhatna a bete-geknek.

Kiemeli a szerző kórházaink egyre jobb tagozó-dásának előnyeit és a nagy kórházak mellett foglal-állást. Szerinte minden 300 ágyas kórházban 10 spe-ciális osztálynak, prosecturának és laboratórium-nak kellene lenni (29 közül csak 25-nek van bon-coló főorvosa és mindössze 13-nak van szakképzett laboratórium vezetője).

A férőhelyek országrészek szerinti megoszlásá-val behatóan foglalkozik a szerző és egy demon-stratív térképet is közöl. Ebből látjuk, hogy 100 ezer lakosra Budapesten 1030 ágy, a Dunántúl, Duna-Tisza közén, Tisza-balparton és jobbbparton átlag 360, Duna-balparton, Kárpátalján és Észak-Erdélyben csak 250, a Székelyföldön már csak 160 ágy esik.

Ezután azzal foglalkozik részletesen, hogy ez országrészekben lévő ágyak *orvosi szakmák szerint hogy oszlanak meg*. Igen becsesek etekintetben megállapításai és tanulságosak. Örvedetes a sebés-zeti és nőgyógyászati, szülészeti osztályok fejlődése, habár tüdősebészet, csont és ízületi tbc. tekinteté-ben még sok kívánni való van, urológiai osztály pedig a vidéken egy sincs. Nem kedvező a helyzet a szemészet terén sem, mindössze 1463 ágyunk van (10,7 a százezerre); a Duna-balparti részen pedig egyetlen ágy sincs gyermekek részére. Tuberkulo-tikusok számára a trianoni területen 62, a vissza-csatolt részekben csak 17 ágy van 100 ezer lakosra. Fertőző betegek befogadására 3447 ágyunk szolgál. A járványok szerint ingadozó forgalmuk miatt

fenntartásuk költséges, ezért beolvadtak a nagyobb kórházakba.

Ezután egy fejezetben országrészek szerint min-den egyes kórház és gyógyintézet férőhelyeinek számát tünteti fel, ami gyakran felmerülő érdeklő-désünket elégíti ki. Majd a betegápolási időtartam lényeges rövidülésével foglalkozik (egy betegre 1908-ban 32,5 nap, 1921-ben 30,1, 1930-ban 36,6, 1938-ban 21,6 nap, a visszacsatolt részekben 22,1 nap), ami a szakszerűbb orvosi ellátás és socialis gondoskodás következménye. Felemelő tudatot kelt ben-nünk a kórházak szolgáltatásáról szóló fejezet, mely-ből kiderül, hogy 1940-ben valamennyi gyógyinté-zetünkben 209.846 műtétet végeztek, köztük 137.341 nagyobb műtétet és ebbe a még csak készülő kli-nikai műtéti statisztika nincsen is benne. A végzett szakvizsgálatok százezrei támogatták ezt az orvosi munkát, ami tudományunk és kultúránk, socialis gondoskodásunk, remekül kiépített preventív eljárásainkkal együtt hozta létre ezt a csodálatos eredményt, hogy az átlagos emberi életkor emelke-désében trianoni nyomorúságunk ellenére is lépést tudtunk tartani a művelt nyugati államokkal, sőt világsorrendünket lényegesen meg is tudtuk javítani.

Utolsó fejezetében mint gyakorlati egészség-politikus a visszatért országrészek szükségletével és az ottani viszonyok megjavításával foglalkozik. »Egy jól kormányzott állam életében terület szerinti nagy disparitások sokáig nem tűrhetők meg és ezért nyilván nem tűrhető, hogy szépen fejlődő egészség-ügyi kultúránk árnyékában az ország egyes részei-nek egészségügyi ellátása balkáni színvonalon ma-radjon.« Ezt a kemény, de őszinte hazafiságból fakadó kijelentését a szerzőnek de jó volna, ha az országházban is meghallanák és megszívnék! Scholtz Kornél azonban gyakorlati ember, mind-járt javaslatokkal is jön, amelyek teljes vagy egyelőre elfogadható javulását hoznák az állapotok-nak. Az első az, hogy ahhoz, hogy a 4 rosszul ellátott országrész — Duna-balpart, Kárpátalja, Észak-Erdély és Székelyföld — kórházi állománya a legjobban ellátott országrészek színvonalát, Buda-pest kivételével, elérje, *5300 új betegágy felállítása volna szükséges*, amihez járulna még a tüdőbetegek férőhelyeiben mutatkozó 1267 ágyhiány. Ha a megnyomorított trianoni országesonk 1921-től 1935-ig 20.144-el tudta növelni betegágyainak számát iga-zán nem kedvező viszonyok között, akkor a mai megerősödött, természeti kincseiben meggazdago-dott, fejlett iparú és mezőgazdaságú Magyarországnak is meg kell tudni hozni ezt az áldozatot, még a háborús viszonyok közepette is, mert hiszen a harcokésség melegágya, ősforrása a közegészségügy!

Actuálisá vált tehát a remekül kiépített pre-ventív egészségügyi szolgálat mellett a kórházügy és mindnyájan örömmel vettük tudomásul a belügy-miniszter úr azon kijelentését, hogy elérkezettnek látja kórházügyünk revízióját. Ennek az egészség-ügyi politikának alapjait rakta le Scholtz Kornél e mindenre kiterjedő figyelemmel és a maga több évtizedes tapasztalataival megírott munkájában, mi érdekfűdéssel és haszonnal forgat minden ma-gyar orvos, kinek lelkén fekszik a magyar közegészségügy és beteggyógyítás. Köszönjük Scholtz Kornélnak, hogy reáirányította a figyelmet kórház-ügyünk hiányosságaira.

# CARBONA »Réthy« enyhén hajtó széntabletták

**Indikációk:** Erjedésses dyspepsia, catarrhus intestini, habitualis obstipatio, valamint obstipatióval kapcsolatos bélbajok, haemorrhoidák, graviditas, meteorismus, colica mucoosa et membranacea. — **Eredeti csomagolás 50 és 100 tablettával**  
**A MABI, a MÁV. B. B. I. és a Postatakarékp. B. B. I. terhére szabadon rendelhető**

## LAPSZEMLE

**Münchener Medizinische Wochenschrift. 26. sz. Liebau G.:** Megfigyelések shock és collapsus állapotokban. **König F.:** Baleseti orvostan és birodalmi balesetbiztosítás. **Schröder H.:** Elérte-e már a német népélelmezés a physiologiai cukorszükséglet mértékét? **Moncorps C.:** A bőr kiterjedt idegentest szóródásainak eltávolítása kombinált fűró-maró eljárással. **Vilde J.:** Myasthenia gravis pseudoparalytica kezelése a thymus röntgen-be sugárzásával. **Müller-Meernach O.:** Thiersch lebenyek készítésének megkönnyítése. **27. sz. K. Henkel:** A gastroszkópia a gyomordiagnosztika kibővítésére a hadiorvostanban. **H. Czickeli:** A lépfene gyógyítása magas serumadagokkal. **A. Beckmann:** Tüdő tuberculosis és a munkateljesítőképesség. **M. Demmler:** A vízkórság gyógyítása. **H. Böttner és B. Schlegel:** A diphtheria-bacillus hordozók és üritők újabb kezelése.

**Wiener Klinische Wochenschrift. 26. sz. Satke V.:** A bécsi Allgemeine Krankenhaus, mint a dermatologia bölcsője. **Hofstätter R.:** A női gonorrhoea kezelése sulfonamidokkal. **Merten A.:** A nyelv elváltozásai menstruatio alatt. **Lauda T.:** Recidiváló appendicitis szerepe a gyomorpanaszok genesisében. (Válasz Högler F. közleményére.) **Högler F.:** Zárszó a fenti közleményhez.

**Schweizer Medizinische Wochenschrift. 26. sz. Madssen Th.:** Vizsgálatok a gümőkór járványtanához Dániában. **Löffler W.:** A gümőkóros késői primärfertőzés és ennek fejlődési tendenciája. **Uhlinger E.:** Gümőkóros késői primärfertőzés és ennek korai evolutiója. **Leitner St. J.:** A késői gümőkóros primärfertőzés és fejlődése. **Wernli-König A.:** Súlyos tbc. és családi fertőzés. **Stephani J.:** Adat a tüdőgümőkór kórjósághoz. **Burckhardt L.:** Sulfanilamidek által okozott hőmérséksüllyedés, mint differentiaidiagnostikus jel főleg tuberculosisal szemben. **Bachmann E.:** Téves körisme tuberculosis és egyéb bajok esetében. **Bachmann E.:** A gümőkór bejelentése, különös tekintettel a megbetegedett katonákra. **27. sz. M. S. Meier:** Elektrokardio. graphiás vizsgálatok, gázalareccal végzett testi megérőltetések után. **F. Cevay:** Tuberculosis fertőzés és táplálkozási viszonyok.

**Erjedésses 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.

## VEGYES HIREK

**Személyi hírek.** A Kormányzó Úr *Kanócz Dénes* dr. a budapesti Tudományegyetem magántanárának az *egyetemi rendkívüli tanári* címet adományozta. — A válás- és közoktatásügyi miniszter a budapesti kir. m. Pázmány Péter Tudományegyetemen orvostudományi karán dr. *Bakács György* MÁV kórházi igazgató főorvosnak »A belső elválasztások tanának sebészeti vonatkozásai« című tárgykörből egyetemi magántanárrá történt képesítését jóváhagyólag tudomásul vette és őt ebben a minőségben megerősítette.

**Szabadságon vannak:** *Milkó Vilmos* dr. július 6-tól augusztus 2-ig. *Rejtő Sándor* dr. július 16-tól augusztus 16-ig.

**A hősi halott orvosok szobrának fényképe és kicsinyített másolata** fog a közeljövőben elkészülni. A kép nagysága 24×36 cm, ára bekeretezve 8 pengő. Az emlékműnek 45×22×38 nagyságú kicsinyített mása úgynevezett terrakotta anyagból készült, melynek ára körülbelül 150 pengő. Mindazok, akik akár a fényképre, akár a terrakotta szoborra igényt tartanak, igényüket a Magyar Országos Orvos-Szövetséggel sürgősen közölnék.

**Kiadóhivatalunk július és augusztus hó folyamán hétfőn és szombaton zárva van.**

**A frontátvonulások áttekintése 1942 március második feléről.** A március 16–31-ike közötti időszakban gyenge és mérsékelt erősségű frontok elég nagy számban érkeztek, kivéve a 22-én déltől 24-én délig terjedő teljesen frontmentes időszakot. Erős frontátvonulás Budapesten csak egy alkalommal játszódtott le: márc. 30-án este 21 órakor érkezett felsiklási fronté, amelyet az előrehaladott évszak ellenére is nagyarányú (egész délután és este, összesen 9 órán át tartó) praefrontalis havazás előzött meg. A szóbanforgó 16 napos időszak folyamán 21 betörési front érkezett (ebből 9 gyenge, 12 mérsékelt fejlettségű) és 8 felsiklási front (közülük 3 gyenge, 4 mérsékelt, 1 erős fejlettségű).

A Budapest frontátvonulások részletes történetéből kiemelendők a következő lényegesebb mozzanatok: Az időszak két gyenge betörési front fellépésével kezdődik meg, majd 17–18-án három felsiklási front halmozódik. Ezután a gyengén és közepesen fejlett betörési frontok hosszú sorozatát csak 25-én és 27-én szakítja meg egy-egy felsiklási front majd március utolsó két napján a felsiklási frontok ismét előtérbe nyomulnak.

*Aujesky dr.*

**FELELOS KIADO: VAMOSSY ZOLTAN.**

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

# EPHERIT-CHINOIN

VASOTONICUM, ANTI-ASTHMATICUM

Tabletta

Ampulla

Pulvis pro receptura

# SYMPATOL

## A SZIV ÉS VÉRKERINGÉS GYÓGYSZERE

Indikációk:

**Az erek hypotóniával párosult tónuscsökkenése:**

Rekonvalescentia – Hypotónia – Terhesség – Öregkori panaszok

**Altalános keringési gyengeség:**

Grippe – Diphthéria – Tuberculosis – Typhus – Pneumonia

**Súlyos kollapsus:**

Műtétek – Szülések – Vérvesztés – Shok

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



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

Fájdalmaknál

# Quadronal

**megbízható — hatásos — jól tűrhető**

**Naponta háromszor 1–2 tablettá**

**phiolák 10 és 20 tablettá tartalommal**

Adatokkal készséggel szolgál:

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE I. W.

KÁLMÁN LEHEL GYÓGYSZERVEGYÉSZETI VÁLLALAT BUDAPEST 62



# VITAPLEX „B”-CHINOIN

(VITAPLEX „B<sub>1</sub>”-CHINOIN)

HAZAI GYÁRTÁSÚ, KRISTÁLYOS B<sub>1</sub>-VITAMIN KÉSZITMÉNY

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

TABLETTA : 20×1 mg, 20×3 mg

## FŐBB JAVALLATAI:

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

