

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR FŐSZERKESZTŐ ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR SZERKESZTŐ.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

- Okolicsányi-Kuthy Dezső:** A művi légmell kérdéséhez tüdővészben. 53. oldal.
Kausz János: Közlemény a budapesti Új Szent János-kórház tüdőbeteg-osztályáról. (Vezető-főorvos: Okolicsányi-Kuthy Dezső dr., egy. m.-tanár.) Exsudatív pleuritis közbejöttével megjavult tüdővész esete. 53. oldal.
Willner Miksa: Közlemény a budapesti Új Szent János-kórház tüdőbeteg-osztályáról. (Vezető-főorvos: Okolicsányi-Kuthy Dezső dr., egy. m.-tanár.) Adat a spontan légmell klinikai diagnosztikájához. 54. oldal.
Fülöp Albert: Közlemény a Bakács-féle szülészeti és nőgyógyászati osztályról. (Vezető-orvos: Frigyesi József dr., egyetemi magántanár.) Újszülöttek influenzás megbetegedése diapylentaris fertőzés útján. 55. oldal.

Budapesti Királyi Orvosegyesület. (XXVI. rendes tudományos ülés 1921 december 10.-én.) 55. oldal.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. W. G Jennerich: Die Syphilis des Zentralnervensystems. — *Új könyvek.* — Lapszemle. Belorvostan. Strasburger: A polycythaemia gyógyításáról. — *Ideg- és elmekörtan.* E. Boudreau: A neurosyphilis kezeléséről. — *Hoefe:* A salvarsankezelés hatásosabbá tételéről. — *Biberstein:* Mammakrisis tabesnél. — *Szülészeti és nőorvostan.* Töpler: Méhenkülső terhesség. — *Gyermekorvostan.* Nobl: A pleuritis prognózisáról a gyermekkorban. — *K. Ochsenius:* A tejhígítás kérdése a csecsemőkorbán. — *Szemészet.* Delord: A gyengélátó kancsal szemek javításáról. — *Ginsberg:* A hörgőkötél kiindult ráknak áttételéről a látóidegben. — *Van Lint:* A blepharospasmusról. — *Börkörtan.* W. Wolfenstein: A partialantigenek (Deycke-Much) alkalmazásáról börtuberculosis eseteiben. — *Venerás betegségek.* G. Stimpke: Ulcus molle-vaccináról. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* 58–60. oldal.

Vegyes hírek. 60. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A művi légmell kérdéséhez tüdővészben.

Irta: *Okolicsányi-Kuthy Dezső* dr., egyetemi magántanár, az Új Szent János-kórház tüdőbeteg-osztályának főorvosa.

A legutóbbi tíz év irodalmi tanulságai és több mint száz saját esetünk tapasztalása alapján kétségtelen tényként áll előtünk, hogy a tüdővész kezelése mesterséges légmellel (nevezhetők röviden gázkezelésnek is) komoly haladása a phthisio-therapiának.

Kétségtelen, hogy gáz-(N-)insufflációkkal kifejlődött phthisis-esetekben, melyekkel szemben addig tehetetlenül álltunk, esetenként nemcsak gyorsan előálló kedvező hatás (hőses, köhögés és köpetmennyiség csökkenése, étvágy és alvás javulása stb.) érhető el, hanem tartós eredmény, sőt ha minden simán megyen, egy-egy különben már elveszett beteg munkabírásának helyreállása is bekövetkezhetik.

A curatív eredmény főleg két tényezőn fordul meg. Az egyik az *esetnek*, a másik a *kivitelnek* megfelelő volta.

Tartós eredmény elérhetése szempontjából *megfelelőnek* mondhatjuk az *eset* gázkezelésre, ha a következő három feltétel megvan:

a) A bántalom lehető *unilateralitása*. Mindenesetre kiterjedtebb elváltozások hiánya a másik oldalon, mert különben tapasztalásaink szerint, nevezetesen nagyobb gázquantummal dolgozó insufflációk után, a contralateralis tüdőfélben többé-kevésbé heves gőcreactiók támadhatnak.

b) Az eset bizonyos fokú *chronicitása*. Lassúbb decursus eláruló anamnesis, fibrosisa valló jelenségek, a hol az előzmények s a fizikai és Röntgen-vizsgálat alapján jogunk van feltenni, hogy a pulmonalis folyamatban a jobbtermészetű productiv lob is szerephez jut a pathológiában rosszabb természetűnek ismert exsudatív lobbal szemben.

c) Az egyénnek *még elég jó erőbeli állapota*. Ultimum refugiumnak hagyva a gáz-kezelést, ha van is közvetlen javulás, ez többnyire csak múlt: „symptomatikus pneumothorax”. Nem szabad tehát ebben a therapiai módszerben sem bevárni a szervezet teljes leromlását, minden sejtje átmérgeződését, toxikus degenerációk fejlődését, hanem addig kell a művi légmell útján a detoxinózó folyamatot megindítanunk, a míg a szervezet még restitutióképes. Ezt a képességet a cachexiás állapot már igen gyakran kizárja.

A *kivitel* akkor *megfelelő*, ha a művi légmell létesítése *kiméletes, successiv*, a természetes légmellnek, a tüdővész e méltán súlyos complicatiójának gyors keletkezési módjától minél inkább eltérő.

Egyszerre nem nagy gázquantum insufflációja (újabbán mi 100–400 cm³ közti mennyiségekkel dolgozunk) és még így sem túlgyakori befúvás biztosít leginkább az irányban, hogy az *Ascoli* tanár által hangsúlyozott *nyomású optimot* túl ne lépjük s ezzel egyrészt a másik tüdő tolerantiáját biztosítsuk, másrészt a számos szerző észlelete sze-

rint oly gyakori complicatiót, az exsudatív pleuritist (mely pneumothoraxhoz társulva sokszor ártalmatlan, néha még használ is, de esetenként leronthatja az eredményt) lehetőleg elkerüljük, praxisunk alapján mondhatnám, ritkává tegyük.

Az irodalom áttekintése és tapasztalásaink után, mely utóbbiak radiologiai részének gyűjtésében *Dax* kollégának, az Új Szent János-kórház Röntgen-laboratoriuma vezetőjének, őszinte köszönettel tartozunk, az a benyomásunk, hogy ma még sokszor történik úgynevezett „túltöltés”, a mi pedig (az azt nem ritkán követő autotuberculin-intoxicatio miatt is) mindenképp kerülendő. De kerülhető is, mert sem a bevitt nitrogen nem resorbeálódik tapasztalásunk szerint oly gyorsan, mint többen hiszik, sem a szóban forgó kezelést nem lehet szerintünk pusztán intrathoracalis mechanotherapiának tekinteni, mely a beteg tüdőfél minél teljesebb compressiójától vár mindent.

Hogy másoknak is megvan az a tapasztalat adta benyomásuk, hogy nem mindent fejt meg a művi légmell hatásának magyarázatában a kizárólag mechanikai értelmezés, mutatja, hogy éppen a tüdővész gázkezelésének hazájában, a hol a gondolatát először valósították meg (*Forlanini*, 1882) s a honnan hatásmódjának jelzett értelmezése is kiindult, esett sok szó erről az 1914-ben Genovában megtartott olasz belorvosi congressuson. Itt *Maragliano* és a kérdés referense, *Breccia* is honorálták *Cantani* és *Arena* álláspontját, mely szerint a pleuraüregbe bevitt gáz erőművi szerepétől eltekintve sem hatástalan, a mellhártyát izgatja s *pleurogen fibrosis* megindítójává válik, melynek folyamata a visceralis pleuráról a tüdő parenchymájára terjed át (*Arena*). Álláspontunkat igazolja többek közt *R. Graziadei* dolgozata is (*Riv. crit. di clinica medica*, 1916. Ref. Zentralblatt für Tuberk.-Forschung, XIII. Sonderheft, 316. old.).

Mennyiben biztosítja a megfelelő technika egyébként is a therapiás légmell kiméletes létesítését, erről már a Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesületének Budapest 1914 április havában tartott II. nagygyűlésén szólottunk.*

Közlemény a budapesti Új Szent János-kórház tüdőbeteg-osztályáról. (Vezető főorvos: Okolicsányi-Kuthy Dezső dr., egy. m.-tanár.)

Exsudatív pleuritis közbejöttével megjavult tüdővész esete.¹

Irta: *Kausz János* dr., alorvos.

Kuthy—Wolff-Eisner terjedelmes monographiájában, mely a tüdőgümőkór összes kérdéseit a prognostika látószögéből tárgyalja végig,² a 315. lapon a következőket olvassuk:

„A pleura-exsudatumok nem ritkán észlelhető kedvező

* Die Prognosestellung bei der Lungentuberkulose. Urban und Schwarzenberg, 1914.

¹ Bemutató a Közkórházi Orvostársulat 1921 márczius 30.-i ülésén.

² A therapeutikus légmell helyes technikájának alapelvei, Orvosi Hetilap, 1915 (és Zentralblatt für Tuberk.-Forschung, VIII. Sonderheft, 64. oldal).

hatásának többféle oka lehet. *Tendeloo* és *L. Spengler* az okot a tüdő nyugalombahelyezésében látja. *Gaillard* észlelt egy esetet, melyben az izzadmány által nem komprimált tüdőn kölesgümőkór fejlődött, melytől az izzadmány oldalán levő tüdőfél mentes maradt. További kedvező momentum lehet az exsudatum-fejlődés folytán retrahált tüdő venositása, vérének nagyobb szénsavbősége, a minek előnyére főleg tuberculosis eseteiben *Bier* utalt rá. Való az, hogy *Osler*, *Loomis*, *Weismayr*, *Bäumler* és mások a pleuritis exsudativában a tüdőgümőkórnak relative kedvező complicatióját hajlandók látni, mely nem egyszer meglassítja, sőt egyébként is kedvezően befolyásolja a bántalom lefolyását olykor még előrehaladott súlyos tüdővérsznél is (*Bandelier-Roepke*, *Kuthy*). Mindenesetre nem közömbös a betegre, mint arra *Königer* is ráutalt, ha a tuberculosis exsudatumot rövidesen lecsapoljuk. Egyrészt antitesteket vonunk el így a szervezettől, másrészt a tüdő hirtelen tágulása adhaesiós szalagok eltépődésével járhat. *Litten* egy kiadós punctio után miliaris tuberculosis kifejlődését észlelte.

„*Konzelmann*³ 26 olyan esetet írt le, melyben az izzadmány-fejlődésnek oly kedvező hatását tapasztalta a gümőkórra, hogy a köpetből való bacillus-eltűnés százaléka (40%) a többi betegekét (25%) jelentékenyen felülmulta s 16 esetben munkabíróvá lett az egyén, miből 14 esetben a munkaképesség teljesnek volt mondható.”

Jóllehet a monographia szerzői *Konzelmann* adataira megjegyzik, hogy azok a kérdést túloptimista színben állítják elének, tagadhatatlan, hogy vannak esetek, melyekben az exsudativ pleuritis közbejövetele kedvezően befolyásolja a tüdőbeli gümős folyamatot, s minthogy az izzadmány-fejlődés hasonlóképpen változtatja meg az intrathoracalis nyomásviszonyokat, mint a többé-kevésbé nagy művi pneumothorax, a jelzett esetek csak megerősíthetik a mesterséges légmellkezelés híveit abban a meggyőződésükben, hogy helyes úton járnak, midőn a súlyos beteg tüdő oldalán befújtatott gázzal az ott uralkodó jelentékeny negatív nyomást s az illető tüdőfél aktivitását leszállítják s a tüdő retractiójára alkalmat nyújtanak.

A mi idevágó esetünk rövid vonásokban a következő:

L. L., 16 éves leány, felvételt osztaályunkra 1920 január 6.-án. 1918 októbere óta köhög, újabban lázas, éjjel izzad. Soványodott. Súly felvételt 40 kgr. Hőmérséke 38°. Köpet +. A gyöngye testalkatú, lesoványodott nőbeteg jobb tüdején kiterjedt chronikus bronchopneumonia jelenségei, baloldalt csak a hilus-tájon némi tompultság. A szokásos belorvosi kezelés mellett javulás nincs. 1920 április 5.-én erős haemoptoe, mely után az állapot még rosszabbodik. A hőmérséki maximumok június és július havában 38 és 39° közt és azon felül vannak, a gyöngység fokozódik, a testsúly augusztus közepéig 33 kgr.-ra (— 7 kgr.) süllyed alá.

Minthogy a bal tüdőn még mindig nem volt sem physikailag, sem Röntgen-vizsgálattal progressio kimutatható, főorvosunk felajánlotta a betegnek, hogy művi légmellet létesít. A beteg azonban az ajánlatot a „müütét”-től való félelmében nem fogadta el.

Kevéssel utóbb, 1920 szeptemberében exsudativ pleuritis tünetei jelentkeznek a súlyosan beteg jobb oldalon. Az izzadmány csakhamar a scapula szögletéig emelkedett.

Az exsudatum kifejlődését követőleg az egyén állapotában jelentős változás, mind feltűnőbb javulás indul meg. Láza fokozatosan enged. 1920 decemberében már afebrilis napjai is vannak, ebben az egész hónapban az időközben fentjáromá lett betegnek hőmérséki maximuma 37.4°. A jobb tüdőn előbb tömegesen jelen volt csengő jellegű subcrepitiók jelentékenyen megkevesbedtek. Az utolsó testsúly, a melyet a leányka távozása előtt (1921 jan. 1) mértünk, 49.5 kgr. volt (a nálunk észlelt minimumhoz képest + 16.5 kgr.).

Az exsudativ pleuritis gázkezelését, melylyel a phthisis tüdő collapsusát kellően fenntarthatjuk volna, a betegnek jelzett aversiója miatt természetesen szintén nem alkalmazhattuk.

* * *

E kis dolgozat megírása után kapott főorvosunk egy érdekes levélbeli közlést *Mezey Kornél* dr. pápai főorvosától. Egy 18 éves nőbetegünkön a pneumothorax-kezelés nem bírta a lázakat megszüntetni, mire édesanyja hazavitte Pápara. Onnan érkezett május 10.-i kelettel a hír, hogy egy a betegben fejlődött „exsudativ pleuritis intercurrentiája után frappans változás állott be, a bántalom egyelőre inactiv stadiumba került”.

³ Brauer's Beitr. z. Klin. der Tuberk., 1908, X. 4.

Közlemény a budapesti Új Szent János-kórház tüdőbeteg-osztályáról. (Vezető főorvos: Okolicsányi-Kuthy Dezső dr., egy. m.-tanár.)

Adat a spontan légmell klinikai diagnostikájához.*

Írta: *Willner Miksa* dr., segédorvos.

A tüdőgümőkór complicatiója gyanánt jelentkező pneumothorax naturalis nem ritka körkép. A cavernás stadiumban a felületesen fekvő cavernák rupturája okozza a legtöbb esetben.

Ha csekély kiterjedésű, nem jár a spontan pneumothorax kifejezett subjectiv és physicalis tüneteivel, úgy hogy ilyenkor könnyen elkerüli figyelmünket s csak a Röntgen-vizsgálat deríti fel. Mint kis világos mezőt alkotó léghólyag tűnhetik elő például a caverna szomszédságában. Az ilyen partialis spontan légmell, mely a kóros terület körül mintegy levegőplombot alkot, kedvező esetben a partialis művi légmellet utánozva még hasznát is hozhat. Az adhaesiók, melyek miatt ilyen esetekben a légmell körülírt maradt, hasonló szereppel bírnak, mint bélperforatio esetén az odanövény cseplés, mely nem egy ízben volt életmentő. Osztályunkon nemrég is feküdt egy körülírt naturalis pneumothorax-szal bíró beteg, kin csak a Röntgen-vizsgálat tudta felderíteni a körképet s a beteg a complicatiót minden nagyobb közérzetváltozás nélkül tűrte el, sőt állapota azóta javult. Ha lassan és kiméltően fejlődik, még nagyobb kiterjedésű légmell is kevés subjectiv tünettel járhat (*L. Hamman* 1916) és jóindulatúan folytathat le.

Sokszor, mint ismeretes, a spontan pneumothorax már keletkezésekor igen feltűnő tünetekkel jár és súlyos, sőt delectaer hatású complicatióként köszönt be. Egy ily nemrég észlelt totalis pneumothorax naturalis-esetünkben a légmell *körboncz-tani alakjának biztos kimutatására in vivo* használtuk fel a művi légmell létesítésére szolgáló *Forlanini-Saugman*-készüléket.

Az eset a következő:

P. M., 21 éves nőbeteg, márczius 1.-én került felvételre mindkétoldali infiltrattal, mely baloldalt volt nagyobb kiterjedésű. Jobboldalt nagyhólyagú szörtyözörek, a bal oldalon caverna-tünetek amphoras légzéssel. Másfél nappal a felvétel után hirtelen dyspnoé és fokozott fejlődő cyanosis. Pulsus filiformis. Kopogtatáskor a szívtompulat helyén dobozhang. A szív dextroponált; ictus cordis csak a sternum jobb oldalán palpálható. Hátul a bal felső lebenynek megfelelően is dobozhang nyerhető. A légzés a bal oldalon gyengült, a pectoralfremitus csökkent. Klinikai diagnózis: Baloldali spontan légmell.

Minthogy újabban a pneumothorax naturalis kezelése gázinsufflatióval inauguráltatott (*Morelli* [Pavia] 1911, *Carpi*, *Kuthy* 1914, *Pisani* 1916) a célból, hogy ha szelepes a pneumothorax, a ventil a visceralis pleura sebéhez odanyomassék, odagyógyulhasson s a tüdőfistula elzáródván, a nyílt pneumothorax zárttá váljon és utóbb megszüntethető legyen: bár szóbanforgó esetünkben a másik tüdő állapota jelentős eredményt eleve nem ígért, haladéktalanul kifőztük a Saugman-kantült és a bal IV. bordaközben a linea axillaris anterior és mamillaris közt beszűrtünk, hogy a légmellnek klinikailag *Strümpell* szerint sem mindig megállapítható természetét tanulmányozzuk s ha lehet, a beteg helyzetén javítsunk.

A manometer ± 0 , azaz egyformán nagy, de általában mérsékelt intenzitású negatív és pozitív kilengést mutatott. Már ez jelezte, hogy nyílt pneumothorax-szal van dolgunk. Csak még fokozta ezen megállapítás biztosságát, a mikor ezután a Forlanini-Saugman-készülékkel 600 cm³ levegőt szívtunk ki a mellkasból, a mi a legnagyobb könnyedséggel ment a nélkül, hogy a pleuraürben a legcsekélyebb negatív nyomás is fejlődött volna. Erre, hogy meggyőződjünk arról, hogy ventilként szolgálható lebeny a visceralis pleurán egyáltalán nincs és megkísértsük teljesen nyílt pneumothorax fennforgása esetén a tüdőfistula compressiv elzárását, 1800 cm³ nitrogent fűjtünk be gyors tempóban a bal mellkasfélbe. Erre a hirtelen, nagy nyomással bevitt jelentékeny gázmennyiségre nem mutatkozott a legkisebb pozitív nyomás sem. Így egészen nyilvánvalóvá lett, hogy az eset compressióval sem zárható, merőben nyílt pneumothorax naturalis.

* Előadatott a Közkórházi Orvostársulat 1921 márczius 30.-i ülésén.

E klinikai diagnosztis teljes mértékben igazolta a bonczolás: Férfiöklönyi, elég rigid falú caverna a bal felső lebenyben, mely több kis borsónyi nyíláson át közlekedett a pleuraüreggel. A bal tüdőben egyébként disseminált góczok, a jobb tüdőben hasonlóképpen. A coecumban néhány tuberculosus fekély.

Betegünknek a fentiek szerint, sajnos, átmenetileg sem hozhattunk enyhülést, a mi módunkban lett volna gázkiszívás által, ha a légmell zárt, és a pulmonalis levegőkiáramlás megismétlődését gázbevitellel gátolva, ha a légmell szelepes, vagy a nyílás a pleuraüreg felé olyan természetű, hogy a vehemens nitrogen-insufflatio positiv nyomást teremthetett volna. Esetünkben beavatkozásunknak csak diagnostikai értéke lehetett.

Közlemény a Bakács-téri szülészeti és nőgyógyászati osztályról.
(Vezető főorvos: Frigyesi József dr., egyetemi magántanár.)

Újszülöttek influenzás megbetegedése diaplacentaris fertőzés útján.

Írta: Fülöp Albert dr.

Az 1918. évi influenza-járványról és e betegségnek a terhességhez, szüléshez és gyermekágyhoz való viszonyáról sok érdekes és tanulságos közlemény számolt be. Az egész kérdésnek csak az a része részesült aránylag a legkevesebb méltatásban, a mely az újszülöttek és csecsemők megbetegedéséről szól. A magzatok méhenbelüli fertőzésének lehetőségét és következményeit pedig alig említi egy-két közlemény.

Ismeretes, hogy nemcsak bacterium-toxinok mehetnek át az anyavérből a foetusba, hanem fertőzést okozó csírák is. Hartmann és Hellendall állatkísérletekben fertőző csírák bőr alá fecskendezésével a petét is fertőzni tudták. Ember placentájában is találtak bacteriumokat, úgyszintén a foetalis vérben és a foetalis szervekben az anya fertőzöttsége esetén. Sőt Schmorl még lépfene-bacillust is talált, mely tudvalevően a nagyobb mikroorganizmusok közé tartozik. Az anya olyan betegségében pedig, melyeknek virusa még nincsen felfedezve, mint a milyen a scarlatina, morbilli, hasonló betegséggel terhelt újszülötteket észleltek.

A fertőzés megtörténhetik vagy aképpen, hogy a bacteriumok az anya vérből a magzat vérebe az ép chorionhámra mennek át, mint a luesben és a tuberculosisban; valószínűbb azonban, hogy a toxinok és bacteriumok hatására a chorion-hám rongálódik és az így támadt defectuson jutnak keresztül a fertőzést okozó csírák.

A diaplacentaris fertőzés lehetőségét a spanyol betegségben is valószínűvé teszi több szerző tapasztalata. Így Townsen 1891-ben leírt egy veleszületetten influenzás magzatot; az anya a szülés előtt 8 nappal betegedett meg, a betegsége 3 napig tartott. Szülés után egy nappal a magzat hőmérséke 40° C., a pulsus 200, a légzése 100. A betegség 3 napig tartott.

Bernhard-Fischer congenitalis vitiumban szenvedő 6 hetes magzatot ír le; felveszi, hogy intrauterin influenza alapján fejlődött az endocarditis. Az anya t. i. a szülés előtt 5 héttel influenzán ment keresztül.

Esch esetében az anya 2 nappal a szülés előtt influenzás bronchopneumonián ment át, a szülést a magzat asphyxiája és az anya rossz állapota miatt fogóval kellett befejezni. Az újszülött csak 8¼ óráig maradt életben. A bonczolás eredménye a következő volt: mindkét pleurán fibrinosus lepedék és mindkét tüdőben bronchopneumoniás góczok. A mikroszkopos és bacteriologiai vizsgálat apró diplococcusokat mutatott ki.

Ujabb Martin három olyan esetet közölt, melyben az anya tonsillájából és a magzataból, meg a peterészekből kitenyésztett fertőző csírák azonosak voltak. Mindhárom esetben az anya influenzás állapotban szült. Az első esetben a negyedik napon meghalt gyermek lépéből és az anya tonsillájából vett tenyészetek haemolysises streptococust adtak; a másodikban a halott magzat lépe és az anya tonsillája staphylococcus albus mutatott; a harmadik esetben az újszülött köldökzsinór-vére, az anya tonsillája és a placenta egy abscessusa azonos staphylococcus albus tenyészetét adta.

Hasonló eseteket észleltünk mi is.

I. V. J. Fejlapszám 234/1920. 25 éves. I.-P. Rendes medenczéméret, rövid vajudás után kettőzött lábfejképes szülés. Halott, kora fiúmagzat születik, hossza 49 cm., fejkerülete 33 cm., súlya 2500 gr. A bonczolás eredménye: bronchopneumonia catarrhalis diffusa bilateralis.

II. H. J. Fejlapszám 454/1920. 30 éves. III.-P. Szülés előtt 2 héttel a család 2 tagja influenzán ment keresztül. Az anya bejövetelekor náthás és torokfájásban szenved. Normalis spontán szülés. Magzát méretek: hossz 54 cm., fejkerület 35 cm., súly 3200 gr. A magzat 24 óra múlva hirtelen meghalt. A bonczolás bronchopneumonia cat. bilat. diffusa képét tüntette fel.

A III. eset különösen érdekes azért, mert olyan elváltozást észleltünk, mely úgy látszik az influenzás fertőzés egyik specifikus kísérője. M. F. Fejlapszám 504/1920. 38 éves. I.-P. Egy évvel ezelőtt volt influenzája, bejövetelekor férje spanyol betegségben feküdt otthon. Elő, érett fiúmagzat született. A csecsemő 4 napig jól volt, a negyedik nap éjjelen hirtelen kollabált és csakhamar meghalt. A bonczolás a következőt állapította meg: A Glisson-tok alatt a májleányon körülbelül tenyérnyi 1 cm. vastag vérréteg van, a mely a máj és a Glisson-tok között foglal helyet. A Glisson-tokon jobboldalt a haematoma felett körülbelül 1½ cm.-es repedés található, mely repedésből kiindulólág a hasüregben sok vér volt található.

Hasonló esetről számol be Hausmann: az anya a terhesség VI. hónapjában influenzán esik át, a szülés rendes időben spontán folyik le és a magzat az 5. napon meghal. A bonczolás kétoldali mellékvese-vérzést állapít meg. Az irodalomban több ilyen eset van leírva, a melyekben a vérzést és az érelváltozást toxin-hatásnak tulajdonítják.

E bonczolásra került három eseten kívül abban az időben, a mikor a spanyol influenza uralkodott, számos oly újszülöttet láttunk, ki az első napon lázas volt; esetenként gyengébb vagy erősebb injectióját láttuk a torokképleteknek, de nem egyszer bronchopneumonia jelenlétét is fel kellett vennünk. (Osztályunkon az újszülöttek észlelését és kezelését Hainiss Elemér dr. tanársegéd végzi.) Minthogy ez esetekben is az anamnesis legtöbbször az anya kiállott spanyol betegsége mellett szólt, azt hiszem, hogy ezek legnagyobb részét a szerencsésen végződött diaplacentaris spanyol betegség-fertőzések közé szabad sorolnunk.

Ezek szerint az irodalom és a saját eseteink tanulsága a diaplacentaris fertőzést a spanyol betegségben is bizonyítani látszik; úgy a fertőzés módja, mint maga a betegség közelebbi ismerete a további kutatások eredménye lesz.

Budapesti Királyi Orvosegyesület.

(XXVI. rendes tudományos ülés 1921 december 10.-én.)

Elnök: Wenhardt János. Jegyző: Lehoczky-Semmelweis Kálmán.

Hozzászólások Schmidt Ferenc előadásához: „Újabb adatok a stenocardia kóroktanához, tünettanához és orvoslásához.”

Hasenfeld Artur: Az előadáson vörös fonalként húzódtott végig azon szoros kapcsolatnak a hangsúlyozása, a mely a stenocardia és a magas vérnyomás között fennáll. A hozzászóló hangsúlyozza, hogy causalis nexusról nem lehet szó, mert a magas vérnyomás az általános vérkeringési zavaroknak egyik tünete csupán, szükséges rossz. Igaz, hogy stenocardias roham alatt nem egyszer a vérnyomás további emelkedését találjuk, a mi azonban csak azt bizonyítja, hogy a szív nagy munkát végez, de mégsem elegendő nagyt és a szív erőködése hiába-
való; ezért kell a stenocardias rohamnak bekövetkeznie. E felvétel helyességét, hogy a magas vérnyomás nem közvetlen oka a stenocardias rohamnak, azok az esetek is bizonyítják, a melyekben a magas vérnyomással bíró beteg akkor kapja az első stenocardias rohamokat, a mikor a szív ereje alábbhagy és a vérnyomás alacsonyabb értékekre állítódik be. Ugyanezt bizonyítják azok a betegek is, a kik stenocardias rohamaikat éjjel kapják, a mikor pedig, mint jól tudjuk, a vérnyomás relative a legalacsonyabb. A magas vérnyomás a szervezetnek védekezése különben beálló súlyosabb keringési zavarokkal szemben, ezért nem helyes elhárítani a therapiát törekvés, a melynek egyetlen célja a magas vérnyomás csökkentése. Szerencse, hogy a szervezet hathatósan védekezik az úgynevezett vérnyomás-leszállító therapiák beavatkozásokkal szemben. A vérnyomás leszállítására alkalmazott gyógyszereknek és eljárásoknak kedvező hatását más módokon kell és lehet is megmagyarázni. A hozzászóló nem ismer orvosságot vagy eljárást, a melylyel a hypertensiót lényegesebben befolyásolni tudnók. De feltéve, hogy ilyenképpen ható gyógyszer vagy eljárás a jövőben ismertté válnék, már eleve visszautasítja annak alkalmazását, mert meggyőződése, hogy a vérkeringési viszonyoknak ilyen erőszakos megváltoztatásával csak bajt okoznánk.

A therapia szempontjából fontosnak tartja, hogy az angina pectoris-eseteket aetiologiai szempontok szerint csoportosítsuk. Hangsúlyozza, hogy az aortabajban szenvedők között a lueses aetiologiával bírók szinte hihetetlen számmal vannak képviselve. Az esetek legalább 60%-ában ki tudta mutatni a lueses eredetet. A salvarsan-*aera* első

idejében a lueses eredésű érbajokat salvarsannal alig mérték kezelni. Újabbban azonban az orvosok mindinkább megbarátkoznak a gyógy-móddal. A hozzászóló terápiái tapasztalatai e téren a lehető legkedvezőbbek; ezért a neosalvarsant lueses érbajban souverain szernek minősíti. Szerinte orvosi műhiba, ha, egyes kivételes eseteket nem számítva (vesecomplicatiók, súlyos keringés-zavarok), nem alkalmazzuk. A hozzászóló szerint a lueses eredetű angina pectoris-rohamok legbiztosabb prophylacticuma a mesaortitisek igen korai felismerése és azoknak neosalvarsannal való kezelése. A neosalvarsant kis adagokban (0.15–0.30) nyújtja és befejezettnak a kúrát akkor tartja, ha a beteg 2–3 gr. neosalvarsant kapott. Az ilyen kúrákat félévi időközökben 2–3 éven át meg kell ismételti. A hozzászóló néhány hónap óta osztályán a jódot intravenásan adja. Igen gyakran ez eljárással is sikerült a lueses eredésű stenocardias rohamok jelentkezését megakadályozni.

Keller Kálmán: Véleménye szerint a szív koszorú-ereinek érszűkítő idegei a sympathicus-fonataiban futnak. Ez a vizsgálok egy részének véleményével megegyezik, a mennyiben a physiologusok a beidegzés kérdésében két táborra osztottak; az egyik szerint az érszűkítő futnak a sympathicusban és az értágítók a vagusban, a másik homlokegyenes ellenkező nézetet van. E vizsgálatok állatokra vonatkoznak; a hozzászólónak emberen sikerült megállapításokat tennie. Azt tapasztalta ugyanis, hogy ha nikotinos stenocardia olyan eseteiben, a melyek egyidejűleg bradycardiával is jártak, azonnal abstinentiát rendelt el, a stenocardia napok alatt megjavult, sőt meggyógyult, feltéve természetesen, hogy izgalomból származó egyszerű érszűkítő sorozatából állott, a kísérő bradycardia ellenben, tehát a vaguszizgalom változatlanul továbbra is megmaradt. Ha tehát az érszűkítő a vagusban futnak, akkor a stenocardias érgörcsrel együtt a bradycardiának is javulnia kellett volna. Ezért kell a sympathicus-fonatok az érszűkítőket tartalmaznia. Ez ellen szólna az az ismert pharmacologiai tapasztalat, a mely szerint a szív erei adrenalintól nemhogy megsűkülnek, mint ez a test többi ereivel történik, hanem ellenkezőleg, kitágulnak. Ha az adrenalin a szív ereit látja, és pedig sympathicus-izgalom révén, akkor a nikotin is, mely kis adagban, tehát a dohányzási dosisban is izgat, kitágítja a koszorú-ereket, vagyis stenocardia-ellenesen működnek. Ez az ellentétes tapasztalat már a múlt évben gondot okozott a hozzászólónak, a mennyiben nem tudta a klinikai tünetekkel összeegyeztetni. A mint látszik, az előadó hasonló analógiát figyelt meg az adrenalinra nézve és a klinikai kép meg a pharmacodynamikai tapasztalat közt fennálló ellentétet úgy igyekszik megoldani, hogy kétségbe vonja az adrenalin szívértágító hatását. Lehetséges, hogy igaza van, a további physiologiai kísérletek ezt a csomót is ki fogják majd bogozni. Hozzászóló azonban egyszerűbbnek és helyesebbnek tartja, ha ragaszkodunk a már megállapított kísérleti eredményekhez és a szív kétfős beidegzését nem tévesztjük szem elől. Fussanak az érszűkítő akár a vagusban, akár a sympathicusban, ezek megbetegedésének időbeli sorrendje fogja a tüneteket determinálni.

Hetényi István: A stenocardias betegek nagy részének vérnyomása emelkedett; a fájdalomrohamot még egy külön vérnyomásemelkedés előzi meg. A vérnyomásemelkedés pathogenesisében az újabb vizsgálatok szerint a belső secretió szervek fontos szerepet játszanak. A hatás nem centralisan, hanem a peripherias idegvégzőleletekre gyakorolva támad. A keringésbe jutó anyag minden valószínűség szerint az adrenalin, melyet azonban egyelőre klinikailag a vérben nem tudunk kimutatni, a biologiai eljárások pedig nem specifikusak. *Neubauer* és utána többen hangoztatták, hogy a hypertoniás betegek vércukra emelkedett. *Frank* kétségbevonja, hogy a hypertoniát és a hyperglykaemiát közös ok, a hyperadrenalinemia hozza létre, minthogy a közölt esetek egy része uraemiás, apoplexiás, cardialis insufficientiás állapotban volt, másrészt pedig a hypertonia és a hyperglykaemia foka nem haladt mindig párhuzamosan. *Fahr* legújabbban a hypertonia okát a pancreas csökkent működése folytán a chromaffin-rendszer túlsúlyra jutásában látja. Az I. sz. belkiinikán 28 hypertoniás beteget vizsgálva, kiken a *Frank* említette állapot nem állott fenn, kivétel nélkül hyperglykaemiát talált, melynek foka azonban nem állott mindig arányban a hypertoniával. Ezért több esetben ugyanazon betegen a hypertonia csökkenésével a vércukor értékét is követte és azt ezzel párhuzamosan csökkenteni látta. *Fahr* felvételére való tekintettel vizsgálta néhány normalis és hypertoniás esetben pancreaskivonat befecskendezés után a vérnyomás és a vércukor változását: az emelkedett vércukorérték egy óra múlva a rendesre esett és további három órán át ilyen is maradt, míg az emelkedett vérnyomás legfeljebb 25 vízcentiméterrel esett.

Tornai József: A mindennapi orvostudomány szempontjából alig van, a mi annyira érdekelhetne bennünket, mint éppen a stenocardia kérdése. Ez a nagyon fontos kérdés viszont ma is alig van tisztázva. Az irodalomban, a tankönyvekben tudvalevőleg az angina pectoris verál szembe van állítva a „spuria” vagy „nervosa”, holott maga az angina pectoris vera megjelölés is tulajdonképp tág kalap, a mi alatt sok minden van, néha talán kissé erőszakosan is összecsoportosítva. A míg az idevágó kérdések nem lesznek végérvényesen tisztázva, addig orvoslásunk is a stenocardiával szemben legfeljebb csak jóakarátú próbálkozás, tapogatózás marad. A kórokoknak lelkiismeretes, pontos kifürkészése minden adott esetben valóban egyik legfontosabb feladat volna. Mert habár ezen az alapon sem fogjuk betegünket meggyógyíthatni, kétségtelenül lesznek mégis olyan esetek, a melyekben ha sikerült a kórokozó ártalmakat távol tartani, mindenesetre legalább is jelentékeny, tartós javulást remélhetünk. Mert eddigelé e nagylelkűségű bajjal szemben bizony meglehetősen sablonosan jártunk el. Ha valamely adott esetre kimondjuk azt, hogy stenocardia, nyomban hozzáfűzzük gondolatban a súlyos coronaria-sclerosist a legsúlyosabb, legszomorúbb

prognosisal egyetemben és mindjárt készen is vagyunk az obligát, szegényes orvoslástervezettel, pedig a stenocardiának egyik-másik esetében a szomorú jóslásunkkal szemben mégis némelykor kellemesen csalódunk. Kifejezett esetekben is tapasztalhattunk néha határozott tartós javulást: olyan esetekben ugyanis, a melyekben a kórokozó és kőrfentartó (többnyire psychés) ártalmakat sikerült megszüntetni, illetőleg jelentékenyen mérsékelni és távol tartani. Az előadónak tapasztalatait tehát ebből a szempontból is nagyon értékesnek minősíti. Az előadó a legtöbb beteg a roham előtt, a roham alatt és a roham után is pontos vérnyomásmérést végzett. Mérési adatai nagyon figyelemreméltók, annál is inkább, mert nemcsak a maximalis, hanem a minimalis nyomás viselkedését is ellenőrizte. Idevágó adataiból egész bizonyossággal tudjuk meg azt, a mi eddig legfeljebb csak sejtettünk, hogy a vérnyomás a stenocardiaronham idején nem minden esetben emelkedik. Sőt vannak olyan esetek — bár kevés számmal —, a melyekben a roham idején következetesen csökken a nyomás. Jóllehet a vérnyomásmérés adataiból nem lehet és nem is szabad feltétlenül következtetni a coronariákban uralkodó nyomás fokára, mégis úgy véli a hozzászóló, hogy azokban az esetekben, a melyekben a vérnyomás a roham idején fokozott, a vérnyomást esetleg még magasabbra emelő, azokban pedig, a melyekben a roham tetőfokán a vérnyomás csökkent, a nyomást még inkább alászállító anyagokat adagolni nagy hiba volna. A stenocardia bonyolult kérdésének tisztázásához az előadónak hosszú éveken keresztül szorgalommal gyűjtött adatai mindenesetre hozzájárultak.

Sümegei József: Az érdekes előadás therapiás részét óhajtán néhány szóval kiegészíteni. Az arteriosclerosis gyógyításakor jódot csak a lueses alapon fejlődöttben adjunk; vigyázni kell a hyperthyreoidismusra, a leszállóadásra és a szapora pulsusra. Csak ha fejszédülés, nyomás, szemkáprázás van, adhatunk jódot. Mellkasi tüneteknél a diuretin, az euphyllin vagy a nitritek jöhetnek inkább szóba. Az angina pectorist az esetek több mint 90%-ában az emésztési szervek hiányos működése idézi elő, itt-ott szellemi túlerőltetés, alkohol, nicotin; utóbbiaktól a beteg inkább tartózkodik, mint az evéstől. A béltonia első tünete az arteriosclerosisnak, épp úgy a zsirok hiányos emésztése. A meteorismus meggyógyítására, a béltonia megszüntetésére legjobb eszköz a hasmassage. Az angina pectorisban szenvedő betegek százain tapasztalta a rohamok végleges visszafejlődését, ha sikerült a bél-működést megjavítani. Ez alkalommal ismételteln felhívni a klinikák figyelmét a belgyógyászati massage, különösen a hasmassage tanítására. Az ifjabb orvos-generatio e kitűnő gyógyeljárásról semmit sem tud, holott a külföldön mindenütt a legintenzívebben oktadják.

Réh Béla: A stenocardia orvoslásában jó eredmények érhetők el a diathermiás eljárással, a melynek hőhatása, helyi activ hyperaemizáló és fájdalomcsillapító hatása jut itt is érvényre. A szív izomrostjai a circulatori élnkülése folytán jobban láthatnak el tápanyagokkal és a bomlási termékek onnan gyorsabban kúszóbboltatnak ki, a minek következtében a tonusuk fokozódik. Ez eljárással nemcsak momentan eredményt érhetünk el, hanem az aetiologiai momentumnak megfelelő tartós hatást is.

Schmidt Ferenc: A fokozott vérnyomás nincs mindig az érelváltozásokhoz kötve, sokszor csak kísérő azokat. Ha érelváltozás van, mint például veseérmegbetegedéseknél, némelykor betegség-tünetek, mások a szervezet részéről védekezési törekvésnek tekintik és e szerint helyeslik a vérnyomás leszállítását, vagy, mint a legtöbbben, ellenzik azt. A tapasztalat azt mutatja, hogy az állandósult magas vérnyomást nem igen sikerül leszállítani és ha változik is fel- vagy lefelé, az eredeti magasságra vissza szokott térni. Éppen ezért nincs célja erőszakosan megkísérelni a már állandósult vérnyomás leszállítását. Ha a fokozott vérnyomás még nem állandósult, étrendi szabályokkal, folyadék-megszorítással, a helyes életmód megszabásával legjobban sikerül a vérnyomást arra a fokra vinnünk, a mely a beteg állandó mérsékelt fokú vérnyomásának felel meg. Tehát ilyen irányú vérnyomás-leszállítás javalt és megkíséreljük minden egyes vérnyomásemelkedésnél. Angina pectoris esetében ugyanezt az eljárást követhetjük már csak azért is, mert a vérnyomás fokozódásával bizonyos körülmények között az erek érzékenysége növekszik és így könnyebben támadhat roham. A pancreasról és hyperglykaemiáról mondtak egybeesnek azzal a gondolatmenettel, a mely az előadásban kifejezésre jutott.

Gyomorfekély műtete után keletkezett vékonybélfekély.

Móczár László: A 33 éves férfibetegnek 1918 óta vannak gyomorfekélyei, a melyek oka duodenalis fekély; e miatt 1920-ban pylorus-exclusiót végeztek rajta hátulsó gastro-enteroanastomosissal. A műtét után 6 hónappal újból mutatkoztak gyomorfekélyek, a melyek azonban egészen más természetűek voltak. Az 1921 július havában végzett Röntgen-vizsgálat jejunalis ulcus mutat; a hányadék bélsárszagú. Az ugyane hónapban végzett műtét alkalmával a hátulsó falon ülő nagy vékonybélfekélyt találtak, mely mélyen a mesenterium lemezei közé vezetett és közlekedett a colon transversummal. A colon falának kimetszése, haránt elzárása után a vékonybél és gyomor együttes resectiója; a duodenalis csomok és a gyomorcsomok beültetése a legfelső vékonybélkacsba. A beteg távozása után két héttel újra erős szűrő fájdalmak a bal bordaív alatt, haematemesis, lobos duzzanat a bal bordaív felett. A Röntgen-vizsgálat egy ide perforált újabb fekélyt

mutat. Harmadik műtét október hóban: a gyomor elülső falán ötkoronányi hiány, ennek alapján a lemeztelenített bordák. Subtotalis gyomorresectio, a gyomorcsomok bevarrása egy felhúzott vékonybélkacsba. Lassú gyógyulás után a beteg jól érzi magát. — 52 éves férfibeteg gyomorfekély miatt 1913-és 1915-ben végeztek műtétet. Jelenleg újra hány, fájdalmai vannak. Harmadik műtét két hét előtt. Almányi daganatos tömeg a hátulso gastroenterostoma mellett, melyhez a csomok odatapadt. A vékonybéllel együtt nagy kiterjedésű gyomorresectio. A gyomorcsomok beültetése. Zavartalan gyógyulás. Kifogástalan állapot.

Verebély Tibor: Kiemeli, hogy a műtét utáni jejunalis fekélyek keletkezése csak egy állomás abban a küzdelemben, melyet a sebészek a gyomorfekély ellen folytatnak s melynek minden egyes kérdése éppen napjainkban élénk vita tárgya. A belgyógyászok részéről támasztott a kívánság, hogy a bemutatottakhoz hasonló betegeknek lehetőleg sebészileg segítsünk, terelte a hozzászólót is azok táborába, a kik kéréses fekélyesedés, callosus fekély esetén a fekélyen kívül az egész acidogen antrumnak és a pylorusnak egyidejű kiirtását végzik, hogy ily módon a callosus fekély okozta végtelen szenvedéseket megelőzzék. Hogy e nagy műtétet aránylag leromlott betegek is mily jól tűrik, a bemutatott eset igazolja.

Keppich József: Annak kiderítésére, hogy minő befolyással van az *Eiselsberg* szerint kirekesztett pylorus a gyomor secretiók működésére, a zürichi sebészeti klinikán állatkísérleteket végzett, melyekről a „Zentralblatt für Chirurgie“ 1921. évi 4. számában számolt be. Valahányszor a pylorust *Eiselsberg* szerint kirekesztette, a vékonybélben peptikus ulcus keletkezett, ha pedig a pylorust eltávolította, akkor ilyen fekélyek keletkezését nem látta. Ezen peptikus vékonybélfekélyek akkor is keletkeztek, ha a gyomornedvet az alkális duodenalis váladéknak a gyomorfundusba való bevezetésével közömbösítette. A bemutatott esetben is a visszahagyott pylorust kell a vékonybélfekélyért felelőssé tenni, mely most a pylorus eltávolítása után annál kevésbé fog kiújulni, mert a gyomor elválasztó felülete erősen redukált és így sok gyomornedv elválasztására nincsen mód.

Borszély Károly: Callosus fekélyek miatt gyomorresectiót csak olyan esetekben végez, a melyekben az technikailag könnyen elvégezhető; a kis görbületen levő, különösen a cardiához közel fekvő fekélyeknél a resectio súlyos beavatkozás, nagy terjedelmű ép gyomorrésztel feláldozásával jár, a mi az emésztés szempontjából nem mondható közömbösnek. Ezért ilyen esetekben a *Haberer* és *Finsterer* által inaugurált principiális kiterjedt resectio helyett az aránytalanul kisebb beavatkozással, a gastroenterostomiával éri be, mert ezzel is lehet tartós jó eredményeket elérni. Fontosnak tartja, hogy az ulcusos betegek a műtét után is rendszeres belső kezelésben részesüljenek és pontos diétát tartsanak. Nagy kiterjedésű callosus fekély egy esetében 12 év előtt gastroenterostomiát végzett és a beteg jelenleg is teljesen jól van.

Myoma és terhesség szövődménye.

Frigyesi József: Négy operált esetet mutat be. Az 1. esetben a terhesség alatt a csecsemőfejnyi subserosus myomagóc nekrotizált és peritonitist okozott. Műtét: a tumor enucleatioja, a genitálék megmaradtak. Műtét után spontán vetélés. Gyógyult. A 2. esetben terhesség alatt nyomási tünetek miatt férfiökölnyi, szintén subserosus myomagóc enucleatioja. A beteg zavartalanul gyógyult, a műtét dacára a terhesség is megmaradt és tovább fejlődött, azóta spontán szült. A 3. esetben a terhesség II. hónapjában a köldök fölé érő multiplex myoma. A terhesség elején gyökeres műtét, supravaginalis amputatio mindkét petefészek megtartásával. Gyógyulás. A 4. esetben szülés a kis medenczét teljesen elzáró csecsemőfejnyi cervicalis myomával kombinálva. Műtét: sectio caesarea, utána totalexstirpatio az egyik ovarium transzplantálásával. Élő magzat. Gyógyulás. A műtétet részben csak localanaesthesiában, részben ennek narcosisal való kombinálásával végezte. Következtetései: a myoma és terhesség szövődménye prophylaxisos beavatkozásra, főleg a terhesség megszakítására (művi abortus) nem ad okot; a műtét nagyobb, vagy a méh üregéhez közel fejlődött daganatoknál nagyon veszélyes is; műtétet a terhesség alatt csak nagyon súlyos tünetek miatt végez, egyébként, ha lehet, a műtétet a szülésig vár.

Császármetszés hegének spontán megrepedése a következő terhesség alatt.

Frigyesi József: A méh testén végzett császármetszések után nem nagyon ritkán következik be későbbi terhesség alatt a méh hegének spontán megrepedése. Hasonló esetet demonstrál, hol két évvel ezelőtt placenta praevia miatt,

végzett corporalis császármetszés után újabb, V. terhességének VII. hónapjában az uterus spontán megrepedt. Műtét alkalmával a hasüregből távolította el a magzatot és a lepényt; a hasüregből kimerített csaknem $\frac{3}{4}$ liternyi vért a beteg venájába ömlesztette vissza és a megrepedt méhet amputálta. A nagyon vérszegény beteg a reinfúzióra gyorsan összeszedte magát, gyógyulása később is zavartalan volt. Hasonló szövődmények elkerülésére a cervicalis császármetszések végzését ajánlja.

Tóth István: A fibromyomás méh terhessége nem olyan egyszerű kérdés, a melyet itt egy bemutatás kapcsán elintézhetnénk. A bemutatott négy esetből nem tudna olyan dogmatikus következtetéseket levonni, mint azt az előadó tette, különösen nem fogadja el azt a tételt, hogy a fibromyomás méhet ne operáljuk meg radikálisan a terhesség alatt, hanem viseljük ki a terhességet, s ha kell, akkor a magzatot is megmentve, operáljunk radikálisan. De a fibromyomás méh terhessége nemcsak a szüléskor hozhat veszedelmet, hanem akkor is, ha a terhesség korábban megszakad, pedig ez a tágulásra képtelen fibromakkal átszőtt méhfal mellett elég gyakori s az ilyen abortus kiszámíthatatlan szövődményekkel járhat; nem egyszer, mint a bemutatott 3. esetben, a nagy cervicalis göcz mellett hozzá sem tudnánk férni abortus esetén a méhürhöz. A ki először terhes, a kinek a gyermekkérdés nagyfontosságú, azt kitéhetjük a veszélyeknek is, de többgyermekes anyát erre utalni nem látna helyesnek. Igenis többször operált radikálisan korai terhességgel fibromás méhet, a mint hogy több esetben conservative járt el ott, a hol első terhességgel, kedvezőbb anatómiai viszonyokkal volt dolga. A mi a spontán megrepedés kérdését illeti, nemcsak császármetszés után, hanem a méhfalon ejtett kisebb beavatkozás után is ért meg megrepedést. 1913-ban operált a méhsarkon ülő isthmusos méhenkivüli terhességet; ékalakban kivágva a tubaris sarkot, a méhfalat több rétegben gondosan varrta s mégis a nemsokára bekövetkező intrauterin terhesség 8. havában e helyen megrepedt a méh s a legsúlyosabb viszonyok között kellett radikálisan operálnia; a beteg meggyógyult. Mindenesetre szerepet játszott itt az a körülmény is, hogy a lepény a varrott tubasarkokba tapadt, s a chorionbolyhok bekapaszkodása még inkább gyöngyöztette a méhfalhoz. A classikus császármetszés helyett szintén szívesebben és gyakrabban végzi a méhnyak felmetszését, azonban lomtarba mégsem kerülhet a régi corporalis császármetszés, mert a míg a passiv szakasz ki nem táglult, cervicalis császármetszést lehetetlen végezni, pedig nem egyszer a terhesség alatt avagy a szülés kezdetén kell operálnunk s a magzatot csak a corpus felmetszésével hozhatjuk a világra.

Lehoczky-Semmelweis Kálmán: Ismertem egy, az I. sz. női klinikán észlelt esetet, a melyben az első terhességben végzett classikus császármetszés hege a következő terhesség alatt megrepedt. A megrepedést nagyban elősegítette az a körülmény, hogy az általánosan szűk, lapos medenczéjű II.-parán harántfekvés volt és az eset már csak a szülés megindulása után került észlelésre. Tekintettel arra, hogy *Schröder* kimutatása szerint a classikus császármetszés után $1\frac{20}{100}$ -ban, a cervicalis császármetszés után $0\frac{30}{100}$ -ban reped meg a műtét hege a következő terhességben, a hozzászóló arra az álláspontra helyezkedik, hogy addig, a míg csak a classikus császármetszést végezték, a második terhességben indikálnak tartotta az asszony sterilizálására; a cervicalis császármetszés bevétele óta lehet még egy harmadik terhességet is kiviselteni s csak azután sterilizálni, még pedig úgy, hogy az első császármetszést cervicalisan, a másodikat corporalisán végezzük, a harmadik terhességben pedig a corporalis heg megrepedési eshetőségének csökkentésére, a szülés terminusának bevétele nélkül, a terhesség végén operáljuk az asszonyt.

Taufer Vilmos: Sajnálja, hogy az előadó mindkét kérdést illetően oly nagy anyagot szorított össze előadásában, hogy az érdemleges hozzászólás több időt venne igénybe, mint az előadás. A II. sz. női klinika évtizedes tapasztalásait *Scipiades* volt adjunktus a myoma és terhesség kérdését illetően nemrégiben terjedelmes munkában foglalta össze. (Abhandlungen aus der 2. Universitäts-Frauenklinik zu Budapest, Karger, Berlin, Bd. II. H. 1.) Most tehát csak azt kívánja hangoztatni, hogy az említett szövődmények esetén a prophylaxisos operálásokat maga sem tartja indokoltnak, mert a myomás terheseken, igen sokszor, egész várokozásokon felül kedvező módon alakul ki a helyzet a terhesség folyamán és a szülés alkalmával. A császármetszés utáni megrepedés kérdésében az újabb időben lényegesen megváltozott az ítéletünk a multtal szemben, a mióta t. i. a cervicalis, extra-peritonealis sectio caesarea módszere kiművelve lett. Régebben úgy írt, mint más helyen heves viták tárgya volt, hogy, tekintve a megrepedés veszélyét a később ismétlődő terhességben, sterilizálás-e az asszony az első császármetszés alkalmával vagy sem. Ő maga humánus kötelességének tartotta az újabb terhesség lehetőségét megakadályozni. Ma ez másként van: 12 cervicalis császármetszés után egyvégében anya és gyermek zavartalanul gyógyult a klinikán; tehát maga a császármetszés, kedvező körülmények között végezve, életbiztoságú műtétnek mondható; a cervicalis heg pedig a következő terhesség alatt nem fenyeget repedéssel, tehát az ismételt császármetszés felelősségét nyugodtan vállalhatjuk.

Frigyesi József: A hozzászólásokra reflektálva, újból kifejti álláspontját s különösen azt, hogy myoma és terhesség szövődése esetén a prophylaxisos műtétet nem tartja indokoltnak, mint a hogy ezt vele együtt csaknem valamennyi szerző helyteleníti. A terhesség alatt

ő is csak subserosus myoma eseteiben végzett enucleatiót; ebből a terhesség és szülés alatt baj nem származhatik, mert a méh izomzata teljes épségében marad meg. Az egy nőn 5—8 ízben végzett császármetszést ő sem helyesli. A cervicalis császármetszéseknek a primaer gyógyulás és a következmények szempontjából való sokkal kedvezőbb eredményeit tekintve, azt hiszi, sor kerülhet kétszer-háromszor is ugyanazon nőn a műtét elvégzésére.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

W. Gennerich: Die Syphilis des Zentralnervensystems. Berlin, J. Springer, 1921. 264 o. Ára 74:50 márka.

A syphilisnek az idegrendszerre való terjedésében fő szerepe van az agyhártyák megbetegedésének, tanítja a szerző. A meningitisek, a meningoencephalitis luetica a szervezet primaer reactiója a spirochaetával szemben s fejlődése során az agyhártyák pusztulása nyitja meg az utat a spirochaetának az idegszövet parenchymájába, hova azokat a liquor a nyirokürök és érújképződések mentén belesodorja. Így egyre mélyebbre terjed a parenchyma spirochaetás beszűrődése és pusztulása. Így magyarázható meg a tabes, a myelitis, a paralysis keletkezése. Igen fontos tehát a liquoridiagnostika és a liquor assanálása. E célból dolgozta ki *Gennerich* az endolumbalis salvarsankezelés indicatióit és technikáját. *Gennerich* neve nem szorul ma már ismertetésre, könyve bő összefoglalása gazdag tapasztalatainak, szinte ijeszítően gondos casuistikája elibénk tárja, hogy az ideglues kezelése nemcsak művészet többé, hanem tudomány, realis és exact. El sem képzelhető, hogy e korszakalkotó könyv ismerete nélkül ezen túl valaki a nagy problémához gyakorlatilag vagy elméletileg hozzányúlhasson. A ki az igen tartalmas, de nehezen emészthető könyvön átdolgozza magát, bő kincshez juttatja tudását. A munka ismerete nélkülözhetetlen a gyakorló syphilodologusnak, neurologusnak és kutatóknak egyaránt. *Kluge dr.*

Új könyvek:

F. Luithlen: Vorlesungen über Pharmakologie der Haut. Berlin, J. Springer. 18 m. — *A. Schnee: Kompendium der Hochfrequenz in ihren verschiedenen Anwendungsformen einschliesslich der Diathermie.* Leipzig, O. Nemnich. — *R. Beneke: Rudolf Virchow.* Jena, G. Fischer. 9 m. — *W. Baetzner: Diagnostik der chirurgischen Nierenerkrankungen.* Berlin, J. Springer. 42 m. — *G. L. Dreyfus: Isolierte Pupillenstörung und Liquor cerebrosinalis.* Jena, G. Fischer. 18 m. — *A. Albu: Zahn- und Mundkrankheiten in ihren Beziehungen zu Organ- und Allgemeinerkrankungen.* 2. Auflage. Leipzig, G. Thieme. 39 m. — *Fr. Uhlmann: Lehrbuch der Pharmakotherapie. Mit Anhang: R. Burav: Arzneidispensierkunde.* Leipzig, F. C. W. Vogel. 100 m. — *E. Runge: Praktikum der gynaekologischen Strahlentherapie.* Leipzig, O. Nemnich. 80 m. — *F. Munk: Grundriss der gesamten Röntgendiagnostik innerer Krankheiten.* 2. Auflage. Leipzig, G. Thieme. 60 m. — *Fr. Berthold: Der chirurgische Operationssaal. Ratgeber für die Vorbereitung chirurgischer Operationen und das Instrumentieren.* Berlin, J. Springer. 27 m. — *C. Breul: Über Tuberkulose im Mittelstand nebst Vorschlägen zu einer Erweiterung der Bekämpfungsmassnahmen.* Leipzig, J. A. Barth. 20 m.

Lapszemle.

Belorvostan.

A polycythaemia gyógyításáról ír *Strasburger* tanár (Frankfurt a/M.). A benzolt nem ritkán észlelt károsító hatása miatt nem használja. A Röntgen-kezeléssel csak nagy fáradság árán, nagyon hosszas kezeléssel lehet némileg tartósabb eredményt elérni. Az ismételt nagy vérbocásások nagy megkönnyebbülést hoznak, de csak rövid időre; tekintetbe veendő az általuk okozott fehérjevesztés is. Ajánlatosnak tartja azonban a phenylhydrazin használatát. Ezt a szert a szóban levő baj ellen *Éppinger* és *Kloss* ajánlotta néhány év előtt az erythrocytakra gyakorolt pusztító hatása miatt. *Strasburger* több esetben használta, még pedig per os s a hatását nagyon jónak találta. Csak arra kell ügyelni, hogy a hatás jelentkezésekor szüntessük be a további használatát, mert a vérszétesés még ezután is folyik egy ideig. 1—2 esetben, a melyben addig használtatta a szert, a míg a vörösvérsejtszám

megközelítőleg rendes lett, az ezután is folytatódott vérszétesés következtében nagyfokú elesettség állott be. Végleges eredményt ezzel a szerrel sem lehet elérni; a kezelés azonban a bajnak újból súlyosbodásakor megismételhető. Legtisztább Merck-féle készítményt kell használni, 0.1—0.2 grammot pro die gelatina-capsulában; egy kúrához 1.0—2.0 gramm eleendő szokott lenni. (Therapeut. Halbmonatshefte, 1921, 24. füzet.)

Ideg- és elmekórtan.

A neurosyphilis kezeléséről ír *E. Boudreau* (Syracusa). Szerinte ha valamely salvarsanpraeparatummal való intravenás kezelés nem vezetett sikerre, a mit a serum és a liquor viselkedéséből dönt el, meg kell kísérelni a liquorban oldott salvarsannal való intraspinalis kezelést *Swift-Ellis-Ogilvie* szerint. (A németeknél ez tudvalevőleg *Gennerich* nevéhez fűződik. Ref.) A liquorban oldott kénesóval való intraspinalis kezelést, melyet *Byrne* ajánlott, épp úgy a *Dercum* (a németeknél *Hoefler*, ref.) által ajánlott liquorürítéssel kombinációt veszélyesnek tartja. *Kluge dr.*

A salvarsankezelés hatásosabbá tételét *Hoefler* úgy véli elérhető, hogy a salvarsannak a véráramba juttatása idejében a liquorelválasztást fokozza. E célból viszont azt ajánlja, hogy vagy a venás infusio pillanatában, vagy röviddel utána lumbalpunkciót végezzünk s így liquorot vonjunk el, melyet a szervezet siet pótolni. Támogatni lehetne ezt még konyhasós infúzióval (*Gennerich*) vagy pilocarpinnal. Eredményei még nincsenek, mert mint mondja, csak az övénél nagyobb beteganyagból lenne következtetés vonható s ezért utánvizsgálásra buzdít. Újabb és újabb pótmegjegyzéseiben azután prioritását igyekszik megvédeni az egyik hozzászóló, *Weigelt* által említett szerzők: *Zaloziecki*, *Dercum* és *Donagh* ellenében. (Az hisszük kevés sikerrel, mert mint *Bourdeau* cikkéből kiderül [Medical Record, 1921, szept. 24], az angolok jól ismerik már e módszert. Ref.) (Berliner klin. Wochenschrift, 1921, 35. sz.)

Kluge dr.

Mammakrisist tabesnél ír le *Biberstein*. A 42 éves nőn betegsége előrehaladásával rohamokban fájdalmak jelentkeztek a marmában kétoldalt; a megduzzadt, kemény emlőkből állandóan csurog a váladék, a mely makroszkoposan és mikroszkoposan tejképződésű. Tabeses mammafájdalmaknak és tejsecretiónak ez az irodalomban közölt ötödik esete (a szerző megállapítása szerint), de elűt az eddigiektől az állandó secretióval. Graviditást kizártak. (Klinische Wochenschrift, 1922, 2. szám, 68. oldal.)

Kluge dr.

Szülészeti és nőorvostan.

Méhenkivüli terhesség operált és vérreinfúzióval sikeresen kezelt 24 esetéről számol be *Töpler*, *Körte* assistense. A háború befejezése óta a kórház két sebészeti osztályán méhenkivüli terhesség 40 esetét operálták. A könnyű és középsúlyos esetekben csak élettani konyhasóoldatot adtak, s csak 24 nagyon kivézetten alkalmazták a reinfúziót. E 24 közül 19 az első huszonnégy órában, 2 a második napon s 3 még később került műtetre. A vért, a melyet nem defibrináltak, natr. citricummal nem kezelték, 1:1 arányban keverték NaCl-oldattal. A reinfundált legnagyobb mennyiség 900, a legkisebb 150 cm³ volt. Sem intoxicatiós, sem emboliás tüneteket nem láttak utána, sem magasabb hőemelkedést nem észleltek. A reconvallescencia rövidebb volt mint a nem így kezelt esetekben, átlag 20 napot vett igénybe. Ily nagyobb anyag észlelése után arra a meggyőződésre jutott, hogy a reinfúzióval megmenthetőek oly súlyosan kivézetett esetek is, a melyekben a konyhasó-oldat már hatástalan. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1922, 3. szám.) *Raisz.*

Gyermekorvostan.

A pleuritis prognózisáról a gyermekkorban ír *Nobl* docens. A bécsi gyermekklinikán tett tapasztalatok eredményét a következő pontokban foglalja össze: 1. Csaknem valamennyi gyermekkori pleuritis gümőkóros eredetű. 2. Pleuritis miatt kezelés alatt állott 78 gyermek közül meghalt 13;

26-nak a további sorsa elbocsátásuk után nem volt ellenőrizhető; 39 beteget azonban különböző hosszú idő után ellenőrizni lehetett. 3. E 39 esetből 43·6% az utóvizsgálat alkalmával teljesen gyógyultnak bizonyult, 36%-ban a lefolyt betegségnek némi nyomai még kimutathatók voltak, 10%-ban pedig közép súlyos, részben súlyos elváltozásokat találtak a kiállott pleuritis következményeképpen. 4. A gyermekkori gümőkóros pleuritis prognosisa tehát általában jónak mondható; a gümőkór lényegesebb propagálását aligha okozza. (Wiener klin. Wochenschrift, 1921, 35. szám.)

A tejhigitás kérdésével a csecsemőkorbán foglalkozik K. Ochsenius. Reámutat arra, hogy újabban mindinkább szaporodnak a közlések, a melyek a most divó táplálás elégtelenségét hirdetik. Ennek okát részben abban látja, hogy a tehéntej ma nem olyan zsírtartalmú, mint a milyen a békében volt, részben a túlságos lefölezés, részben pedig a tehenek rosszabb táplálása miatt kevesebb is, rosszabb is. Másrészt minden jel arra látszik mutatni, hogy a mai nehéz idők nyomasztó hatása következtében rosszul táplált anyák túlkeves tartalékanyagot juttatnak a csecsemőknek. Ennek folyománya, hogy oly sok a rachitises beteg és hogy nem gyarapodnak a szokott módon táplált csecsemők úgy, mint azelőtt.

A szerző kizárólag mesterségesen táplált csecsemőanyagán a legjobb eredményeket akkor érte el, ha legfeljebb 5 táplálás mellett $\frac{1}{3}$ -os, de zabnyálkával készült tejhigitással kezdve a táplálást, 14 napon belül elérte a Budin-féle számot (napi tejmennyiség = $\frac{1}{10}$ testsúly, úgy higitva, hogy a napi folyadékmennyiség $\frac{1}{6}$ testsúly legyen). 3 hónapos korban már sós daralevest, 4 hónapos korban egy tejtáplálást tejes darával helyettesített, esetleg tejes rizst vagy tejes burgonyafőzetet nyújtott, a zabnyálkát elvonta s zablisztlevessel pótolta. Úgy hogy lassanként már csak két folyékony táplálék maradt meg, a melyek közül az egyiket a harmadik, a másikat a negyedik évnegyed elején helyettesítette pépes táplálékkal. A naponta adott tejmennyiség ilyen módon a *féllitert* nem haladta meg. A szomjúságot teával vagy korlátlanul adott vízzel csillapította. Az áttört főzeléket (paraj), a melyet már az első évnegyedét betöltött csecsemő is jól elbír, rendszeren a fél éves korban iktatta be s korán, átlag a 10. hónapban kezdett húst adni. *Fő elve, hogy kevés, de caloriadús táplálékot nyujtsunk.* (Deutsche med. Wochenschr., 1921, 42. sz.) *Bókay Zoltán dr.*

Szemészet.

A gyengélátó kancsal szemek javításában biztató eredményeket ért el *Delord* 35 kancsal gyermekben. Valamennyi 4 és 9 év közt volt. A kancsal szem elé a pontosan javító üveget adta, a jól látó elé pedig szövettarabot tétetett, mely a szem tökéletes elzárását biztosította. Ezenkívül hetenként kétszer atropint is rendelt a jó szembe. Az eredmény eléréséhez szükséges, hogy a szülők állandó felügyelet alatt tartsák a gyermeket, a szemüveg hibáját, elgörbülését azonnal kijavíttassák s a gyermek azt felbredésétől lefekvéséig állandóan hordja. Az első 2—3 hónap nehézségei után a gyermek megszokja az üveget, nem igyekszik tőle szabadulni. 4—6 hónapi kezelés rendszeren elég. 0·01-ről 0·2-re, 0·02-ről 0·3-ra, 0·04-ről 0·5-re és 0·1-ről 0·8-ra is sikerült javítani a látást. A kizárt szem látása csak egy esetben gyengült, de ez a beteg 2 évnél tovább hordta az üveget. Néhány betegét több mint 10 éve figyel; az eredmény állandó, főleg ha utána a gyermek kétszemű látásgyakorlatokat végez. (Archiv d'ophthalm., 1921, 597—600. o.) *Sz. L.*

A hörgőkőből kiindult ráknak áttételéről a látóidegben ad hírt *Ginsberg*. A 70 éves nőbeteg felvételekor teljesen vak, állítólag 3 hete. A szemfenéken semmi változás. A beteg fokozatosan gyengül, 4 hét múlva meghal. A boncolás az egyik nagyobb hörgőkőből kiindult rákos beszűrődését állapítja meg a pleurának, továbbá számos áttételt a nyak- és belfodor nyirokcsomóiban, a májban és a lépben. Az agyvelőben a hátulsó szarv érfonátán van diónyi daganat, számos kisebb csomó a harmadik és negyedik agykamara felső falán és a kisagyvelőben. Mindkét látóidegben a chiasma mögött

és alatta az infundibulumban egy-egy 3—5 mm.-es, illetőleg félborsónyi daganatgóc. A daganat szövettani szerkezete nagyon hasonlított az ependymából kiinduló rákéhoz, papillás és lemezes elrendeződést és valódi rozetta-alakokat is mutatott. (Klin. Mon. f. Augenheilk., 1921, II. köt., 232—235. l.) *Sz. L.*

Blepharospasmusban négy év óta szenvedő betegét *Van Lint* alkoholbefecskendezéssel gyógyította meg, melyet ugyanúgy alkalmazott, mint műtétek előtt a szemhéjak bénítására a novocaint, az orbita alsó és külső szélén, közvetlenül a csonton. A befecskendezés után 3 hónapra a szemrés talán valamivel tágabb, de a szem jól zárul, a görcsös összehúzódás pedig azóta elmaradt. (Archiv d'ophthalm., 1921, 628—630. o.) *Sz. L.*

Börkórtan.

A partialantigenek (Deycke-Much) alkalmazásáról bőrtuberculosis eseteiben ír *W. Wolfenstein* (Charlottenburg). Az utóbbi években különösen nagy érdeklődést keltett gümős betegségeknek a *Deycke* és *Much* által kidolgozott partigenkezelése, mely az activ immunizálás egy módja. A partigeneket tudvalevően két irányban alkalmazzák: egyrészt a diagnosis és prognosissal szemponyjából (az úgynevezett „matematikai immunitási analysis” segélyével), másrészt gyógyítás céljából. A szerző mindkét szempontból vizsgálta a partigenek alkalmazását s általában nem tudott kedvező eredményt megállapítani. A titer megállapítását 20 bőrtuberculosis-esetben végezte. Az intracutan reactio eredményei általában ingadozóak s így a szerző véleménye szerint a prognosissal megállapítására alkalmatlanok. A klinikai lelet és a kezelés nem áll semmi határozott viszonyban a titerhez. A lupusnak különös reactiotypusát pedig nem sikerült megállapítani. A szerző tapasztalása szerint tehát az intracutan reactionnak bőrtuberculosis eseteiben a gyakorlat szempontjából kevés a jelentősége. A partigenek gyógyító hatását 16 bőrgümősödési esetben vizsgálta. A fölített kérdés az volt, hogy jobb-e a therapiai eredmény, ha a kezelés partigenekkel történik, vagy sem? E kérdésre a szerző azt feleli, hogy tekintet nélkül az elméleti föltevések helyes vagy helytelen voltára, a gyakorlat szempontjából a bőrtuberculosisra nézve az áll, hogy a partigenterapia sem több, sem kevesebb eredményt nem nyújt, mint az activ immunizálás egyéb régebbi eljárásai. Káros mellékhatásokat a bőrtuberculosis-eseteknek partigenekkel való kezelése folyamán sohasem észlelt. Lupus vulgaris eseteiben a *kizárólagos* partigenkezelésnek semmiféle therapiás eredménye sincsen. Azokban az esetekben, melyekben a lupusnak szokásos helyi kezelési eljárásait kombináljuk partigen-injectiókkal, a kezelés időtartama nem rövidül meg s a recidivák sem maradnak el. (Dermatologische Zeitschrift, 1921 augusztus.) *Guszman*.

Veneréas betegségek.

Ulcus molle-vaccinával kísérletezett *G. Stümpke* (Hannover). Az antisepticumok tapasztalás szerint nem válnak be mindig az ulcus molle therapiájában. Ez magyarázza, hogy a proteintest-kezelés (tej, aloan stb.), mely sok esetben jól bevált, elég gyakran kerül mainap alkalmazásba. Ezenkívül újabban bizonyos specifikus jellegű kezeléssel is kísérleteztek, a mely eddig azonban kétségkívül csak a kísérletezés szakában van. Így 1913-ban *Tetsuta Ito* Bruck ajánlatára az ulcus molle bacteriumával, a Ducrey-féle streptobacillusal végzett kísérleteket s ez alkalommal egy streptobacillus-vaccina-kezelést ajánlott, mely főként bubók ellenében volna sikerrel alkalmazható. *Reenstierna* (Stockholm) a mult évben ulcus molle elleni serumot állított elő, a mely a fekély gyógyulási idejét állítólag lényegesen csökkentette. Az ulcus molle vaccina-therapiájának van azonban egy nehézsége s ez abban rejlik, hogy nehéz tiszta streptobacillus-tenyészetet nyerni. *Stümpke* munkatársaival együtt táptalajnak leginkább véragart használt. A gondos váladéknyerés s még gondosabb továbbtenyésztés ellenére 26 eset közül csak 3 ízben sikerült kifogástalan kulturát nyerni. Az izolált Ducrey-bacillusok azonban néhány nap alatt elpusztulnak. A tiszta tenyészetből a szerző vaccinát készített s azt intramuscularisan, illetőleg

intravenásan alkalmazta. A dosis 0.1—0.5 között váltakozott. Az injectiók nagyobb zavarokat a közérzetben legtöbbször nem okoztak. Az előfordult zavarok hőemelkedésben mutatkoztak (38° körül). Egy-egy kezeléshez 3—4 injectio szükséges; *Stümpke* tapasztalása szerint azonban már az első-második injectio is szemellátható föltisztulást okoz a fekélyeken, noha azok helyi kezelésben nem részesültek. Az egyes vaccina-injectiók között 3—4 napi intervallumnak kell elmúlnia. Mint látható, az ulcus molle vaccina-kezelése még nagyon nehézkes, nem is nagyon gyors hatású. Valóban szép és kiváló therapiás eredményeket a szerző nem emel ki. A gyakorlat szempontjából a vaccinas kezelés tehát ma még nem jöhet szóba és szerencsére a szerző is ezen a nézeten van. (Deutsche med. Wochenschrift, 1921, 44. sz.) *Guszman.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Makacs csuklás több esetét tudta megszüntetni *Fuld* gyomorszondának bevezetésével és néhány perczig bentartásával. (Berlin. klin. Wochenschrift, 1921, 1076. oldal.)

Járványos csuklás több esetében *Reh* jó eredménnyel használta a cocaint; 0.4%-os oldatból adott kávéskanálnyi; néha már egy kanál meghozta a hatást, máskor azonban 2 órás időközrel még 1—2-szer meg kellett ismételnit az adást. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1921, 52. szám.)

A chinin mint fájástkeltő szer *Jaschke* tanár szerint legfeljebb elsődleges fájásgyengeség eseteiben adandó a táglás szakában. Hatása azonban bizonytalan, egyedüli előnye, hogy huzamosabban hat. Általában mondható, hogy a hypophysin-kivonatok (pituitrin, pituglandol, hypophysin, glanduitrin) teljesen kiszorították; egyes adagjuk gyanánt ne adjunk többet $\frac{1}{2}$ cm³-nél; minden befecskendezés után a magzati szívhangok gondosan ellenőrizendők. (Klinische Wochenschrift, 1922, 1. szám, 47. l.)

Basedow-kórban a petefészkek hypofunctorjának úgy látszik elég nagy szerepe van, részben talán azért, mert ilyenkor az ovarium-hormonok csekélyisége miatt nincsen meg kellő mennyiségben a thyreoidea hyperfunctorját ellensúlyozó anyag. Ebből kiindulva már többen megkísérelték petefészkek-készítményeknek használatát (ovaraden, oophorin). Ujabbán *Koslowsky* tesz közlést ez irányban tett kedvező eredményeiről. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921, 32. szám.)

A nátha gyógyítására *Isacson*, ama kedvező eredmények alapján, a melyeket nedvező ekzema eseteiben lenigallollal elért, kjtünő szárító hatása miatt kísérletet tett ezzel a szerrel. A következő kenőcsöt használja: Rp. Lenigalloli 0.6; Zinci oxydati 2.0; Vaselini ad 10.0. Ezzel bekent kis gyapotot lehetőleg mélyen bevisz az ornyílásokba és 2—3 óra hosszat bennhagyja. 2—3 ilyen alkalmazás elegendő a nátha megszüntetésére. Ujabbán még jobbnak találta a poralakban való alkalmazást: Rp. Lenigalloli 1.0; Zinci oxydati 9.0; Amyli 5.0; Sacch. lactis ad 20.0. (Berliner klin. Wochenschrift, 1921, 48. szám.)

Vegyes hírek.

Kinevezés. A kormányzó *Farkas Géza* dr.-t a budapesti kir. m. tudományegyetemen üresedésben volt élettani tanszékre nyilvános rendes tanárrá nevezte ki. — *Naményi Lajos* dr.-t a m. kir. népjóléti minister kinevezte a budapest-angyalföldi állami elmeorvosintézethez másodorvossá,

Fogorvosi továbbképző tanfolyam. Az orvosi továbbképzés központi bizottsága az 1922. év folyamán két, egyenként két hétig tartó fogorvosi továbbképző tanfolyamot rendez. A tanfolyamok a budapesti tudományegyetem stomatológiai klinikáján (VIII., Mária-utca 52.) február hó 13.-ától 25.-éig és július hó 3.-ától 15.-éig fognak megtartatni. A tanfolyamok ingyenesek, beiratási díj nincs. A februári tanfolyamra február hó 5.-éig, a júliusi tanfolyamra június hó 20.-áig lehet szóval vagy írásban jelentkezni a bizottság hivatali helyiségében (Mária-utca 39. l. sz., egyetemi szemklinika, földszint).

Az Országos Balneológiai Egyesület f. évi április 1.-én, szombaton tartja XXVII. congressusát, melynek napirendjén a következő referatumok szerepelnek: *Benczur Gyula* dr. és *Weszelzsky Gyula* dr.: Az ásványvizek radioaktivitásának mai ismerete. *Dalmady Zoltán* dr. és *Schmidt Ferencz* dr.: A szénsavas fürdőkről. *Réthly Antal*: Csonka-Magyarország éghajlata. Előadások bejelenthető a tudományos szakosztály titkáranál: *Benczur Gyula* dr. Budapest, I., Gellért-fürdő. Évi közgyűlését az egyesület április 2.-án vasárnap d. e. 10 órakor tartja.

Vendégeket az egyesület szívesen lát úgy a congressuson, mint a közgyűlésen.

Pasteur születésének 100. évfordulója (1921 november 21) alkalmából *Rockefeller* alapítványt tett abból a czélból, hogy a nagy tudós szülőháza Döle-ban Pasteur-muzeummá alakíttassék át.

Az oroszországi szovjetkormány saját kimutatása szerint négy év alatt 1,766,118 egyént végeztetett ki. A kivégzettek között volt 6775 tanár és 8800 orvos.

Meghalt. *Sir German Sims Woodhead*, a kórtan tanára a cambridge-i egyetemen, 66 éves korában.

Dr. Berger Iván orvosi laboratoriuma VIII., Rákóczi-út 13. Telefon: József 104-22

Dr. Doctor orvosi laboratoriuma Budapest, IV., Kossuth Lajos-u. 3. Telefon: 697.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete IV., Ferencz József rakpart 26. Telefon József 56-76.

RÖNTGEN-ODELGA

Dr. Forbát bakteriológiai, serológiai és vegyi orvosi laboratoriuma VI., Teréz-körút 22. / Telefon 121-02.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

VII., Városligeti fasor 13-15. Telefon: József 52-29. — Sebészeti-, női-, belbetegeknek, szülőknek. Radium-kezelések. Vegyi Röntgen-laboratorium.

Telefon: József 4-12.
Igazg.-tulajd.: Dr. Melha Armand, Dr. M.-né Hilf Paula, Dr. Mandler Ottó.

ZANDER-
ELEKTRO-HYDROTHERAPIA

a Dr. Reich-féle ZANDER-gyógyintézetben, IV., Semmelweis-u. 2. I. e.

PÁLYAZATOK.

490/922. szám.

A Ferencz József kereskedelmi kórház betegsegélyző pénztára egy lemondás folytán megüresedett rendelő-intézeti fogászati segédorvosi állásra pályázatot hirdet.

Az állással járó évi illetmények: 2400 korona törzsfizetés és 13.750 korona drágasági pótlék, összesen 16.150 korona. Azonkívül a jelenleg tárgyalás alatt álló új orvosi szerződés szerint legalább havi 1500 korona.

A kinevezendő orvos alkalmazása egyelőre ideiglenes jellegű. Csak szakmabelileg képzett orvosok pályázatai fognak figyelembe vétetni.

A kinevezendő orvos köteles hétköznaponként a reggeli fogászati rendelés szolgálatot teljesíteni.

A pályázati kérvények benyújtásának határideje e hirdetésnek a Munkásbiztosítási Közlönyben való első megjelenésétől számított 14 nap.

Pályázati kérvények a Pénztár vezetőségéhez czimezve nyújtandók be VII., Bethlen-tér 1. szám alatt, a hol a Pénztár igazgatója d. e. 10—1 óra között a szóban levő állásra vonatkozólag bővebb felvilágosítást nyújt.

B u d a p e s t, 1922 január 18.

Barcza Arthur s. k.,
igazgató.

Gáspár Ferencz dr. s. k.,
min. oszt.-tanácsos.

426/1922. szám.

A lemondás folytán 4976/1921. számú ügyirataim tanúsága szerint megüresedett **drávafoki körorvosi állásra** enzenel pályázatot hirdetek, és felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy teljes szövegű születési, képesítési, működési és politikai megbízhatóságukat igazoló bizonyítványaikkal is kellően felszerelt kérvényeiket hozzám legkésőbb **flyó évi márczius hó végéig** annál inkább benyujtsák, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választás határnapját később tűzöm ki, ellenben addig is hajlandó vagyok megfelelő pályázót helyettesíteni.

A kör székhelye Drávafok község, mely egyúttal körjegyzői székhely, a körorvosi kórhöz tartoznak még Drávasztára, Drávakeresztur, Endrőcz, Markócz, Révfalu és Teklafalu községek és a hozzá tartozó puszták.

Az állás javadalmazása természetbeni lakáson kívül 1600 korona évi törzsfizetés, most tárgyalás alatt álló fuvarátalány avagy természetbeli fuvar, a szabályszerű családi és háborús pótlék, valamint drágasági segélyek és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

S z i g e t v á r, 1922. évi január hó 26.-án.

A főszolgabíró.

HORDOMALT
KELLER-FÉLE MALÁTALEVES KÉSZÍTÉSÉHEZ

GUAJACOL-GLOMA
DR. WANDER-FÉLE

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR FŐSZERKESZTŐ ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR SZERKESZTŐ.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK

Verzár Gyula: Közlemény a budapesti kir. magy. Pázmány Péter tud.-egyetemnek a székesfővárosi Szent Rókus központi kórház fülészeti osztályával kapcsolatos fülészeti tanszékéről. (Tanszék-igazgató: Krepuska Géza dr., egyet. tanár.) Adatok a csecsnnyújtványlob kórszövettanához. 61. oldal.

Pfeiffer Miklós: Közlemény a székesfővárosi Szent Margit-kórház belbeteg-osztályáról. (Főorvos: Marsovszky Pál dr.) Mesterséges urticaria és belső secretio. 63. oldal.

Totis Béla: Közlemény a berlini árvaház és gyermekmenhely klinikájáról. (Főorvos: Dr. Ludwig F. Meyer, egyetemi tanár.) A szénhidrátok jelentősége a csecsemőtáplálásban. 65. oldal.

Kózkórházi Orvostársulat. (X. ülés 1921 november 30.-án.) 66. oldal.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés.* A. Bacmeister: Lehrbuch der Lungenkrankheiten. — Kraus-Brugsch: Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. — Lap-szemle. Altalános kör- és gyógytan. Hess és Reitter: A belső antisepsis kérdéséről. Belorvostan. Thannhauser: A köszvény gyógyításáról. — Ideg- és elmekörtan. Fischer: A paralysis kezeléséről. — Poll: Az elmebeteg daktilogrammjáról. — Szemészet. Coulomb: A kettős falú, a szemgödört teljesen kitöltő műszemek előnyeiről. — Szülé-szet és nőorvostan. Seitz: A menstruációs zavarok megjelenése. — Gyermekorvostan. F. Scheissner: Meningitisben a Weil-Kafka-féle haemolysin-reactio gyakorlati értékéről. — Gyógyászat. Auer: Novaigin. — Hellwig: Solaesthin. — Kisebb közlések az orvostudományról. 67-68. oldal.

Vegyes hírek. 68-69. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a budapesti kir. magy. Pázmány Péter tud.-egyetemnek a székesfővárosi Szent Rókus központi kórház fülészeti osztályával kapcsolatos fülészeti tanszékéről. (Tanszék-igazgató: Krepuska Géza dr., egyet. tanár.)

Adatok a csecsnnyújtványlob kórszövettanához.

Írta: *Verzár Gyula* dr., tanársegéd.

A klinikus szempontjából igen fontos kérdés a gyulladás mibenlétének ismerete. Fontosság dolgában talán mindjárt az aetiológia megismerésének kérdése mellé állítanám, mert ha a betegségek okozójának ismeretén feül csak némileg is módunkban áll bepillantást nyerni azon reakcióknak tömkelegébe, melyek a mondjuk ismert aetiológiai factor folyományai, több joggal remélhetjük, hogy a szervezetet hathatósan fogjuk támogatni tudni abban a munkájában, a melyet gyógyulásnak nevezünk.

Ezzel a gondolattal fogtam hozzá annak a kérdésnek kutatásához, mi történik egy lobos csecsnnyújtványban, illetve per analogiam magában a dobüregben is; feltehető s bizonyítható-e az a más oldalról tett állítás, hogy a dobüreg bizonyos — physiologiai szempontból fontos — öbleiben, épp úgy, mint a csecssejteknél, megrekedt izzadmány „organizálódik”, szerves szövetté alakul át.

A vizsgálati anyagom megválasztásában eltértem más szerzők módszerétől, kik hasonló kérdéssel foglalkoztak s nem hullaanyagot használtam fel s különösképpen nem olyan hullaanyagot, melyen csak éppen a bonczolás derítette ki, hogy izzadmány volt a dobüregben s a mely esetekben sem a középfülgyulladás fennállásának idejéről, sem fokáról, sem más természetéről sok esetben nem tudtak semmit. Én mastoiditis miatt operációra került betegek reszekált csecsnnyújtvány-csontját tettem el s dolgoztam fel. Igaz, hogy így magát a dobüregtet nem vizsgáltam, de — tekintve, hogy a vizsgálatom tárgyát tevő elváltozások főleg zárt öblökben s üregekben mennek végbe — a leginkább bezárt üregekben, a csecsnnyújtvány minden oldalról csonttal körülvett celluláiban talált elváltozásokból jogosan következtelhetek azon folyamatokra, a melyek akár a labyrinthusfülkékben, akár a halláscsontok körül — az ezen csontok, függesztő szalagok és nyálkahártyaredők alkotta tasakokban — zajlanak le. Kétségtelen, hogy physiologiailag, a normalis functio szempontjából ezek a helyek a fontosak, az izzadmány szervülésének feltételei azonban leginkább ott vannak megadva, a hol vizsgálataim során én kerestem.

Többten írtak le a dobüregnek már fentebb említett praedilectionalis helyein bizonyos szöveti elváltozásokat s ezeknek egymásmellettiségéből az izzadmány szervülésének systemáját állították fel, egyesek olyan merész módon, hogy ha az úgy minden ellenvetés nélkül megállaná helyét, már

4-5 napos középfülgyulladás elmúltával sem térne vissza a normalis functio, a teljes éles hallás. Már pedig ez a klinikus tapasztalatával nem egyezik meg.

Ezek a többek által leírt, górcső alatt talált szöveti elváltozások a következők: 1. A duzzadt, helyenként gömbsejtesen beszüremkedett nyálkahártyából — a nékül, hogy a hámrétegen defectus volna látható — bimbószzerű nyújtványok nőnek ki; a bimbók kúpján a hámszövetek kissé elállnak s az így támadt résen hosszúra megnyúlt keskeny orsóalakú sejtek nyúlnak ki, ezek egyik a másika után növe finom fonalat alkotnak, s egyik végükkel a submucosában, másik végükkel az izzadmányban vesznek el; egyikben-másikban finom hajszálér is húzódik végig. 2. Szomszédos ilyen nyújtványok a nyálkahártyával és az üregben levő izzadmánnyal együttesen a metszetben zárt lumeneket, cystákat alkotnak. 3. Az üregben már nem izzadmány, hanem sejtűs vagy rostos kötőszövet foglal helyet, melyet vastag kötőszöveti szálak kapcsolnak a nyálkahártyához.

Ilyen képződményeket írt le *Preysing* újszülött sziklacsontmetszetei alapján, ki a hámmal bélelt üreges képletekben olyan tömlöket vélt felismerni (Hohlraumsprossen), melyek — felfogása szerint — a dobüregtet még ebben az időben kitöltő kocsonyás szövetet visszafeljesztik, illetve mely tömlők hámszöveti activ működése, expansiv növekedése alapján az üregrendszer kialakul.

Wittmaack 1918-ban megjelent „Über die normale und die pathologische Pneumatisation des Schläfenbeines“ című monographiájában a fenti elváltozásokat azon latens gyulladásos folyamatokhoz köti, melyek a szülés alatt a tubán át bekerült magzatvíz, meconium, akár a később a dobüregbe jutott hányadék okoz. Szerinte is a hámnak jut a szerep a dobüregi myxomás szövet átalakításában, a dobüreg s a vele összefüggő egész üregrendszer kifejlődésében, ha mindjárt *Preysing* felfogásától eltérő módon is. A tuba felől keletkező kocsonyás szövet a kocsonyás szövettel kitöltött dobüregbe s nő lefelé a dobhártya belső felszíne mentén; ez a primitív dobüreg, melyet az ezen stadiumban a dobhártya submucosájának tekinthető, igen keskeny, a promontorium felé azonban még igen vastag kocsonyás szöveti zóna határol. Abban az arányban, a mint a rés — vagy nevezük már most dobüregnek — tágul, lesz keskenyebb és keskenyebb a belső, a promontorium felé eső myxomás zóna is, míg végeredményben a promontoriumot bevonó nyálkahártya submucosájává alakul. Legkésőbb regenerálódik a labyrinthusfülkéket kitöltő kocsonyás szövet. A csecssejtek úgy keletkeznek, hogy akár a dobüregből, akár az antrumból vagy a recessusból a még ezen időben diploës csontvelő-üregeibe, a csontállomány lacunaris resorptiója után, benő először a subepithelialis kötőszövet, azt teljesen kitöltvén; majd követi az epithel, mely a kötőszövetet regenerálja s végül mint vékony mucosa-periost vonja be az

új üreget, a cellulát. Ha az üregrendszer kifejlődésének, a pneumatizációnak akár előbbi, akár későbbi stadiumában a már említett latens otitis jelentkezik, az egész folyamat megakad, az üregrendszer kicsiny, a csont pulposus marad, vagy éppen tömörül, eburneálódik. Ilyen esetekben találkozunk műteteinknél azokkal a keskeny recessus epitympanicusokkal, alacsonyan fekvő tegmenekkel, melyek a műtőnek oly sok technikai nehézséget, oly sok gondot okoznak. De ezenfelül Wittmaack szerint vastag marad a subepithelialis szövet s keletkeznek azok a szalagos, lemezes lenővések meg gombaszerű megvastagodások is, melyeket ő „organisatiós folyamat” eredményének nevezett el. Ezeket a morfológiai elváltozásokat régebben gyuladások következményének tartották; ezzel szemben Wittmaack-nak az a felfogása, hogy a pneumatizáció megakadásából maradtak vissza s bizonyos körülmények között okai s nem következményei a fülgyulladásnak, vagy legalább is hajlamosítanak bizonyos fülbetegedésekre.

Azok az elváltozások, melyeket W. Döderlein (Zentralblatt f. Ohrenheilk., 79. kötet) a legtöbbször klinice nem is észlelt eseteiben talált s irt le, véleményem szerint szintén ilyen latens otitis maradványai.

Manasse „Handbuch der path. Anatomie des menschlichen Ohres” című könyvében részletesen kitér a fent említett képletekre, mint „complicatiók”-ra. Ezek acut esetekben is, de szerinte szintén inkább chronikus genyvedéseknél fordulnak elő. Nem zárja ki annak a lehetőségét, hogy időbelileg előbb keletkeztek, mint maga az otitis.

Goerke, Preysing felfogásával ellentétben, a kötőszövetes elemnek tulajdonít fontosságot, ez burjánzik s bocsájt csapokat az izzadmányba, ezek mentén nőnek be a capillarisok, organizálják az izzadmányt, a hám csak másodlagosan követi s vonja be a már organizált tömböt.

Magam 16 klinice pontosan észlelt esetet vizsgáltam meg. Mind a 16 esetben mastoiditis miatt műtét végeztetett s a gyuladás okozta szöveti elváltozásokat a reszekált csecsnyujtványban kerestem, ott, a hol „szervülést” találtam, sorozatos metszetekben. A decalcinált csontmetszeteket haemalaunés van Gieson-féle kettős festéssel festettem. Ez esetek kórajának a a histológiai vizsgálataim eredményének csak a kérdés szempontjából fontos adatait rövid kivonatban a következőkben ismertetem.

1. B. S., 24 éves; egy hetes otitis; műtési lelet (m. l.): pulposus csont, kevés és kicsiny czellák, zárt aditus, vastag szivacsos tegmen; durán bársonyos felrakódás; szövettani lelet (sz. l.): csontgerendákon kékebbre festődött szegély, megrakva osteoblastokkal: a czellák nyálkahártyája vastag, a czellákban fibrinidus izzadmány, organisatio nincsen.

2. H. I., 28 éves; 10 napos otitis; m. l.: szabálytalan pneumatizatio, zárt aditus. Sz. l.: a czellák vastag nyálkahártyája s az izzadmány között semmi összefüggés nincsen.

3. B. M.-né, 55 éves; két hetes fülfolymat; m. l.: pneumatikus csecsnyujtvány; sz. l.: a csontgerendázatot földaraboló, a pulpába hatoló sarjak. A czellákban tömött, rostos, kötőszövetes tömb, a nyálkahártyával több köteg fúzi össze; a czellafal s az üreg közepén lévő kötőszövet-tömb között számos, sugarasan elrendezett alcysta, ezekben friss szemcsés izzadmány.

4. F. F., 75 éves; két hónapos folymat; m. l.: pulposus csont, kevés czella, zárt aditus, kiterjedt osteomyelitis a csecsnyujtványban, a járomívgyökben, a szivacsos, vastag tegmenben s a pikkelyben; nagy extraduralis tályog. Sz. l.: a csontban resorptiós folymat mellett túlsúlyban a tömörülés; a czellák fala s a sejtűs izzadmány között 1–2 finom fibrinszál.

5. W. S.-né, 40 éves; 3 hetes fülfolymat; m. l.: apró czellájú, egészében pulposus csont; a dobüreg fenekéhez külön járat vezet; pikkelyre és tegmenre is kiterjedt osteomyelitis. Sz. l.: csak fibrinszálak kapcsolat az izzadmány s a czellák fala között.

6. Özv. B. G.-né, 58 éves; 15 napos folymat; m. l.: pulposus csont, kevés czella, zárt aditus. Sz. l.: szervülés nincsen.

7. D. S., 55 éves; 8 napos folymat; m. l.: apró czellájú, inkább pulposus csont. Sz. l.: számos kúpszerű kiemelkedés a nyálkahártyán, ezekből finom nyujtványok nőttek bele a különben finoman szemcsés s a szervülés legkisebb jele nélkül való izzadmányba. A gyuladásnak a nyálkahártyáról a csontgerendákra s onnan a pulpára terjedése volt látható.

8. M. V., 47 éves; 2 hónapos folymat; m. l.: tömött csecsnyujtvány; czellák csak a dobüreg feneké s a sulcus körül találtak. Sz. l.: a rostosan átalakult csontvelő genyes beszűremkedése, a csontgerendák lacunaris resorptiója. Czellák a készítményben nem találtak.

9. H. G., 28 éves; 2 hetes folymat; m. l.: nagy és számos czella különösen terminalisan, e mellett zárt aditus. Sz. l.: a genyes izzadmány s a czellák fala között semmi kapcsolat.

10. O. L., 38 éves; 2 hetes folymat; m. l.: pulpo-pneumatikus csont. Sz. l.: a csontvelő erős genyes beszűremkedése; czellák nem találtak.

11. T. E., 21 éves; egy hó óta otitis; m. l.: pulposus csont, czellák csak a sinus körül, perisinus folymat. Sz. l.: a csontvelő genyes beszűremkedése, a csontgerendák kirágottak, osteoclastsejtek a lacunákban. A czellák nyálkahártyája és az izzadmány között szervi kapcsolódás nincsen.

12. M. I., 22 éves; 12 hetes folymat; m. l.: tisztán pulposus csont, zárt aditus, sinus vitrea felpuhult, perisinus tályog. Sz. l.: a csontban a rostos csontvelőnek csontszövetévé való átalakulása, keskeny, sejtűs lemezekből alkotott, sűrű hálózat alakjában. Czella nem találtak.

13. A. I., 38 éves; 6 napos folymat influenza után; m. l.: pneumatikus csecsnyujtvány, zárt aditus, haemorrhagiás-genyes izzadmány, kezdődő sinusphlebitis. Sz. l.: a czellák fala és az izzadmány között semmi kapcsolat.

14. T. L., 6 éves; egy hetes otitis; m. l.: pneumatikus csont. Sz. l.: kifejlődött czellák mellett olyan üregek, melyek nem csontvelővel, hanem olyan laza szövésű kötőszövettel vannak kitöltve, mint a nyálkahártya subepithelialis rétege (Wittmaack értelmezésében megfelel a pneumatizatio azon stadiumának, a mikor a subepithelialis réteg benyomul a pulpába s előkészíti az üregképződést), a már kész czellák nyálkahártyája enormis vastagságú, tág erekben bővelkedik. A czellák egyikében-másikában sejtűs, szélein rostos, kötőszövetes szövet-tömb, ebbe a czellafalak felől több vékonyabb-vastagabb köteg húzódik, melyek a nyálkahártyával egyrészt, az izzadmánytömbbel másrészt cystaszerű képleteket zárnak körül.

15. Cs. I., 12 éves; 4 hetes folymat; m. l.: szivacsos csontban kevés czella. Sz. l.: leszámítva egyes czellákat rekeszekre választó, régi szalagos képleteket, a friss izzadmány s a czellák fala között szervülés nincsen.

16. P. I., 60 éves; 4 hónapos fülhaj; m. l.: kemény, tömött, törékeny csont, zárt aditus. Sz. l.: sclerotizálódó csont, új csontlemezek rakódnak a régiekre. Egy szabályos csontgerendával körülzárt czellának a képét nyújtó területet rostos kötőszövet tölt ki (rostosan átalakult csontvelő-e vagy kötőszövetévé átalakult izzadmány, nem dönthető el); ebbe a rostos szövetbe új csont burjánzik, mint valami hyperostosis.

A mi a 16 esetben a csontnak makroszkopos — már a műtét alkalmával talált — structuráját illeti, feltűnik a pulposus szerkezetnek nagy túlsúlya. Ennek a pulposus csontszerkezetnek nem megvetendő szerepe van a gyuladás propagálásában. A pulpában kúszik tova — sokszor alattomos módon — a genyedés s vezet intracranialis complicatiókhoz. 5 esetben volt ilyen intracranialis complicatióval dolgunk a fenti esetek között, ezekből 4-ben (1., 4., 11., 12.) pulposus szerkezetet találtunk s csak egy esetben (13.) pneumatikus. De nem tekintve az intracraniumnak megbetegedéseit, a mastoiditis — mint Wittmaack is állítja — gyakoribb pulposus structurájú, mint normalisan pneumatizált csontban. Ez onnan van Wittmaack nézete szerint, mert a czellák nyálkahártyája mintegy megvédi magát a csontot.

Az egyéb makroszkopos elváltozásokra vonatkozólag fel kell említenem a pneumatizatio megakadásának vagy zavarának más jelei közül az aditus ad antrum zárt voltát (8 eset: 1., 2., 4., 6., 9., 12., 13., 16.), a szivacsos, vastag tegment (2 eset: 1., 4.), a czelláknak oly típusú elrendeződését, a mikor azok külön járaton át a dobüreg fenekével függenek össze (2 eset: 5., 8.).

A górcsövi készítményekben jellegzetesek a csontállományban, másrészt a cellulákban talált elváltozások. Bár főleg az utóbbiak érdekeltek vizsgálataimban, nem mulaszthatom el, hogy röviden az előbbieket is ne érintsem. Mint genyes, lobos csontfolymatnál várható volt, s a mit a műtétek leírásában „a pulpa genyes csapokkal átszótt” kifejezéssel rögzíthettünk, valóban a csontvelő genysejtes beszűremkedését találtam a csontgerendák lacunaris resorptiójával, a lacunákban osteoclast-sejtekkel. Két esetben (7., 11.) jól volt látható a genyes beszűremedésnek a nyálkahártyáról a csontgerendákra s onnan a pulpára való továbbterjedése. Érdekesebb a több esetben talált csonttömörülés, új csontlemezeknek ráakódása a meglévőkre. Ezt az elváltozást mindig pulpával kitöltött üregekben találtam, egy esetben (16.) nem tudtam eldönteni, vajjon a szabályosan zárt, meglehetősen tág üreg, melybe az új csont mint egy exostosis nőtt be, velőreg-e, vagy czella. Kérdés, hogy a csonttömörülés a gyuladással függ-e össze, hogy tehát valóságos ostitis vagy osteomyelitis ossificans-sal állunk-e szemben, avagy a pneumatizatio elmáradásának következményével. Kifejezett csonttömörülést három

esetben (4., 12., 16.) találtam 75, 22 és 60 éves egyéneken, mindhárom esetben 2 hónapig tartó középfülgyulladás után. Ez az idő, úgy gondolom, nem elégséges ily elváltozás létrehozásához, úgy hogy inkább hajlanék ama feltevéshez, hogy — beszámítva az első és harmadik egyén magas korát is — a gyuladás a csontot már ilyen állapotban találta.

Áttérek ezek után amaz elváltozások leírására, melyek a csont pneumatikus rendszerére, a csecsejtekre vonatkoznak.

A czellákat bevonó nyálkahártya vastag; szerkezetét tekintve, laza kötőszövet; a gömbejtes beszűremkedés nem egyenletes s a nyálkahártyaréteg vastagsága a beszűrődöttség fokával arányban nem áll; feltűnő a nyálkahártyaréteg bőerezettsége s az ereknek szokatlanul tág kalibere; a felszínen csak lapos hámréteget találtam, hámtól fosztott területet egy esetben sem láttam. A czellák üregét kitöltő izzadmány a fixáló folyadékban megalvad, a nyálkás váladék inkább egyenmő, vagy finoman szemcsés tömeggé csapódik ki, a fibrindús váladék durvább, rögzős s szálakkal átszőtt képet ad; hozzájárul ezenfelül a váladék sejt tartalma, mely a genyedés foka szerint változik; ha erős a genyedés, sejtdússá teszi, vagy a genyedés kisebb foka mellett sejtszegény marad. A megmerevedett izzadmány nem tölti ki teljesen a czella lumenét, a nyálkahártya és az izzadmány között üres tér látható. Ez onnan van, hogy egyrészt többé-kevésbé levegőt is tartalmazó üregekről van szó, másrészt főleg onnan, hogy a praeparálás a nedvességet elvonja, a kicsapódott exsudatumot kisebb térfogatúvá teszi mint az élőben volt, szóval zsugorítja. Élőben az izzadmány a physika törvénye szerint súlyának megfelelőleg a rendelkezésére álló térnek legmélyebb részét foglalja el, azt azonban teljesen kitölti; a váladék nem lebeg a czella belsejében, az érintkezés az üreg legmélyebb része s a folyékony állapotú izzadmány között közvetlen s egyenletes. De még ha fel is tesszük azt, hogy az izzadmány már in vivo kicsapódott, akkor sem képzelhető el, hogy az izzadmánytömb s a czellafal között olyan üres tér maradjon, a milyent a metszetekben látni lehet; véleményem szerint — a mi az izzadmány és üregfal közti rést illeti — egy a praeparálással összefüggő műtermékkel állunk szemben, vagy olyan elváltozással, mely az izzadmányszervüléssel — legalább is friss izzadmány szervülésével — nem függ össze.

A 16 esetből 4-ben a gyéren s atypusos elrendeződésben volt czellákból nem jutott a histologic fel dolgozott készítménybe, úgy hogy az „organisatio“ kérdését tulajdonképpen csak 12 esetben vizsgálhattam. Ebből 7 (1., 2., 6., 9., 11., 13., 15.) volt olyan, hol a nyálkahártya s a kicsapódott izzadmány között — bár az izzadmány a nyálkahártyát helyenként közvetlenül érintette — az elkülönültség kétséget kizáró módon volt megállapítható.

Két esetben (4., 5.) az izzadmányt, mely fibrindúsabb, 1—2 fibrinszál kötötte össze a czella falával, a kapcsolat azonban felületes s nem szervülésen alapuló volt.

Egy esetben (7.) a nyálkahártya részéről találtam ugyan kúpszerű kiemelkedéseket, s finom, az izzadmánytömbbe benyúló szálakat — azokat a képleteket, melyeket a szerzők „Organisationssprossen“-nek neveznek —, a nélkül azonban, hogy magában az izzadmánytömbben akár az ereződésnek, akár az organisatióknak más jelét is sikerült volna találnom.

Olyan eset, a hol az „izzadmánytömb“ (?) szövetsen átalakult, csak kettő van (3., 14.). Egyik 2 hét, másik 1 hét után operáltatott; ez az idő olyan csekély, hogy ezalatt az izzadmány ilyen fokú szervülése s kötőszöveté váló átalakulása el nem képzelhető, vagyis más szóval ez a kötőszövetes tömb az otitis, illetve mastoiditis keletkezésének idejében már megvolt, az otitissal — mint okkal — okozati összefüggésbe nem hozható; nem organisatiós productum, hanem Wittmaack után azt merném állítani, hogy a pneumatisatio zavarának maradványa s azon Wittmaack szerint „latens“ otitissból származik, mely talán még a csecsemőkorból zajlott le.

A 12 esetből már most csak egy (7.) marad, a hol a talált szöveti elváltozásoknak más magyarázatát nem tudom adni, mint hogy a lobos termék a nyálkahártyának olyan reakcióját indította meg, mely idővel talán csakugyan szervül-

léshez vezetett volna. A 8 nap, a mióta az otitis ezen esetben fennállott a műtétet megelőzőleg, nem volt elég, hogy az organisatio egyéb substratumai s egyéb objectiv jelei (capillarissok képződése, az izzadmánynak előbb azt hiszem sejtűs szövetté s ebből kötőszöveté váló átalakulása) kifejlődhetek volna. A műtét alkalmával *Krepuska* professor a csontot „szervülő fibrin- és genyecsapokkal áthálózott“-nak találta. Ez esetben a szervülésnek lehetősége nemcsak a csont „apró czellájú“ structurájában, hanem az exsudatum characterében, mondhatnám chemismusában volt megadva. S véleményem szerint ez a fontos. Nem egyszer tapasztalhattuk, hogy dobhártyametszés után a dobüregi váladékot igen erőlyes légbefúvással sem, csak úgy sikerült napvilágra hozni, ha a már félig kiürült s megalvadt izzadmányt csípő segítségével, mintegy fogóval húztuk ki. Máskor meg azt láttuk, hogy a különben híg dobüregi váladék a hangvezetőben merevedik meg. Az ilyen természetű izzadmány szervülésének lehetőségét nem vonom kétségbe. Az olyan otitisek, melyek ezenfelül acut tünetek nélkül folynak le, melyekben a fájdalom teljesen hiányzik, s a hallásnak esetleg különösképpen nem értékelte rosszabbodása a beteg szemében nem elég ok, hogy orvost keressen fel, a melyekben a dobhártya spontan sohasem perforált: az ilyen esetek különösen azok, a hol az izzadmány szervülhet a dobüreg belsejében, a halláscsontok lánccolatában, a labyrinthusfülkékben, lemezes, hártás, szalagos lenövések keletkeznek s az a kórkép alakul ki, a melyet nemcsak klinice, hanem pathologic is otitis media catarrhalis chronica adhaesivának nevezünk.

Hogy azonban — az említett eshetőségeket leszámítva — az organisatio heveny fulgenyedések után olyan gyakorisággal és szabályossággal következék be, mint *Döderlein* munkájából folyik, eddigi klinikai tapasztalataim felül jelen vizsgálataim alapján is tagadásba kell vennem.

Vizsgálataimat *Krompecher* tanár rendkívül lekötelező szivességéből az ő intézetében, a II. sz. kórboncztoni intézetben végeztem; ez alkalommal is hálás köszönetemet fejezem ki neki. Hálás köszönetet mondok *Krepuska* tanárnak is, ki munkámban sok becses tanácssal támogott.

Közlemény a székesfővárosi Szent Margit-kórház belbeteg-osztályáról. (Főorvos: Marsovszky Pál dr.)

Mesterséges urticaria és belső secretio.

Írta: *Pfeiffer Miklós* dr., segédorvos.

A mesterséges urticaria (dermographismus) csak ritkán kerül észlelés alá önálló megbetegedés gyanánt, mert egyrészt egyéb megbetegedések kísérőjeleként, másrészt valamely, sokszor igen változatos tünetcsoport egyik tagjaként szerepel. Régtől fogva az idegrendszer hyperaesthesiája jeleként fogjuk fel a dermographismust; traumás neurosis, neurasthenia esetében s mindenütt, a hol vasomotoros zavarokat tételezünk fel a kórképben, keressük a bőr túlérzékenységét, közönségesen a dermographismusra irányuló vizsgálattal. *Trousseau* „taches cérébrales“-jai sem egyebek, mint dermographismus, s főleg régebben, kórjelző fontosságúak voltak meningitis esetében. *Krause*¹ a neurasthenia cardinalis tüneteként szerepelteti a hyperhydrosis, az ízületek ropogása és az anaemia falsa mellett.

Titokzatosabb s egyben érdekesebb problémát alkot azonban a mesterséges urticaria mindazon esetekben, midőn nem az idegrendszer általános, vagy esetleg egy pontra koncentrálható megbetegedésével áll kapcsolatban, hanem sok más, többé-kevésbé homályos aetiologiájú tünettel együtt jelentkezik, még pedig mintegy uralkodva a kórképben.

*Riess*² a széneláznál szerepelteti az urticaria factitiát, együtt a migraine-nel és a különböző ízületi fájdalmakkal; *Sattler*³ novocain-mérgezés melléktünete gyanánt említi; *Kocher*⁴ sok esetben figyelte meg Basedow-kórral való összefüggését. Ezt az utóbbi észleletet azonban az alábbiak szerint inkább toxikus hatások rovására írhatnók.

Régi tapasztalat, hogy a mesterséges urticaria az úgynevezett toxikus urticariáktól (gyógyszerexanthemák, rovar-,

csaláncsípés, rák, földieper, tojás, sertéshús stb. élvezése után jelentkező, anaphylaxiás alapon magyarázott esetek) főleg a viszketés hiányával különbözik; kórbonczani, klinikai képük egyforma. A viszketés hiányát *Unna*⁵ magyarázza meg kétséget kizáró módon: a mesterséges urticariánál nem szerepel toxin, mely a bőr stratum papillarejában levő szabad idegvégződéseket izgatva, viszketést okozhatna.

Az a felfogás, hogy a mesterséges urticaria egyszerű lobos ingerphaenomen (*Philippson*), meghaladottnak tekinthető, lévén a lobbhoz csak egy hasonlósága: az oedemás jelleg.

A mesterséges urticaria explosiv megjelenése, gyors eltűnése, általában a benne megnyilvánuló paroxysmalis jelleg a kutatást régen az idegrendszer irányába terelte, hiszen még mai ismereteink mellett sem képzelhető el a szervezet anyagcserejének olyan gyors lefolyása, hogy pusztán anyagcserezavarok oly rövid idő alatt, akár mechanikai, akár chemiai ingerre ilyen durva elváltozásokat produkálhassanak.

Neisser szerint a mesterséges urticaria aetiologiájában vasomotoros secretiók zavar játssza a főszerepet, s a vele együttjárni szokott tünetek közül a hyperhidrosis az, a mely hasonló értelmezést nyer *Barendt*, *Ravogli* és *Santi*⁶ felfogásában. *Szontagh*⁷ azt állítja, hogy az urticaria és hyperhidrosis a neuroarthritises diathesis talaján fakadó bőrmegbetegedés (együtt az ekzemával és prurigóval) s az együttesen jelenlévő asthma részben e diathesis, részben pedig a lymphás-hyperplasiás diathesis tüneteiből tevődik össze. Egyéb szerzők, így *Pinkus*⁸ szerint a mesterséges urticaria is egy, a szervezet belsejében rejlő toxikus gőczra vezethető vissza; *Number*⁹ említ is esetleg toxikus alapon jelentkező anyagcserezavarok basisán fejlődött urticaria factitiát, jelesen cystinuria esetében.

Ilyeténképpen nemcsak az apróbb, mindennapi tapasztalat, hanem az irodalom is támogatni látszik azt a felfogást, hogy a mesterséges urticaria, valamint a vele gyakran együttjáró egyéb megbetegedés, de főként a hozzá igen közelálló, sőt bizonyos szempontból vele azonos folyamatnak tekinthető oedema fugax az anyagcsere állandóbb jellegű zavarán alapul. S itt igen közel fekszik a gondolat, hogy az említett tünetek okaként szerepeltetett diathesis nem felel-e meg az endokrin mirigyrendszer valamely inkoordinációjának?

*Quinke*¹⁰ egyik terjedelmes dolgozatában sok érdekes jelenséget világít meg úgy, mint az általa leírt oedema fugax analogonját. Régebbi szerzők is rámutattak már az oedema fugax és például a migraine összefüggésére. *Quinke* felfogása szerint az ilyen futólagos oedemák a test bármely szövetrészletére vagy szervére lokalizálódhatnak, s így igen könnyű magyarázatot nyerünk az egyes paroxysmalis főfájások, migraine, hydrops genu intermittens aetiologiájára.

Quinke esetei érdekesekek abból a szempontból is, hogy bizonyos familiaris jelleget, esetleg öröklést nem lehet kizárni; egyik esetében a beteg nő anyja teljesen hasonló megbetegedésben szenvedett; egy más esetben az oedema fugaxban szenvedő beteg egyik testvére urticariával, a másik asthmával, a harmadik urticariával és szénalázzal állott kezelés alatt. Főként az asthma és a mesterséges urticaria együttes jelenléte szolgáltatthat igen értékes adatokat e tünetcsoport közös vonásainak, esetleg közös eredetének keresésében.

*Grumme*¹¹ szerint az asthmarohamot vagusizgalom okozza, ez viszont a sympathicus tonuscsökkenése útján áll elő, melynek oka viszont az adrenalinhiány, a mellékvesék hypofunctiója. Directe ez a felfogás jut érvényre az asthma terapiájában, midőn adrenalinnyújtunk, viszont indirecte ugyanezt a célt szolgáljuk, midőn jod adagolásával a pajzsmirigy funkciót fokozva, a mellékvesét mintegy aktiválni akarjuk.

Ugyanílyen eredményre kell, hogy jussunk annak a régi tapasztalatnak alapján is, hogy atropinózissal a vagust kikapcsolva, hyperthyreoidismust hívunk létre. Ilyen módon azonban az atropinnak az asthma kérdésében ismert terapiás jelentősége jelentékenyen növekszik, mert nem pusztán az érrendszerre gyakorolt hatásán alapul. S így az *Unna* által propagált adrenalin + atropin urticaria-therapia sem pusztán

azzal nyer jelentőséget, hogy a megnehezített arteriás oda-folyás és megkönnyített venás elfolyás útján megszünteti az érrendszer-keresztmetszetek incoordinációját!

Megfontolva az elmondottakat, leírandó eseteinket a belső secretiók rendszer elváltozásainak szempontjából kísérlemmel meg elemezni az alábbiakban.

1. S. A., 30 éves hajadon. 1921 február 10. Hetek óta jelentkező, igen nagy fájdalmakkal járó rohamai vannak. A fájdalmak a III., vagy az V-VI. hátszigolya tájára szorítóznak. A rohamok 10-15 percig tartanak, egyidejűleg heves félfoldali főfájás. A menstruatio igen rendetlen, igen csekély mennyiségű. A részletes vizsgálat közepes dermatographismuson és a reflexek kissé fokozott voltán kívül nem derít ki semmit. Therapia atropin + adrenalin. Az eredmény igen csekély, a dermatographismus talán kissé csökken. Extractum corporis lutei és glanduovin (*Richter*) felváltva, subcutan, napjában 1 phiola. Három heti észlelés után alig egy-két roham, igen csekély fájdalmak. Ekkor otthoni gyógyszerrel 0.02 gr.-os belladonna-porokat és naponta 1 thyroidea-tablettát rendelünk. A beteg négy hónap múlva panasz- és tünetmentesen jelentkezik.

Ebben az esetben a therapia egyrészt az ovariumpraeparatumok, másrészt az atropin és thyreoidin együttes adagolásával volt hivatva a belső secretio incoordinációját megszüntetni. A fájdalmakat migraine-nek tartottuk, s a therapia ezt ex juvantibus helyes diagnózisnak minősítette.

2. H. J.-né, 33 éves. Jól fejlett, semmi szervi elváltozást nem mutató nőbeteg. Környezete kijelentése szerint azonban igen „ideges”. Hosszabb idő óta oedema fugaxban szenved, bőre a legcsekélyebb, physikai ingerlékenységét vizsgáló beavatkozásra is hatalmas urticariával reagál. A kórházba abortus miatt került. Mintegy másfél év után ugyanitt szült (1921 május 10.-e körül), az urticaria nem váltható ki; a beteg kijelentése szerint multkori abortusa óta nem észlelt hasonló jelenségeket.

Ebben az esetben az urticaria a terhesség megszakadása kapcsán tűnt el. Sok körülmény viszont azt mondhatná, hogy a mellékvesének a terhesség alatti megnagyobbodása miatt az urticariának éppen a teherbejutás kapcsán való eltűnését várhatnók. Csakhogy a terhesség alatti mellékvesemegnagyobbodás nem vonatkozik annak szükségképpen mindkét rendszerére és egyáltalán nem lehetetlen föltevés az, hogy csak az interrenalsystema lép hyperfunctióba.

3. V. J., 16 éves fiú. 1921 február 14. Feltűnően erősen fejlett, izomzata, szövete, nemiszervei és psychéje fejlettsége is jóval magasabb kornak felel meg. Két év óta minden tavasszal náthája és szemgyuladása van, ugyanakkor erős légszomj kínozza. Kezein, lábain nagyfokú hyperhidrosis, bő számmal apró miliumok (cheiropompholyx?), igen nagyfokú dermatographismus. A bőr legcsekélyebb mechanikai ingerlésére cseruza—kiszujvastagságú kidudorodások jelennek meg, melyeket széles, hyperaemiás udvar környez. Az urticaria tíz-tizenöt perc alatt fokozatosan visszafejődik.

A szervek részéről semmi kóros jel. Csekélyfokú lépmegnagyobbodás. Pulsus 70; vérnyomás Riva-Rocci szerint 95 mm. Hg., vörösvértestszám 6 millió, fehérvérsejtszám qualitativ képen normalis. Vizeletben albumen-nyomok. Idegrendszer ép, reflexek kissé fokozottak, az izézés a nyelvgyökön tévesztő.

Atropin-kúra. Napjában 3-szor 1 novatropin-tabletta (chinoin), ennek kapcsán calcium per os. Két hétig változás nincs. Ekkor 3-szor 1 ampulla novatropin-injectio; napjában 1, majd 1½ thyroidea-tabletta. Hatheti észlelés után a vérkép normalis, a vérnyomás 107 mm. Hg.; a vizelet tiszta. A beteg teljesen munkaképes, nem izzad, nehézlégzése elmaradt, az urticaria alig váltható ki. Eltávozott április 16.-án. Július végén jelentkezik, végigdolgozta a nyarat, panaszai kifsokban fennállnak. Háromheti hasonló kezelés után tünetmentes.

4. R. Ö.-né, 40 éves. Ambulans. Hetek óta veszi észre, hogy bőre a nyomásnak kitélt vagy egyéb módon ingerelt helyeken kivörösödik és megduzzad, nem viszket. Más panaszja nincs. Émésztése teljesen jó. Organikus elváltozás nincs, a reflexek kissé fokozottak. Igen nagyfokú dermatographismus. A pulsus 60, csekély hullámú. A beteg a kórházi felvételbe nem egyezik bele, azért ambulanter rendelünk neki atropint és thyroidea-tablettákat. Hat hét múlva (augusztus 10) jelentkezik, az urticaria alig látszik, s csak igen durva ingerre váltható ki.

Mindkét esetben szembeszökő eredmény mutatkozott azonos therapia mellett. A 3. számú esetben a fokozottan fejlődött secundaer nemi jelleg támogatja azt a tapasztalatot, hogy a genitalis-interstitialis rendszer és az interrenalsystema functióikban igen hasonlóak egymáshoz; de szintén nem zárja ki az adrenalsystema csökkent functióit.

Még a legnagyobb jóindulat mellett sem lehet attól a gondolattól szabadulni, hogy a leírt észlelések kissé hiányosak. Igaz, hogy a kórtörténetek a rendelkezésre álló szűk térre való tekintettel nagyon kivonatosságúak, viszont kellő vizsgálóeszközök és a megfelelő berendezés hiányában az ilyen,

még kevésbé földérfelt terrenumon a következtetések és feltevések útja az, a melyen egy-egy lépést előre haladhatunk. Ennek daczára egypár szembeötlőbb tény leszűrhető marad:

1. Az urticaria factitia, a hyperhydrosis, az asthma, a szénaláz, az oedema fugax, a migraine, a hydrops genu intermittens akár önállóan, akár együttesen, jóindulatúan reagálnak a szervezetben lévő adrenalin-mennyiség fokozására.

2. Történhetik az directe, vagy indirecte, a mellékvese-systemák divergentiája, vagy éppen antagonismusa szembeötlő.

3. Az eddig is már használatos atropintherapia talán nem annyira az idegekre való hatása miatt jogosult, hanem mint a mellékvesék működésének fokozását elősegítő indirect eszköz.

Irodalom. ¹ Krause: Klinische Diagnostik, 1918. — ² Riess: Über Heufieber, 1906. — ³ Sattler: Orvosi Hetilap, 1920, 25. — ⁴ Kocher: Morbus Basedowii, 1919. — ⁵ Unna: Kriegsaphorismen eines Dermatologen, 1917. — ⁶ Eulenburg's Realenzyklopädie. — ⁷ Szontagh: Orvosi Hetilap, 1919. — ⁸⁻⁹ Pinkus-Number: Kraus-Brugsch's. Spez. Pathol. u. Ther. innerer Krankheiten, 1920. — ¹⁰ Quincke: Med. Klinik, 1921, 23.—25. szám. — ¹¹ Grumme: Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 7. szám.

Közlemény a berlini árvaház és gyermekmenhely klinikájáról.
(Főorvos: Dr. Ludwig F. Meyer, egyetemi tanár.)

A szénhidratok jelentősége a csecsemő-táplálásban.

Irta: Totis Béla dr.

A csecsemők mesterséges táplálására vonatkozó újabb nagyszámú klinikai megfigyeléseink azt mutatják, hogy a szénhidratoknak a csecsemőtáplálásban az eddigiól lényegesen különböző jelentőséget kell tulajdonítanunk. Ismeretes az az óvatosság, az a félelem, a mivel a szénhidratokat nemcsak az intézetben ápolat csecsemőknek, de a családban, jól izoláltaknak is adagolták.

A hasmenés prophylaxisa a mesterségesen táplált csecsemőknél elsősorban zsírban, másodsorban szénhidratban szegény táplálást kívánt. De különösen a disaccharidoktól, mint legkönnyebben erjedő szénhidratoktól volt nagy a félelem.

Ismeretesek továbbá azok a problémák, a melyek a csecsemőintézetekben a csecsemőtáplálás körül felmerültek. Itt, ha a csecsemőt a parenterális infectiótól megóva, életben is tudtuk tartani, megoldhatatlan problémánk maradt, hogyan tegyük „jól fejletté“, „jól táplálttá“, jó turgorúvá. Ezt a problémát bonyolultabbá tette az az összefüggés, a melyet egyes szerzők a táplálás mineműsége és a parenterális infectiók gyakorisága között vélték találni, a mi megint csak a szénhidratokkal való óvatos táplálás irányába vezette a csecsemőintézeteket.

De ezzel a problema csak problema maradt még ott is, a hol a csecsemők rosszul fejlődésének leggyakoribb okát a quantitative hiányos táplálásban megtalálták. Mert a csecsemők intézeti ápolása, az individualis ellátás és táplálás lehetetlen volta — valljuk be — az intézetben ápolat csecsemők legnagyobb részét hiányosan táplálja. Ezért elsősorban a csecsemőintézetek problémája a táplálékot quantitative caloriadúsabbá tenni.

A fehérjével fokozott caloriatartalmú táplálék, a mely szükségesnek mutatkozik a csecsemők nagyobb súlyvesztése után, nem alkalmas állandó táplálásra, mert ha a tehéntej caseinjének ártalmas hatásában ma már nem is hiszünk, a fehérjével való túltáplálás a fehérje specifikus dinamikai hatása miatt kerülendő.

Zsírral fokozott táplálást különösen fiatal csecsemőkön nem végezhetünk a hasmenés veszélye nélkül. Mindazonáltal Czerny és iskolája a zsírnak mind nagyobb szerepet próbál juttatni a csecsemőtáplálásban és a Czerny-Kleinschmidt-féle zsírdús tápszert nemcsak azon fiatal, gyenge, alacsony testű csecsemőknél ajánlják, a kik a közönséges, csak szénhidrattal caloriadúsabbá tett táplálék mellett nem fejlődnek, de alkalmasnak látják a mesterséges táplálás végigvitelére is oly esetekben, a hol előzőleg acut táplálkozási zavarok vagy nagyobb súlyvesztések nem voltak. (Megjegyezzük, hogy

ily esetekben a Czerny-levest fokozott szénhidrat-mennyiséggel kell a kornak megfelelően caloriadúsabbá tenni.)

A Czerny-levest fiatal csecsemőknél, a Biedert-féle ramogennel idősebbeknél intézetünkben sokat próbálkoztunk, azonban jó eredményekről nem számolhatunk be. Nemcsak acut táplálkozási zavarokat észleltünk, hanem a súlygörbén sem láttuk a leírt állandó emelkedést. (Hasonló eredménnyel járt a budapesti állami gyermekmenhelyen 1918-ban végzett próbálkozás a Czerny-levestel.)

(A magángyakorlatban zsírral már inkább elérhetjük az idősebb csecsemő hizását egyszerűen úgy, hogy tápszerreibe 1—2 kávéskanál jó vaját tételünk be.)

Mindezek szerint tehát, már a tehéntejnek a higitás által kisebbé lett tápértéke miatt is, a szénhidratokra, mint a tápszer caloriatartalmát fokozó tápanyagra szorulunk rá. Intézetünkben rászorultunk gazdasági okokból is.

De nem Pirquet táplálási rendszeréből indultunk ki akkor, a mikor az intézetünkben ápolat mesterségesen táplált csecsemők jól fejlődését szénhidratban dús táplálékkal próbáltuk elérni. (Pirquet rendszere tagadja az egyes tápanyagok qualitativ hatását és csakis caloriatartalmukat veszi tekintetbe.)

Gazdasági okok voltak azok is, a melyek miatt a liszt-féleségekkel való táplálást elhagytuk és kizárólag cukorral növeltük a tápszerek tápértékét. Itt mindjárt fontos, közölni való megfigyelésünk az, hogy különbséget a csak cukorral táplált és a cukorral és liszittel táplált csecsemők súlygörbéje vagy táplálkozási zavara között nem találtunk.

Sokkal fontosabb és jelentőségében nagyobb azon igen nagy számmal végzett kísérletünk, hogy oly csecsemőknél, a kiknek súlygörbéje állott vagy ingadozott, a táplálék cukortartalmát növeltük. Ki kell emelnünk, hogy ezt még gyakori és szapannos székletetek esetén is tettük.

Az intézetünkbe felvett csecsemőknél a táplálást 7%, cukrot tartalmazó tejkeverékkel kezdtük. Ha a súlygörbé emelkedése megállott vagy ingadozott, még rossz és gyakori székletetek mellett is a cukormennyiséget 10—12%-ra emeltük. Általában 12% cukor mellett fejlődtek a csecsemők a legegyszerűsebben.

Vagyis, ha az ingadozó súlygörbéből vagy a székletetek számából vagy minőségéből a régebben „egyensúlyzavarnak“ nevezett fejlődési zavarra gondolhattunk, a táplálék szénhidrattartalmát növeltük és ezzel nemcsak azt értük el, hogy az addig ingadozó súlygörbé egyenletes emelkedésnek indult, hanem azt is, hogy a székletetek száma és minősége rendbe jött. Idősebb csecsemőknél a székletetek gondos ellenőrzése mellett a cukor mennyiségét sok esetben 17%-ig emeltük és emellett a szénhidratdús táplálék mellett a csecsemő acut táplálkozási zavarokban nem szenved, parenterális infectiókban sem betegszik meg gyakrabban, mint a zsírban dús táplálékban részesült csecsemő. Intézetünkben a legjobban fejlett és legjobb turgorú mesterségesen táplált csecsemők a nagy szénhidratmennyiséggel tápláltak.

A szénhidratok a bélben bacteriumok hatása alatt indulnak erjedésnek, a mely erjedés rendjén savak, és pedig alacsonyabb értékű zsírsavak keletkeznek. Eddigi félelmünket a szénhidratdús tápláléktól főleg azzal indokoltuk, hogy a nagyobb mennyiségben keletkezett zsírsavak nem resorbeáltnak, hanem a bélepithelre kifejtett káros hatásuk folytán hasmenést idéznek elő. A fent említett nagyszámú klinikai tapasztalat alapján minden jogunk megvan arra, hogy a szénhidratokban dús táplálékok sorsát a bélben másképpen képzeljük el. Az a tény, hogy alacsonyabb szénhidrattartalmú táplálék mellett gyakrabban észleljük a „dyspepsiás“ székleteteket, mint magasabb szénhidrattartalmúnál, de főleg az, hogy gyakori és minőségükben rossz székletetek nagyobb szénhidratmennyiségre megjavulnak, arra engednek következtetni, hogy a bélben a szénhidratoknak az erjedése, illetőleg a bélben levő erjesztő bacteriumoknak a működése a béltartalomnak szénhidratmennyiségétől függ. És pedig olyképpen, hogy nagyobb cukormennyiség mellett az erjesztő bacteriumok virulentiája, erjesztőképessége kisebb. Ezzel magyarázhatjuk a szénhidratoknak táplálási módszerünkben észlelt paradox

hatását, a mely abban állott, hogy fokozott bélperistaltikára, illetőleg a bélben levő erjedési folyamatokra utaló sűrű széketétek a magasabb cukormennyiségre megkevesbedtek.* Ezidőszert a következőkben foglalhatjuk össze klinikai észleléseink eredményeit.

A csecsemő rossz fejlődése valamely cukormennyiség mellett nagyobb cukormennyiséggel megjavítható a nélkül, hogy a csecsemőt az acut táplálkozási zavar veszélyének tennők ki.

A magasabb szénhydratmennyiség adagolásának első indicatiója a régebben „egyensúlyzavarnak“ nevezett fejlődési zavar.

Feltétele, hogy a csecsemő acut táplálkozási zavarban ne szenvedjen, de itt megjegyezzük azt, hogy oly kísérleteink is folynak, a melyekből a táplálék nagy cukormennyiségének súlyos táplálkozási zavarokban való gyógyító hatását is reméljük.

Ez utóbbi, továbbá észleléseink elméleti és kísérleti indokolása — jövő feladatunk.

Közkórházi Orvostársulat.

(X. ülés 1921 november 30.-án.)

Elnök: Torday Ferencz.

Jegyző: Torday Árpád.

Forrázás után keletkezett duodenalis fekély esete.

Kovács József: A 38 éves napszámosnő 1921 szeptember 12.-én került osztályára vérhányás és bélvérzés tüneteivel. Kórelőzményi adatai közül kiemelendő, hogy július 25.-én éppen felforrt tejjel leforrázta magát mellének és hasának megfelelőleg oly mértékben, hogy bőre ezeken a helyeken felhólyagzott. A leforrázás után csakhamar étvágytalan lett, majd pedig augusztus közepe táján, tehát három héttel a leforrázás után, gyakori makacs csuklás, rendkívül heves gyomortáji fájdalom és gyakori hányás lepte meg. Felvételekor jelentékeny anaemia képét adja, az epigastrium egészében véve feszes, nyomásra rendkívül érzékeny, a mell és has bőrén barnás-vörös foltok. A hányadék sárgás-zöldes, véralvadékkal kevert, a bélsár elég bőséges, kátránszerű. Probareggeli után fél órával szabad sósav 35, összaciditas 52. A Röntgen-átvilágítás (Stein dr.) kezdetén csak a fundus felső harmada telődött, a gyomor többi részén erős spasmus, a vizsgálat folyamán a gyomor a pylorussal együtt jól látható. Duodenalis telődés nincs. A beteg tehát a duodenalis fekély jól kifejezett képét adja. Aetiologiai szempontból különös jelentőséget ad az esetnek az a körülmény, hogy a beteg a bőrén nagyobb kiterjedésű leforrázást szenvedett el. Curling az elégséges nagyobb jelentőséget tulajdonított, de ez Mayo és Moynihan óta jelentőségében vesztett. Újabban Chiari, Melchior és Pfeiffer szállott sikra a duodenalis fekély és az elégséges közti kapcsolat mellett. Általános pathologiai szempontból figyelmet érdemel, hogy ugyanazon pathologiai és histologiai elváltozásokat más kórfolyamatoknál (influenza vera, sepsis, anaphylaxiás tünetcsoport) is megtalálják. A midőn ezt megállapítja, távolról sem akar szembe kerülni Krehl figyelmeztetésével, a ki Cohnheim kísérleti eredményeire utal. E szerint a gyomor nyálkahártyáján előidézett különböző defectusok aránylag gyorsan gyógyulnak. A nyálkahártya súlyosabb sérülése egymagában nem elegendő tartósabb fekélyek keletkezésére. Ugyanezt állapította meg Bergmann és tanítványa Rösler is, a kiknek azonban a táplálkozási viszonyok lerontásával és a secretio párhuzamos fokozásával mégis sikerült valóságos fekélyeket előidézni. A bemutató az állatkísérletek alapján, továbbá Nothnagel, Noorden és Schmidt klinikai észlelései alapján a duodenalis fekély és a bőrelégés közti kapcsolatot fenntartja. Melchior amaz ellenvetését, hogy e fekélyeket nem lehet azonosítani a tulajdonképpeni gyomor-nyombélfekélyekkel, mert gyorsan és simán gyógyulnak, nem fogadja el, 1. mert ezek is mutathatnak chronikus lefolyást,

* A kefelevonat átnézésekor. Ezt a közleményt 1920-ban írtuk. Azóta a berlin-dahlener Neuberger-féle intézetben végzett állatkísérleteink a fenti elméleti megfontolást igazolták. Ezekről külön közleményben számolunk be.

a mit esete bizonyít és 2. mert az idült duodenalis fekélyek lefolyását sem nézik ma annyira pessimista szemmel, a mit Hart statisztikai adatai eléggé bizonyítanak.

Jankovich László: Az általában elég gyakori nyombélfekély kóroktanában az égés csak kis szerepet játszik, ellenben fordítva, az égésnél gyakran találunk fekélyt a nyombélben, a mire nézve bizonyoságul szolgál az egyetemi törvényszéki orvostani intézet bő hullananyag. Feltűnő azonban, hogy a fekély inkább gyermekekben mutatkozik és csak oly esetekben, a melyekben az égés és a halál között hosszabb idő telt el. A fekély keletkezésének módja, épp úgy, mint az emésztési fekélyé, mai napig homályos.

Balogh Ernő: Lencsényi friss kerek fekély jelenlétét észlelte a duodenumban (3 cm.-rel a pylorus alatt) a bal kar harmadfokú égése után. A 3¹/₂ éves fiúcska bal karjával forró vízbe esett. Utána a 9. napon orbánczban meghalt. Fel nőttek lőszorobbanása okozta s már az első napon halálra vezetett égési sérülései kapcsán a duodenumban elváltozásokat még nem talált. Pick újabban 25 égési eset közül csupán egyben talált következményes ulcus duodenit (a 22. napon), viszont már előzetesen fennállott régebbi fekélyt talált egy már a combustio utáni napon elhalt egyénben. A mint általában az ulcus pepticum kórereditére nézve is bizonyos esetekben feltételezik, úgy a most szóban forgó fekélyek kialakításában is a vasomotoros zavaroknak kiváló szerepük van. Ez annyival is inkább felvehető, mert tudvalevő, hogy például kiterjedt égés után általános vasomotoros bénulás áll be. Emellett azonban dispositív tényezők is (gyermekkor) bizonyára hozzájárulnak ahhoz, hogy égések után duodenum-fekélyek keletkezzenek. A duodenumnak, és pedig a papilla feletti részének kiválasztottságát talán helyi s esetleg ad hoc meg is változott szöveti functionális okok (mint például a gyomorsav, esetleg annak ad hoc hypersecretiója) értelmeznék.

Kovács József: Balogh fejtegetései kedveznek az ő felfogásának, hogy a fekély keletkezéséhez több feltétel jelenléte szükséges.

A scarlatina-vaccina (Strössner-féle streptococcus-vaccina) mellékhatásairól.

Budai István: Strössner Ödönnek, a fővárosi bacteriologiai intézet h.-igazgatójának kezdeményezésére Gerlóczy főorvos megbízta az előadót, hogy a vaccinával, a mely a vörhenynyel szemben activ immunizálás céljait kívánja szolgáltni, a Szt. László-kórház lábadozóin experimentalis oltásokat végezzen az esetleges káros hatások megfigyelése céljából. 51 egyén kapott összesen 74 oltást. Az egyiken oly élénk scarlatiniformis exanthema fejlődött, hogy az osztály főorvosát Gerlóczyznak kellett megnyugtanni, hogy nem valódi vörheny. A reactio 35 esetben tisztán helybeli volt, 15-ben helybeli és általános, utóbbiak közül 13-ban lázas (subfebrilis). A lázas eseteknek csaknem felében (6) enyhébb gócszerű megbetegedések (tüszös mandulalob, genyes középfüllob, nyirokmirigylob) is voltak észlelhetők az oltás nyomán. E bántalmak azonban nem a vaccinára közvetlenül, hanem a beoltott szervezet állapotára vezethetők vissza, tudniillik azon változatos, de tünetileg gyakran ártatlannak tetsző kórképre, mely heveny infectiók nyomán az ubiquitous strepto- és diplococcusok hatására szokott előállani. (Streptococcus-laryngitisek, bronchitisek és pneumoniák morbilli és pertussis folyamán; nasalis infectiók, bőr- és bélfekélyeken át benyomuló társfertőzések.) Következtetései helyességének bizonyítéka gyanánt tekinti a tonsillaris genyecsap és a középfülgeny Gram-positív diplococcusait (tekintve, hogy a streptococcusok biologiai úton diplococcusokká alakíthatók), a góczok jelentkezésének szabályos terminusait (negatív fázis) és a kórtani analogiákat.

Az előadó a vaccina alkalmazásakor a legszigorúbb individualizálást ajánlja. Csakis teljesen egészséges egyének oltathatók. De mielőtt a vaccina gyakorlati alkalmazást nyerhetne, előbb más intézetben nem fertőző beteganyagon tovább vizsgálendő.

Torday Ferencz: A heveny fertőző kórok elleni sikeres védekezés csak activ és passiv immunisatióval lehet sikeres. A fertőzés lehetőségeinek korlátozása elkülönítéssel és a kórokozónak fertőtlenítéssel való elpusztításával csakis kis mértékben korlátozhatja a fertőző kórok elterjedését. Passiv immunisatióval a diphtheria elleni védőoltáson kívül újabban a kanyaróellenes védőoltások bizonyultak sikeresnek. A scarlatina elleni védekezés ez úton kevésbé biztat sikerrel és így az activ immunizálásnak megvolna a jogosultsága, de nem a streptococcus-vaccina útján, egyrészt azért, mert nagyon kérdéses, vajjon a streptococussal immunizálás a vörhenynyel szemben nyújt-e védelmet, másrészt azért, mert, miként az előadó által mondottakból is kitűnik, a védőoltottakat életveszélybe sodorhatja régi góczok mobilisatiójával.

Hainiss Géza: A hibás vaccina-szó használatát kifogásolja.

IRODALOM-SZEMLE

Könyvismertetés.

A. Bacmeister: Lehrbuch der Lungenkrankheiten. Zweite neubearbeitete Auflage. Leipzig, G. Thieme. 339 oldal, 103 ábra és 3 színes tábla. Ára 63 m.

A légzőszervek betegségeit a tudomány mai állásának megfelelő módon és e mellett nagy gyakorlati érzékkel is tárgyaló jeles munka új kiadására szívesen hívjuk fel a figyelmet. Didaktikai szempontból szinte mintaszerűek az első fejezetek, a melyek a tüdő anatómiáját és physiologiáját, a normális tüdő vizsgálatát és a légzőszervek viselkedésének megváltozását kóros befolyásokra ismertetik. A könyv nagy részét természetesen a tüdőgümőkór tárgyalása veszi igénybe, de azért a légzőszervek többi betegsége is alapos megbeszélésben részesül. A therapia sokkal több helyet talál a könyvben, mint a mennyit megszoktunk; de nem a kevés kritikával végzett felvonultatása az egyes szereknek és eljárásoknak teszi terjedelmesebbé a terapiáról szóló részeket, hanem a nagy kritikával megválasztott és a szerző által nagy anyagon kipróbált gyógyításmódoknak részletes leírása. A szerző józan subjectivitása éppen a terapiára vonatkozó részekben nyilvánul meg legjobban, a hol csakugyan nagyon helyénvaló is.

Kraus-Brugsch: Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Berlin—Wien, Urban und Schwarzenberg.

A nagy gyűjtőmunkából ismét 22 füzetet kaptunk. Ezek közül a 182.—193. füzetben befejezését találjuk. *G. Brühl* dolgozatának, mely a fülbetegségek összefüggését a belső bajokkal tárgyalja, majd *W. Löhlein* greifswaldi tanár ismerteti körülbelül harmadfélzáz lapon a szembetegségek vonatkozásait a belső bajokkal 21 szép színes tábla kíséretében; nagyon ügyes a dolgozathoz mellékelt kétféle betűrendes összeállítás, a melyek közül az egyik a szemtünetek sorrendjében sorolja fel a betegségeket, a melyekben az illető szemtünet előfordul, a másik pedig a belső betegségek sorrendjében adja az illető betegségekben található szemtüneteket. A 194.—197. füzetben *G. Singer* bécsi tanár a bélvérzések tárgyalását kezdi meg; e dolgozat szövegét is igen jó kivitelű, tanulságos színes táblák teszik könnyebben érthetővé. A 198. füzet a rachitis kitűnő leírását adja *A. Czerny* berlini tanár tollából. Végül a 199.—203. füzet nagyobb részét *P. Morawitz* greifswaldi tanár kimerítő dolgozata az asthmáról foglalja el, a továbbiakban pedig *F. Sinnhuber* königsbergi tanár kezdi meg a tüdőemphysema ismertetését.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A belső antisepsis kérdését a következő eszmemenet alapján véli megvalósíthatónak *Hess* és *Reitter*: az antisepticumot hozzákapcsoljuk specifikus serumalkotórészekhez azzal a céllal, hogy ez utóbbiaknak specifikus affinitása folytán az antisepticum csak ott fejtse ki a hatását, a hol szükség van rá: a bacteriumokon. Kémlőcsőben végzett vizsgálatok ennek a lehetőségét máris bebizonyították. A kiépítése ennek az eljárásnak természetesen még beható vizsgálódásokat igényel, de megvan a remény, hogy ilyen módon sikerülni fog igen kis, a szervezetre ártalmatlan antisepticum-mennyiséggel eredményt elérni, mert ez a kis mennyiség — nem oszolván meg a hatása a szervezet összes sejtjein — elegendő lesz a bacteriumok elpusztítására. (Wiener klin. Wochenschrift, 1922, 3. szám.)

Belorvostan.

A köszvény gyógyításáról ír *Thannhauser*. Három szempontból iparkodtak eddig a köszvényt befolyásolni: 1. A szervezetben szilárd alakban visszatartott húgysavas natriumot akarták oldani és így kiválasztásra bírni. E csoportba tartoznak a különböző ivókúrák (főleg lithiumot tartalmazó vizek), az organikus bázisok (piperazin, piperidin,

lysidin, lycetol), a formaldehydet lehasító szerek (citarin, urotropin), az urocedin, a soluro; mindezekről ma már kiderült, hogy a szervezetben nem hatnak olyan módon, mint a hogyan elméleti feltevések és kémlőcsőben végzett kísérletek alapján várták; az egyedüli a mi ér valamit, az az állandó átöblítése a szervezetnek indifferens, sóban szegény vízzel, hogy ezzel a folyadékkicserélődés a vér és a szövetek között fokozódjék; tehát naponként 1½ liter jó ivóvizet, vagy nagyon gyenge alkális, kevés ásványalkotórészt tartalmazó savanyúvizet kell itatni a köszvényben szenvedővel. 2. A vese húgysavkiválasztó működését kívánták fokozni. Ez csakugyan elérhető az atophannal, a mely 0.5 grammos adagban használandó naponként 3—4-szer. Halmozódó rohamokban szenvedő köszvényeseknek 3 napig adunk naponként 2 grammot és ezt kétnapos szünetekkel megismételjük. Sajnos, a hosszas atophan-adást a gyomor nem igen tűri, úgy hogy időnként szünetet kell tartani. A novatophannak legfeljebb az az előnye, hogy az íze kellemesebb. Az acidrin az atophan aethylestere, hatása ugyanaz, mint az atophané. 3. A mi a húgysav-termelés korlátozását illeti, tekintetbe veendő, hogy az emberi szervezetben úgy az exogen, mint az endogen húgysav már kész purinokból ered, nem pedig csak röviddel kiválasztása előtt szintetizálódik másféle nitrogentartalmú anyagcsere-salakokból. Ennélfogva mindazon szerek, a melyek a nitrogentartalmú salakoknak húgysavvá szintetizálódását akarják megakadályozni, nem használhatnak. Ide tartoznak a chinászav származékai: a chinatropin, neusidonol, urol, urosin. A húgysavtermelődést az emberi szervezetben csak azzal lehet csökkenteni, hogy a nucleintartalmú táplálékot lehetőleg korlátozzuk. A megfelelő diéta a legjobb köszvény-therapia. Bizonyítják ezt a háborús évek adatai is: a mikor a hús úgyszólván teljesen eltűnt a müncheniek asztaláról, a müncheni belklinikán egyetlen egy köszvényrohamot sem láttak. Egyébként a köszvényes beteg diéta inkább caloria-szegény legyen; „mindaz, a mi nem szükséges a test táplálására, a betegséget táplálja” — mondja *Garrod*. A kávé és tea használatát methylpurin-tartalmuk miatt ellenezni szokták; a methylpurinok azonban az emberi szervezetben legfeljebb elenyésző csekély mennyiségben alakulnak át oxypurinokká, úgy, hogy a tea és kávé a szerző tapasztalata szerint nem hoz bajt a köszvényes betegre. Szigorúan eltiltandó azonban az alkohol minden alakjában, mert a vesét károsítja. A mi a heveny köszvényroham kezelését illeti, legjobb szer a colchicin; legjobb a Merck-készítmény pilulák alakjában, a melyeknek mindegyike ½ milligramm colchicint tartalmaz; a roham első napján 4—8 pilulát adunk, a második napon 4-et, a harmadik napon 2-t; mihelyt diarrhoea jelentkezik, be kell szüntetnünk a használatát. A colchicin mellett atophan is adható ½ grammos adagban naponként 4-szer. A nyugalom a heveny roham idején sem ajánlatos; általában fontos a beteg izületeknek mozgatása, masszálása. (Therapeut. Halbmonatshefte, 1921, 23. füzet.)

Ideg- és elmekórtan.

A paralysis kezelésében natrium nucleicummal elért s a malaria-, tej-, tuberculin-kezelést fölülmúló eredményeiről számol be *Fischer*. A betegek kora, a kezelés megkezdése, ismétlése szerint váltakozó percentualis eredményei méltán keltenek nagy figyelmet. Támaszkodva arra, hogy az ismert *Mattauschek-Pilcz*-statisztika szerint azok a luessel inficiáltak, kik közben lázas betegségen estek át, sohasem kaptak paralyssist, azt ajánlja, hogy a paralysis prophylaxisaként már a lues-kezelés közben adjanak a dermatologusok natrium nucleicum-kúrát. *Fischer* a 10%-os vizes oldatból 3—4 naponként 2.5—3—5—7—10 cm³-ig emelkedő dosisokat ad, de átlagban csak 14 gr. nuclein-összmenység után látni tartósan kedvező eredményt. A szer nem olcsó s ezért most *Wiechowski*-val egy új szerrel kísérletezik, melyet még nem árul el, de a mely leukocytosist tud okozni láz nélkül s a mellett a pulsus-számot szaporítja s a vérnyomást csökkenti s így a valódi lázat hűen utánozza. (Med. Klinik, 1921, 50. sz.)

Kluge dr.

Az elmebetegek daktylogrammjáról végzett vizsgálatait ismerteti előadásában *Poll*. 3844 esetben egészségeseken ellenőrzésül végzett vizsgálataiból azt szüri le, hogy még ez az anyag is kevés, tizezernyi vizsgálat lenne szükséges. Mária megállapítható azonban annyi, hogy egyes elmebajokban, imbecillitás, schizoprenia eseteiben a daktylogramm ívei, kacsai és örvényei jellemzők s így a daktylogramm szoros összefüggésben van az idegrendszer constitutiójával és az öröklés ismert szabályai szerint öröklődik. Így megvan a remény arra, hogy ha megfelelő genealogiai anyag összegyűl, genodiagnostikai következtetések lesznek vonhatók, például házasságkötéseknél az utódoknak elmebetegségektől, például idiotiától való veszélyeztetettségére. (*Zentralblatt f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 1922 jan. 1.)

Kluge dr.

Szemészet.

A kettős falú, a szemgödröt teljesen kitöltő műszemek előnyeiről ír *Coulomb*. Míg a régi műszemnek csak elülső fala volt, homorulata mögött tehát üreg, melyben köny és váladék gyűlt meg és ez a kötőhártyát állandóan áztatta és izgatta, addig az újnak alakja a szemgödröt teljesen utánozza és kitölti, és így a nyálkahártya váladéka sehol nem pang, hanem a könnyutakon távozik, mint ép viszonyok közt. Éppen ezért az új rendszerű műszemek lehetővé teszik, hogy a beteg állandóan hordja és éjjelre se vegye ki. A háború alatt körülbelül 20.000 sebesültön gyűjtötte tapasztalatait, melyek szerint az ilyen műszemeknek állandó viselése semmi panaszt nem okoz, a szemüregnek semmi mosása vagy kezelése nem szükséges. Ehhez azonban az kell, hogy a műszem pontosan kitöltse az üreget és síma legyen. Egy műszem 8–10 hónapig is használható, de amúgy is tartósabb mint a másik, mert az utóbbi a kivétel és betevés alkalmával könnyen törik. (*Archives d'ophthalm.*, 1921, nov., 677–679. lap.)

Sz. L.

Szülészet és nőorvostan.

A menstruációs zavarok megjelölésére új elnevezéseket ajánl *Seitz* (Frankfurt). A négyhetenként jelentkező, 4–5 napig tartó s minden nagyobb kellemetlenség nélkül lefolyó rendes menstruációt *eumenorrhoeának* nevezi; a localis tüneteket okozó fájdalmas tüneteket *algomenorrhoeának*; az általános rosszulléttel járó *dysmenorrhoeának*. Míg az előbbinek rendszeresen mechanikai okai vannak, mint stenosis, hyperanteflexio, hiányos fejlettség, addig az utóbbi constitutionalis természetű, belső secretiós dysharmonián alapul. A menstruatio teljes hiányára és a kevésvérzésre marad az amenorrhoea, illetőleg az oligomenorrhoea kifejezés. A túlerős vérzést a *polymenorrhoea* elnevezés jobban fedi, mint a menorrhagia. A metrorrhagia megmarad az előbbi értelmében. Az anteponáló és postponáló menstruatio lényegében helyes elnevezés ugyan, de az egységesség kedvéért itt is inkább görög szót használ; így lesz az anteponáló *proomenorrhoea*, a postponáló *opsomenorrhoea*. E szavak egymással is jól kombinálhatók, mint például euopsomenorrhoea, polyalgomenorrhoea, oligoalgomenorrhoea. (*Zentralblatt f. Gynaek.*, 1922, 2. szám.)

Raisz dr.

Gyermekorvostan.

Meningitisben a Weil-Kafka-féle haemolysin-reactio gyakorlati értékéről számol be *F. Scheissner*. Agyhártyalobban, valószínűleg a gyulladás folytán átjárhatóbbá vált agyhártyaereken keresztül a vérsavóból, a mely mindig tartalmaz juhvérséjtoldó haemolysises amboceptorokat, ugyanilyen amboceptorok kerülnek a liquor cerebrospinalisba, melyben rendes körülmények között ilyeneket nem találunk. Ez a reactio alapja. Rendes körülmények közt is tartalmazza azonban a liquor a reactio beállításához szükséges complementumot, így a reactio könnyen kivihető. 5 cm³ friss liquorhoz 0.5 cm³ 5% juhvérséjt-emulsiót teszünk és azt thermostatban, vagy 40 C°-os vízfürdőn tartva, 1 órán belül beáll a reactio. A kontroll ugyanígy végezve liquor helyett 5 cm³ physiologiai konyhasó-oldattal történik. Ha nincs oldódás 1 órán belül, vagy az amboceptor hiányzott, vagy a complementum. Ha amboceptor

adunk a folyadékhoz és úgy áll be az oldódás, akkor a reactio negativ, ha complementumot (tengerimalacz-vérsavót) adunk a lecentrifugált vörösvérsejtekhez és így áll be az oldódás, a reactio positivnek veendő. Legjobb friss serummal dolgozni; ha vér kerül a serumhoz, akkor használhatatlan. Nem friss serum csak akkor adja biztosan, ha sötét helyen tartottuk, mert a fény az amboceptoroktárt. Kisebb liquor-mennyiségek (2–3 cm³) is alkalmazhatók, de az eredmény nem oly megbízható. Kísérleti sorozata 100 jól megfigyelt esetre vonatkozik. Meningitis tuberculosa, valamint genyes és epidemiás meningitis cerebrospinalis minden esetében positiv reactiót kapott. Egyéb eseteiben, leszámítva egy juvenilis paralysis progressivát, hol a reactio positiv volt, positiv reactiót sohasem kapott. Esetei meningitis serosa, encephalitis, eclampsia, chorea minor, hydrocephalus, diplegia spastica voltak. A reactio tehát fontos diagnostikai segédeszköz, emellett, meningitis cerebrospinalis epidemica, vagy egyéb genyes agyhártyalob eseteiben az amboceptorok fogyása folytán a prognosis jobbá válását már akkor mutatta, a mikor az klinikailag még nem volt megállapítható. (*Med. Klinik*, 1921, 40. szám.)

Bókay Zoltán dr.

Gyógyszertan.

Novalgin a neve egy új antipyreticumnak és analgeticumnak. Vegyi jellege szerint phenyldimethylpyrazolonmethylamidosulfonsavas natrium. Vízben könnyen oldódik; oldata lassanként sárgás-vörös színt ölt, a nélkül, hogy hatása csökkenne. Használható per os, bőr alá, intramuscularisan és intravenásan; e célból 0.5 grammos tabletták és steril 50%-os oldatok állanak rendelkezésre. A karlsruhei városi kórház belosztályán nagyszámú betegen kísérletezett ez új szerrel *Auer*. Tapasztalatait a következőkben foglalja össze: A novalgin kitűnő antipyreticum; 0.1–1.0 grammos adagokban biztos lyses látzalanodást hoz. Per os naponként 6–10-szer adandó 0.1–0.2 gramm vagy 3-szor 0.5 gramm, parenterálisan pedig naponként 0.25–2.0 gramm. Legbiztosabb hatású az intravenás befecskendezés. Kellemetlen mellékhatások sohasem fordultak elő; a bőr alatti kötőszövetben nem okozott izgalmat vagy beszűrődést. Specifikus hatású heveny és idősült polyarthritisek eseteiben. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1922, 3. szám.)

Solaesthin néven hozza forgalomba a höchsti gyár tiszta methylenchlorid-készítményét, a melyet *Hellwig* próbált ki a frankfurti egyetem sebészeti klinikáján. Minden veszély nélkül és jó eredménnyel használható rövid idejű narcosisra, a teljes narcosis bevezetésére és félnarcosisra helyi érzéstelenítéssel kombinálva. (*Klinische Wochenschrift*, 1922, 5. sz.)

Kisebb közlések az orvostudományról.

A műtét utáni vizeletrekedés megelőzésére *Vogt* nagyon ajánlja az intravenás urotropin-befecskendezést. A műtét napjának estéjén kell adni 5 cm³-t a 40%-os oldatból. (*Zentralblatt für Gynaekologie*, 1921, 49. szám.)

A perazetol nevű új szer nem más, mint aluminium aceto-tartaricum és natriumperborat elegye pastillákká préselve. Egyesíti magában a hydrogensuperoxyd fertőtlenítő és az aluminium aceticum adstringáló hatását. 15 súlyrész 100 súlyrész vízben oldva megfelel egy 3%-os hydrogensuperoxyd- és egy 2%-os aluminium aceticum-oldatnak. Nagyon jól használható a szájúreg desinfectiójára (ilyenkor elegendő 1.5 súlyrész 100 súlyrész vízben oldva), de egyéb sebkezelési célokra is. (*Münchener mediz. Wochenschrift*, 1921, 49. sz.)

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Treer István dr.*-t a szekszárdi Ferencz-közkórház főorvosává nevezték ki.

Személyi hírek külföldről. A prágai német egyetemen *J. Singer* címzetes rendes tanárt a belorvostan nyilvános rendes tanárává és *O. Pözl* címzetes rendkívüli tanárt a pszichiatria nyilvános rendes tanárává nevezték ki; ugyanott *K. Springer* docens az orthopaedia és *H. Pribram* docens a belorvostan rendkívüli tanárává nevezetett ki.

Lépfenfertőzés beretválóocsetek használata folytán könnyen előfordulhat. New-Yorkban 19 hónap alatt 20 ilyen eset fordult elő, a melyekből 9 végződött halálosan.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR FŐSZERKESZTŐ ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR SZERKESZTŐ.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

- Boros József:** Közlés a budapesti kir. magyar tudományegyetem II. számú belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár.) A szív rythmus-zavarainak orvoslása chinidinnel. 72. oldal.
- Szekrényi Lajos:** Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyet. II. sz. szemklinikájáról. (Igazgató: Hoór Károly dr., egyet. ny. r. tanár.) Az adrenalinak az intraocularis nyomást növelő hatásáról. 74. oldal.
- Barát Irén:** Közlemény a kir. magy. tudományegyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyet. nyilv. r. tanár.) Akromegalia és diabetes insipidus. 75. oldal.

Budapesti Királyi Orvosegyesület. (I. rendes tudományos ülés 1922 január 14.-én) 75. oldal.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Prof. Ladislaus Szymonowicz: Lehrbuch der Histologie. — **Uj könyvek.** — **Lapszemle. Belorvosok. Kovjanic:** Az idősült gyomorfekély kezeléséről. — **Neufeld:** A pneumonia vonatkozó újabb vizsgálatok eredményeiről. — **Sebeszet. Neuer:** Műtét utáni pneumonia gyógyítása. — **Ideg- és elmekörtan. Cassirer:** A nyakizmok görcse. — **Szemészet. Bachmann:** A retina velőshüvelyű idegrostjainak eltűnése. — **Gyermekorvosok. Leiner és Kundratitz:** Az intracutan védhimlőoltásról. — **Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.** 77–78. oldal.

Vegyes hírek. 78. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlés a budapesti kir. magyar tudományegyetem II. számú belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár.)

A szív rythmus-zavarainak orvoslása chinidinnel.

Közli: **Boros József** dr. tanársegéd.

A chinint az *arythmia perpetua* orvoslására *Wenckebach* ajánlotta; azt tapasztalta, hogy az chininnel megszüntethető. *Frey* a chininnel hatásosabbnak találta annak izomerjét, a chinidint. Ma már a közlemények egész sora ismerteti az eredményeket, a melyek szerint az eddig teljesen befolyásolhatatlannak hitt *arythmia perpetua* chinidinnel az esetek egy részében megszüntethető és visszatér a szív rendes sinus-rythmusa.

A chinidin hatását állatokon többen vizsgálták. *Hoffmann* izolált kutyaszíven végzett kísérletei alkalmával azt tapasztalta, hogy a chinidin a szív ingerelhetőségét és különösen a pitvar összehúzódó képességét csökkenti, de az ingerképzést jelentősen nem befolyásolja. *Schott*, majd *Boden* és *Neukirch* szintén állatkísérletek alapján arra az eredményre jutott, hogy a chinidinnel nagy mennyisége a szívizom valamennyi tulajdonságára bénítóan hat: csökken az ingerképzés (*bradycardia*) ingervezetés (részesleges szívblock), valamint a pitvarok és kamrák izomzatának *contractilitása*.

A chinidin gyógyszerhatását főképpen a szív különböző rythmus-zavaraiban az utóbbi évben sok szerző vizsgálta. Ezek a vizsgálatok igazolták *Wenckebach* feltevését: a chinidin sok esetben csakugyan célszerűen használható szer a pitvarfibrillálás megszüntetésére. Így *Benjamin* és *Kapff* 27 esetéből 18-szor, *Frey* 100 esetéből 54-szer, *Bergmann* 9 esetéből 6-szor szüntette meg chinidinnel a pitvarfibrillálást. Nem ilyen kedvezőek *Boden* és *Neukirch* tapasztalatai, a kik a chinidin hatását bizonytalannak, és *Klewitz* eredményei, a ki 11 beteg közül csak egy esetben ért el eredményt. Nemcsak a pitvarfibrillálás, hanem a pitvari és kamrai extrasystolia és a paroxysmusos tachycardia is megszüntethető a chinidin hatására (*Bergmann, Frey, Winterberg, Boden* és *Neukirch*).

A klinikán már 1918 óta foglalkozunk a chinidinhatás tanulmányozásával és ellenőrzésével és azt hisszük, hogy az eddig tapasztaltak feljogosítanak arra, hogy adatainkat közrebocsássuk és ebben a kérdésben állást foglaljunk. Az esetek nagyobb számából legfőképpen azt a 29-et használom fel, a melyekben a hatást graphikai módszerekkel (*electrocardiographia, polygraphia*) ellenőriztük, azonban természetesen véleményünk kialakulására a többi graphikai eljárással nem ellenőrzött eset sem maradhatott hatás nélkül, és a hol ezek értékesíthetők, ott említeni is fogom.

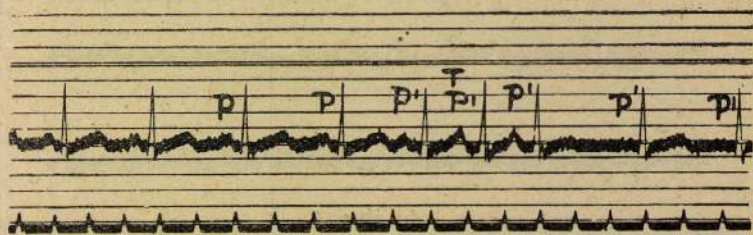
Betegeinknek legtöbbször a chinidin kénsavas sóját adtuk oly módon, a hogy azt *Bergmann* ajánlotta: először 0.20 gr.-os, azután 0.40 gr.-os adagban naponta 3–4-szer úgy, hogy a legnagyobb napimennyiség 1.6 gr.-ot egyszer sem haladott meg. Kísérletek történtek azonkívül intravenás chinin-befecskendezésekkel is, a mikor 0.50–0.70 gr.-ot fecskendeztünk be.

Bár a chinidint általában veszélytelen gyógyszernek tartják és azt a betegek elég jól tűrik, mégis majdnem minden közlemény kellemetlen mellékhatásokat (szédülés, fülzúgás stb.) is említ, ezek azonban sohasem olyan fokúak, hogy magukban véve a chinidin-therapiát meghehítsanak. Előfordultak azonban hirtelen halálesetek, a melyeknek magyarázatát úgy látszik a chinidinnel a súlyosan beteg szív izomzatára gyakorolt bénító hatásában kell keresni (*Benjamin* és *Kapff*); bár az a beteganyag, a melyen ezeket a kísérleteket végezzük, nagyon is ki van téve a hirtelen, váratlan halálnak.

A chinidin hatását a szívre emberen tulajdonképpen csak olyan kóros körülmények között tanulmányozhatjuk, a mikor a szív működésének mechanizmusában, állott be zavar, tehát *arythmiás szív működésben, mert sinusrythmusban működő egészséges szívre a therapiás chinidin-adagoknak semmi kimutatható hatásuk nincsen.*

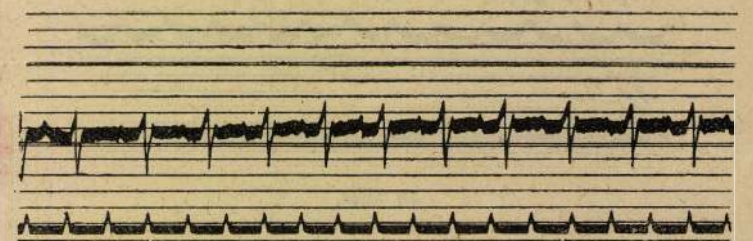
Az észlelt betegek első csoportjában azokról a betegekről számolok be, a kiknek sinusrythmusos szív működésük mellett extrasystolés arythmiájuk volt. Röviden egyik ilyen betegem körlefolását ismertetem:

M. J., 40 éves nő 10 év óta Basedow-kórban szenved és baját klinikánkon már ismételtelen orvosoltatta. Szívdobogása két hónap óta sokkal gyakrabban kózzza, mint annakelőtte. A szív jobbra megnagyobbodott és a szívcsúcson systolés zöreje hallható. Szív működése szapora és arythmiás, percenként körülbelül 120. Az electrocardiogrammon (1. és 2. ábra) sinusrythmusos szív működés mellett pitvari extrasystoliát látunk.



1. ábra.

P = pitvarhullám; R-T = kamrahullám; P' = pitvari extrasystole.



2. ábra.

Időnként a pitvari extrasystolék halmozódnak, sőt ezek hosszabb tachycardiás sorozatban, 150–180-as szaporasággal is észlelhetők (2. ábra). 3-szor 0.20 gr. chinidin hatására a második napon a szív-működés rendes rythmusa helyreállt (3. ábra).



3. ábra.

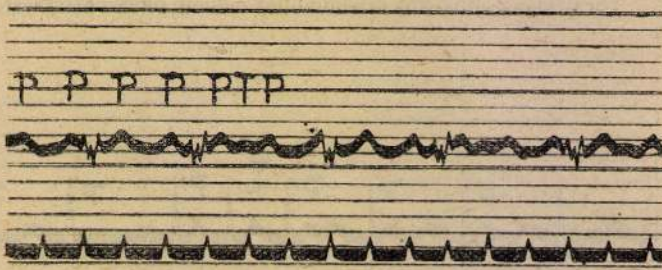
Ezzel együttjárt a beteg subjectiv javulása is, szívdobogása és kellemetlen szívűti szenzációi enyhültek.

További három esetben a chinidinnek egészen hasonló gyors és következetes hatását észleltük a pitvar-extrasystoliára; a pitvari extrasystolék először ritkábban jelentkeztek, majd teljesen megszűntek. Betegeink szívűködése a chinidin elhagyása után is hosszabb ideig rythmosus maradt.

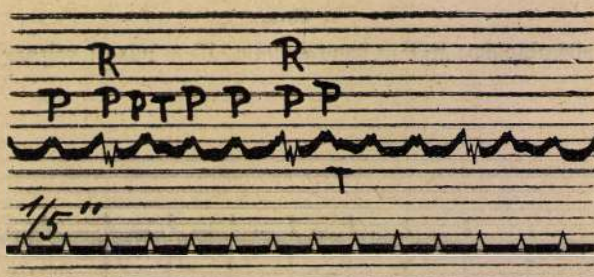
Vizsgáltuk a chinidin hatását a kamrai extrasystoliára is. Eseteink egy részében a chinidin biztosan hatástalan, más részében pedig a hatás változó volt, úgy hogy az extrasystolia elmúlását nem tulajdoníthatuk biztossággal a chinidinnek, mert az nem következett be olyan hirtelen, mint a hogy azt a pitvari extrasystoliára vonatkozólag észleltük. Egyébként is ezek az esetek többnyire neurastheniás emberek, a kiknek extrasystoliája múltó jelenség. *Boden* és *Neukirch* kamrai extrasystoliát 22 esetben orvosolt chinidinnel, de biztos hatást ők sem észleltek.

A spontan pitvari tachysystolia egy esetében kíséreltük meg a chinidin alkalmazását. Az eset a következő:

H. A., 42 éves férfi 20 évvel ezelőtt lueses infectiót szerzett és azóta az ismételt végzett antilueses kúrák daczára a Wassermann-reactio a vérsavóban ++++. Szive minden irányban megnagyobbodott, a pitvarok mérsékelten tágultak. Az érverés percenként 70–110 között váltakozik, arythmiás. Az elektrokardiogrammon rythmosus pitvari tachysystoliát látunk, a hol az egyforma P-hullámok percenként 260–280-as frequentiával szabályos időközben következnek egymásután; minden negyedik, majd pedig minden harmadik vagy második pitvar-összehúzóást követ egy-egy kamraösszehúzóás (4a és 4b ábra). A beteg először naponta 3×0.20 , majd 3×0.40 gr. chinidint kap, azt rosszul tűri, fejfájásról, szédülésről, kellemetlen szívűti szenzációról panaszkodik. A 10 napig folytatott chinidin-therapia folyamán az elektrokardiogrammon semmi változást sem észleltünk.



4a ábra.



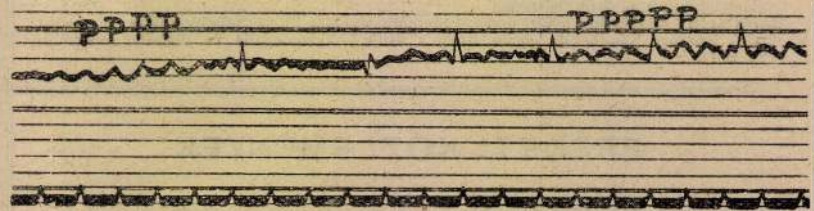
4b ábra.

Esetünkben a P-hullámok alakja, egyformasága és teljesen rythmosus egymásutánja helyesli azt a feltevésünket,

hogy a rythmust vezető ingerület a sinuscsomóból vagy annak közvetlen közeléből indul ki. Fontosnak tartom annak a hangsúlyozását és már itt figyelmeztetek arra, hogy a chinidin a rendes ingerképző központ kóros frequentiáját nem csökkenti.

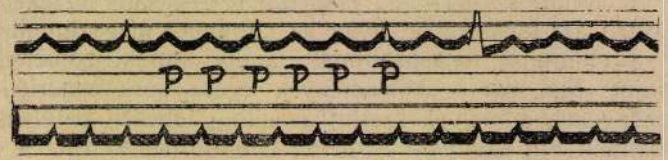
A chinidin hatását *arythmia perpetua*ban az alábbi eset mutatja:

L. B., 50 éves férfinak két év óta szívdobogása és munkavégző-kor nehéz lélekezése van. Szive kissé balra, nagyobb mértékben jobbra megnagyobbodott; a szívűcsúcson systolés zöreje hallható és a pulm. II. hangja ékelt. A Röntgen-átvilágítás alkalmával erősen tágult pitvarokat látunk. A szívűködés arythmiás, szaporasága percenként 90–100. A beteg először digitalist kap, ezzel azonban nem sikerül a szívűködést ritkábbá tenni. Az elektrokardiogrammon (6. ábra) az egyes R-hullámok között a pitvarfibrillálásnak megfelelő szabálytalan apró lengések mellett helyenként teljesen szabályos időközben egymásután következő egyforma nagyobb (P) hullámokat ismerünk fel, a melyeknek szaporasága körülbelül 300.



5. ábra.

Betegünknek a digitalis elhagyása után a szokott módon chinidint adunk. Az előrevárt eredményt, a mely a chinidin-therapia harmadik napján következett be, a 6. ábrán látjuk.



6. ábra.

Az elektrokardiogram szabálytalan R-lengései között most már csak nagy és szabályos hullámok láthatók, a pitvarfibrillálást jelző apró szabálytalan lengések teljesen eltűntek. A felvétel most tehát arythmiás kamraműködés mellett teljesen rythmosus és szabályos pitvari tachysystolia képét tükrözi vissza, a hol a pitvarműködés szaporasága ugyanakkora, amilyen a chinidin-therapia előtti felvételen a nagyobb hullámok frequentiája volt.

Itt is, mint előbbi esetünkben, a positiv P-hullámok alakja és egyenletessége valószínűvé teszi, hogy az ingerületek egy pontból, a sinuscsomóból vagy annak közvetlen közeléből indulnak ki. A chinidin tehát megszüntette a pitvarfibrillálást, a rythmosus pitvari tachysystolia szaporaságát azonban további chinidin-adással sem lehetett csökkenteni.

Igy észleltük ezt még két más esetben is, a mikor a chinidin hatására pitvari tachysystolia következett be 2:1 arányszámú rythmosus kamraműködéssel. Az *arythmia perpetua*-esetek nagyobb számában (13) azonban a chinidin hatására — a mint ezt az elektrokardiogrammon láttuk — mindössze annyi változás következett csak be, hogy a fibrillálást jelző oscillatiók száma kevesbedett és jobban számolhatóvá lett. Ez azt jelenti, hogy a szabálytalan fibrillálást ugyancsak szabálytalan libegés váltotta fel. Ez a változás egy-két esetben a kamraműködés kisebbfokú szaporodásával járt. A hatást a chinidin nagyobb adagjának, napi 1.6 gr.-nak hosszabb ideig tartó adásával sem sikerült tovább fokozni.

22 *arythmia perpetua* közül 6 esetben sikerült chinidinnel a normalis szívűmechanismust helyreállítani, a mikor tehát a pitvarfibrillálást, illetőleg libegést sinusrythmosus szívűműködés váltotta fel. Az átmenet legtöbbször olyan gyors volt, hogy annak elektrokardiographiás követése nem volt lehetséges.

Ha eseteinket áttekintjük, azt tapasztaljuk, hogy a hatás csak olyan esetekben következett be, a melyekben az arythmia oka a pitvar fibrillálása vagy szabálytalan libegése volt és elmaradt akkor, a mikor az arythmiát a pitvarok szabályos

tachysystoliája okozta. Azt is tapasztaltuk, hogy ha a rythmosos tachysystolia a chinidin hatására következett be, az többé nem változott meg és a szaporasága huzamosabb chinidinadással sem volt csökkenthető.

A chinidinnel a pitvari extrasystoliában és a pitvarfibrillálásban tapasztalt, sok tekintetben nagyon hasonló jó hatása a két folyamat azonos eredetére utal, a különbség csak az, hogy míg az előbbi arythmiában a rendes ingerképzés sorát időnként szakítja csak meg egy-egy pitvari heterotop ingerület érvényrejutása, addig a pitvarfibrillálás sok ilyen heterotop ingerület halmozódása, tehát a szív működés koordinációja szempontjából csak a zavar nagyobb fokát jelenti. Ezekkel szemben azonban a pitvari tachysystolia, a mely, mint fentebb láttuk, chinidinnel nem befolyásolható, nem tekinthető az ép szív működés és a pitvarfibrillálás közötti átmeneti állapotnak. Szigorúan el kell tehát különíteni egymástól:

1. A nomotop pitvar-tachysystoliát, a mely rythmosos, az elektrokardiogrammon egyenletes és a melyben az ingerületek a sinuscsomóból indulnak ki. A kamraműködés lehet rythmosos (2:1, 3:1), vagy arythmiás.

2. A hetero- és polytop fibrillálást és libegést, a mely arythmiás, az elektrokardiogrammon egyenlőtlen és a melyben az ingerületek a pitvar különböző helyeiről indulnak ki. A kamraműködés mindig arythmiás.

Természetesen ez a két rythmus-zavar egyazon betegen is előfordulhat (I. L. B. beteget).

Úgy látszik, hogy az első esetben a szív rythmusát a kórosan fokozott ingerelhetőségű sinuscsomó vezeti, a második esetben polytop és heterotop, azaz a rendes ingerképző központon kívül a pitvar izomzatában különböző helyeken feltételezhető ingerképző centrumok, melyek így a sinus-rythmust teljesen felfüggesztik. A chinidin azáltal állítja helyre a szív rythmusát, hogy ezt a polytopiát megszünteti és így a szív rythmusának vezetését ismét a sinuscsomó veheti át. Ha tehát valamelyik betegünk, a kinek szívpitvara fibrillál, chinidint kap, akkor ez megszüntetheti a heterotopiát és az eredmény vagy ép szívverés, vagy rythmosos nomotop tachysystolia lesz, a mely a sinuscsomóból indul ki. Bármely állapot álljon is elő, a chinidin tovább már nem hatásos és ezért a tachysystolia állapotát sem tudja rendes szaporaságú pitvarműködéssé változtatni; ha ez netalán mégis megtörténne, úgy ez nem tekinthető chinidinhatásnak; ezt látszik bizonyítani az is, hogy hiába adunk ilyen esetben hosszabb időn át chinidint, valamint erre mutat az a körülmény is, hogy a rendes állapot ilyenkor gyakran a chinidin elhagyása után állott helyre, kétségkívül csakis a keringés javulása következtében. Tekintve tehát a chinidin bénító hatását a szívizomzatra (I. Hoffmann, Schott stb.), melyet állatkísérletekből ismerünk, nem lehet czélszerű a chinidin-adagok további fokozása olyankor, a mikor a rythmosos tachysystolia állapota fejlődött ki a pitvarfibrillálásból a chinidin hatására. Természetesen a therapia eredménye minden esetben attól függ, hogy a sinuscsomó mennyire működésképes. Mások tapasztalataival egyezően a mi megfigyeléseink is arra mutatnak, hogy a pitvarfibrillálás lekönnyebben akkor szüntethető meg, ha az csak rövid idő előtt keletkezett, a mi valószínűvé teszi azt is, hogy ilyenkor még mindazon változások, a melyek a rythmusváltozással okozati összefüggésbe hozhatók (mint például a pitvartágulás, a pitvarok izomzatának állapota), még restitutióra képesek. Ismeretes, hogy a pitvarfibrillálás gyakran a paroxysmos tachycardiához hasonlóan hirtelen keletkezik. Néha ez az állapot pár nap mulva spontan megszűnik, máskor a kamraműködés ritkul és a pitvarfibrillálás állandó marad. Úgy látszik, és erre mások is felhívják a figyelmet, hogy ez a hirtelen rohamszerűen beállott pitvarfibrillálás a chinidinterápia hálás terrenuma, a hol a gyors jó hatásra majdnem mindig számíthatunk. Két ilyen esetben észleltük ezt a hatást, a mely a chinidin elhagyása után is állandó maradt.

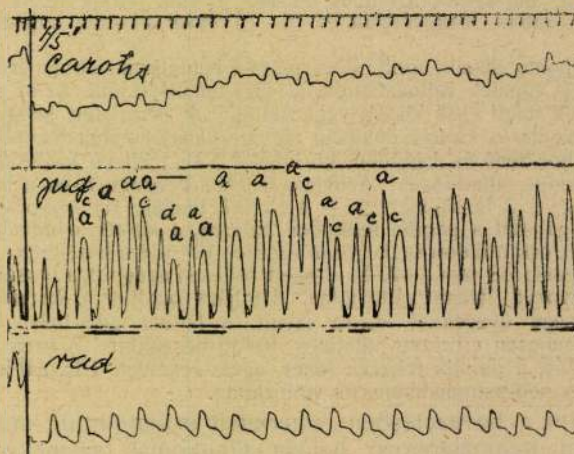
Látjuk tehát, hogy a chinidin a szív kóros mechanizmusában igen jelentős változást okoz, a mely sokszor a

rythmus-zavar teljes megszűnésére is vezet. Kérdés már most az, hogy van-e ennek gyakorlati értéke és miben áll ez?

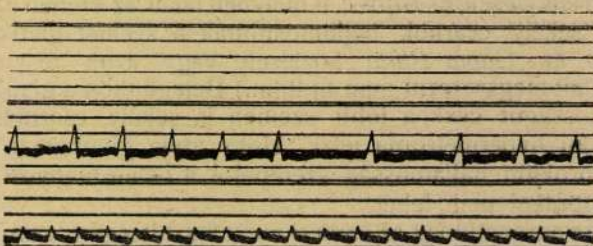
A rendetlen szív működés nemcsak kellemetlen érzést okoz, hanem általa a keringés is szenved. Különösen súlyos ez a keringés-zavar akkor, ha a pitvar fibrillál: ebben a rythmus-zavarban is azok az esetek súlyosabbak, a melyekben a kamra működése szapora. Kétségtelen, hogy vannak esetek, a melyekben a keringés zavara nem olyan jelentékeny, hogy a decompensatio súlyosabb jelei fejlődjenek ki, sőt elég sok esetet ismerünk, melyben állandó arythmia mellett (Frey szerint az esetek 10%-ában) a keringés megzavarása csak csekély mértékű, úgy hogy az ilyenek még néha elég jelentékeny munka végzésére is képesek. Ez az állapot azonban csak ideig-óráig tart, mert a vele járó állandó pitvari pangás előbb-utóbb a keringés túlterhelése révén decompensatiohoz vezet (Wenckebach). Még súlyosabb következménye lehet a pitvarfibrillálásnak, ha az beteg szíven áll elő; a bal gyűjtőeres szájadék bántalmaiban a pitvarfibrillálás okozta arythmia perpetua pedig igen gyakori következménye az ilyen szív elégtelen működésének és a kifejlődő decompensatio tüneteinek során jelenik meg, a mi a különben is rossz munkát végző szív működését még inkább rontja. Innen az a pessimismus, mely az arythmia perpetuával szemben a kórjóslat szempontjából olyan általános.

Néha a digitalis is pitvarfibrillálást vált ki a billentyűbántalom vagy myodegeneratio következtében dekompenzált szíven, a mi a betegre nézve végzetes is lehet; ilyen eset az alább következő:

G. A. 67 éves férfi; diabeteze, kiterjedt peripheriás arteriosclerosis és myodegeneratiója van. Felvételnél dyspnoés, cyanosisos, pangásos hurutja, anasarkája és erős májduzzanata, röviden: nagyfokú dekompenzátsága volt. Szíve minden irányban megnagyobbodott, az érverés kis hullámú, feszes, percenként 126. A polygramm-felvételen rythmosos pitvari tachysystoliát látunk percenként 52 pitvarösszehúzó-dással, melyeknek minden másodikát követi egy kamraösszehúzó-dás (7. ábra). A maximalis vérnyomás 164 Hg.-mm. Digitalistherapiát kezdünk: az izomba adott második adigan-injectio után a beteg hirtelen nagyon rosszul lesz, dyspnoéja fokozódik, kínzó szívdobogása van. Érverése alig tapintható és arythmiás; a szíven 160 arythmiás systolét számolunk. A maximalis vérnyomás most 115 Hg. mm. Az elektrokardiogramm-felvételen pitvarfibrillálást látunk (8. ábra). A beteg néhány óra mulva meghalt.



7. ábra.



8. ábra.

(Vége következik.)

Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyet. II. sz. szemklinikájáról.
(igazgató: Hoór Károly dr., egyet. ny. r. tanár.)

Az adrenalinnak az intraocularis nyomást növelő hatásáról.

Irta: Szekrényi Lajos dr., tanársegéd.

Mikor Spengler¹⁴ 1905-ben az adrenalin alkalmazásából leszűrt tapasztalatokat összefoglalta, csak Mac Callan⁴ és Jessop⁸ eseteit említette, mint a melyekben az adrenalin a szembeli nyomást növelő hatású volt. Schmidt-Rimpler¹² a szemészeti kézikönyvében a glaucomáról írva, három évvel később, Gama Pinto hasonló észlelését teszi hozzá. 1904-ben Senn¹³ két ízben gl. infl. acutumnál 1—2 csepp adrenalinra az állapot heves súlyosbodását tapasztalta már negyedórával a becseppentés után. 1905-ben Beck² synechiáknál látott fél ezrelékes adrenalin bőséges becseppentésére glaucomát. 1909-ben Rubert¹⁰ sorozatos vizsgálatai alkalmával 5 glaucomás beteget reagált nyomásemelkedéssel öt perczen belül adott 5 csepp adrenalinra. Brav³ 1906-ban arról értesít, hogy egy beteget, kinek éretlen szürkehályogja volt, adrenalin-becseppentés után 3 órával súlyos acut glaucomás tünetekkel keverte fel. Minthogy hasonló esetről az újabb irodalom nem emlékezik meg, bár az adrenalint igen elterjedten használják, részint gyógyítási, részint diagnostikai és kísérleti célból, röviden ismertetem észleléseinket és kísérleteinket.

J. J., 45 éves férfibeteg, gyomorfájdalmi miatt kereste fel orvosát, ki a beteget osztályán megfigyelés alá vette és tabest állapított meg rajta. A vizsgálatok során 1921. évi január 17.-én jobb szemébe egyszer cocaint kapott, másnap ugyanebbe pilocarpint. Január 19.-én este 7 órakor a bal szemébe 2 csepp 1 ezrelékes Richter-tonogent. Este 10 órakor heves fejfájásra ébredt fel s fájdalomai ezután sem hagyták aludni. Másnap reggelre látása homályos volt. Ugyane nap délután klinikánkra vettük át. A bal szem az acut glaucomás roham jellegzetes képét mutatja, a bal szemben, a bal homlok- és arcfélben heves fájdalmak, a beteg a láng körül színes karikákat lát. Látása a bal szemén $\frac{1}{2}$ m.-ről ujjolvasás. A szemhéjak duzzadtak, a kötőhártya vérbő, az elülső cil. vénák tágultak, a szaruhártya bágyadt, füstszerűen zavaros, a csarnok sekély, a szembogár submaximalisan tág, nem reagál, álló tojásdad alakú, az iris rajzolata elmosódott. Vörös visszaverődés a szemfenékből jó, de részletek sem fennálló, sem fordított képben nem láthatók. Tensio 47 mm. (Schiötz-tonometer). A jobb szem a szaruhártya közepét régi homály foglalja el, a csarnok sekélyebb, a pupilla fényreakciója renyhe, nagyfokú hypermetropia. V. o. d. $\frac{5}{50}$, + 5 D. $\frac{5}{15}$ -ből.

Az anamnesisben elmondja, hogy jobb szemére kiskora óta rosszul lát, bal szeme azonban teljesen jó volt. Atyja látása állítólag 25 éves korában meggyengült és 10—15 évvel később teljesen megvakult.

Naponta ötször adott pilocarpinra a beteg könnyebben érzi magát, de a tárgyi tünetek változatlanok. 22.-én a tensio 60 mm. Az iridectomiát külső okok miatt csak 26.-án végezhetjük. A zavartalan sebgyógyulás ellenére az iris a submaximalisan tág pupillának megfelelő kerületben a lencsetokhoz lenő és nagyfokú, körülbelül 5 D.-t kitevő fordított típusú astigmatismus állandósul. A tensio leszáll. Február 7.-én a bal szem látása $\frac{1}{50}$, + 3 D. sphaer. \ominus + 4 D. cyl. tengely 10° $\frac{5}{50}$ -ből. Szemtükrü vizsgálattal a papilla feltűnően halvány, a látótér mindenütt kissé szűkült, az orri oldalon zegzugosan egészen 10° -nyira beszűkült. Február 9.-én a tensio 18 mm.; 12.-én a szem teljesen nyugodt, a tensio 15 mm. 15.-én távozik, látása változatlan. Utoljára október 1.-én vizsgáltam. Látásélessége üveggel $\frac{5}{90}$ -ra javult, a látótér alsó-belső negyede csaknem teljesen elveszett, illetőleg 10° -ig beszűkült. A szem fényérzékenysége rendes, a papilla teljesen fehér, egész sekélyen, 1 D.-nál kevésbé kivajult. A seb-astigmatismus is változatlan.

Mint a bevezetésben ismertetett irodalomból kitűnik, az adrenalin nyomásfokozó hatása glaucomás szemeken nem tartozik a nagy ritkaságok közé, ezzel szemben nem glaucomásokon ritkább. Ilyen Beck esete, a melyben azonban a hátsó lenővések, és Brav-é, a melyben talán az éretlen hályogot kísérő sekély csarnok hajlamosították a szemet glaucomára. (Jessop és Gama Pinto közléseit vagy azok részletesebb kivonatait megszerezni nem tudtam.) Betegünkön a glaucomára hajlamosítást csak a jobb szem is sekély csarnok és a nagyfokú hypermetropia jelzi. Hogy atyja glaucomás volt-e, s így öröklött hajlamoság szerepel-e, a beteg hiányos adataiból eldönteni nem lehet.

Az adrenalinnak az emberi szem feszültségére való hatását rendszeresen Rubert¹⁰ vizsgálta és ép szemeken azt találta, hogy az adrenalin — 5 perczen belül 5 csepp 1 ezrelékes oldatot adva — az első negyedórában a nyomást csökkenti, ettől kezdve ismét fokozza; a nyomás maximumát, mely az

eredetinel magasabb, körülbelül két óra mulva éri el, innen fogva ismét csökken a nyomás a kezdeti magasság alá s ez a hatás néhány óráig tart. 24 óra mulva adrenalinhatás nem volt kimutatható. Glaucomás szemeken ugyanilyen hatású volt, de az ingadozások nagyobbak és a hibahatárokon felül esnek, a nyomáscsökkentő hatás napokig tarthat, a glaucomások egy részén pedig a második csökkenés helyett a nyomásfokozódás állandósul. A pupilla tágulása $\frac{1}{2}$ —1 óra alatt következett be, bár ennek megfigyelésére a szerző úgy látszik nem fordított gondot. Ha ezek alapján keressük, hogy mi válthatta ki betegünkön a rohamot, azt találjuk, hogy annak kifejlődése, a becseppentés utáni 2—3 óra egybeesik azzal az idővel, a melyben Rubert kísérletei szerint az adrenalin tensioemelő hatása eléri tetőpontját. Ennek az emelkedésnek okául Rubert azt adja, hogy a szem elülső részeiben beálló vértelenség kísérőjeként az érthártyában collateralis hyperaemia fejlődik ki, az erek itt elernyednek, a vérnyomás, melynek jó részét eddig az erek tonusa fogta fel, közvetlenül a bulbus tartalmára nehezedik. Egybeesik ezzel a pupilla tágulása is, a mi arra hajlamos szemeken a csarnokvíz elfolyását nehezítheti vagy a csarnokvíz elzárásával megszüntetheti. Más kérdés, hogy két csepp adrenalin előidézhet-e ilyen hatásokat. A legtöbb szerző (Meyer,⁹ Gautrelet,⁶ Wessely¹⁶) az adrenalinnak ilyen mennyiségben a tensióra és pupillára való hatását kétségbevonja, sőt Weekers¹⁵ óraszámra csepegtetett be 5 perczenként egy ezrelékes adrenalin, a nélkül, hogy ép szem a legkisebb pupillátágulást látta volna. Antoni¹ szerint a kötőhártyába csepegtetett adrenalin csak akkor okoz mydriasis, ha a conjunctiva hámla sérült vagy a sympathiás idegrendszer valamely általános okból ingerlékenyebb, vagy ha a sympathicus sérült. $\frac{1}{6}$ -os adrenalin sem okozott mindig mydriasis kísérleteiben. Cords⁵ és van der Scheer¹¹ is 5 perczen belül háromszor két cseppet adott a szembe a vizsgálatai alkalmával. Míg van der Scheer ép embereken így csak 34.5%-ban kapott mydriasis, Rubert egy esetről sem emlékszik meg, melyben az elmaradt volna. Wessely az 1 ezrelékes oldatot csak subconjunctivalis befecskendezésben tartja hatásosnak, Grandclément⁷ félóránként csepegteti a szembe tensio-csökkenés elérésére.

A kötőhártyára csepegtetett egy csepp tonogen hatását 20 betegen, két cseppet 27 betegen figyeltem meg egy óránál hosszabb időn át, pupillátágulást sohasem láttam. Magamon is többször kísérleteztem, de két csepp csak egyszer következett be bal szememen a becsepegtetés után egy órára pupillátágulás, mely maximumát négy óra mulva érte el; ez alkalommal azonban a bal pupilla már a kísérlet kezdetekor is kissé tágabb volt a másiknál. Hajlamosító körülmények közrejátszásával betegünkön tehát elég lehetett két csepp tonogen arra, hogy a szembeli nedvkeringés egyensúlyát megbontsa. Esetünk arra figyelmeztet, hogy tonogen-becseppentés előtt is ajánlatos a szemet glaucomás tünetekre megvizsgálni.

Szóba kerülhetne még, hogy a bal szem a opticus atrophiját tisztán az egy hétig tartó nyomásemelkedésnek tulajdonítsuk-e, vagy pedig a tabes is hozzájárult kifejlődéséhez. Az anamnesis szerint az előbbi jó látás, a látótér jellemző alakja és a másik oldali papilla ép volta inkább a glaucoma mellett szól, mint ok mellett, annál is inkább, mert egy heti tekintélyes nyomásemelkedés elég lehet az idegrostok elpusztítására, még ha állandó excavatiót nem is hoz létre.

Irodalom. ¹ Antoni: Neurol. Centralbl., 1914, 674. old. — ² Beck: Annals of ophth. 1905 júl. Ref. Darier: Neue Wege u. Ziele d. augenärztl. Ther., 1910, 127. old. — ³ Brav: Americ. Medicine, 1906, 214. old. Ref. Nagel: Jahresber., 37. köt., 579. old. — ⁴ Mac Callan: Ophth. Review, 1903, 206. old. Ref. Nagel: Jahresber., 34. köt., 651. old. és Ophthalm. Klinik, 1903, 249. old. — ⁵ Cords: Neurol. Centralbl., 1911, 723. old. — ⁶ Gautrelet: Archives d'ophth., 1909, 222. old. — ⁷ Grandclément: La clin. ophth., 1904, 203. old. Ref. Nagel: Jahresber., 35. köt., 616. old. — ⁸ Jessop: Ref. Ophth. Klin., 1903, 249. old. — ⁹ Meyer u. Gottlieb: Experim. Pharmakologie, 1921, 178. old. — ¹⁰ Rubert: Zeitschrift f. Augenheilk., 1909, 97. és 224. old. — ¹¹ van der Scheer: Neurol. Centralbl., 1915, 677. old. — ¹² Schmidt-Rimpler: Glaucom. Handb. d. ges. Augenheilk., 1908, VI. köt., 1, 135. old. — ¹³ Senn: Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges, 1904—5, 129. old. — ¹⁴ Spengler: Zeitschr. f. Augenheilk., 1905, 33. old. — ¹⁵ Weekers: Archives d'ophth., 1912, 610. old. — ¹⁶ Wessely: Zeitschr. f. Augenheilk., 1905, 310. old.

Közlemény a kir. magy. tudományegyetem III. sz. belklinikájáról.
(Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyet. nyilv. r. tanár.)

Akromegalia és diabetes insipidus.

Irta: *Barát Irén* dr., klinikai gyakornok.

A belső secretiós mirigyek működésének megállapítása legnagyobb részben azoknak műtéti úton való eltávolítása útján vált lehetővé, a mikor a kiesési tünetekből lehetett következtetni a szerv élettani szerepére. Valamennyi belső secretiós mirigy közül talán épp a hypophysis az, a mely a műtéti beavatkozásnak legnehezebben hozzáférhető, részint anatómiai helyzeténél, részint fejlődéstani összetételénél fogva.

A hypophysis ugyanis két teljesen eltérő szöveti képet mutató részből áll: az elülső rész mirigyos, epithelialis szerv, a hátsó lebeny pedig idegszövetből áll. Az agygyal való összefüggést az infundibulum tartja fenn.

A hypophysis különböző részeinek megbetegedése más és más kórképre vezet, melyek összefoglalva ma a következőkben állapíthatók meg:

1. Az akromegalia a hypophysis mirigyos részének hyperfunctiója által jön létre, melyet rendszerint adenoma idéz elő.

2. A diabetes insipidus a neurohypophysis elégtelenségének következménye, mely minden olyan folyamathoz csatlakozik, a mely pusztítja a szövetet.

3. A hypophysis cachexia a hypophysis egészének atrophijához csatlakozik. Fontos szerepe van a hypophysisnek a dystrophia adiposo-genitalis kórképében is, de itt a belső secretiós mirigyek egész complexumának egymással való correlatiója szerepel.

A hypophysis valamennyi hypo- és hyperfunctióját majdnem kísérleti pontossággal észlelhetjük egy betegünkön, a ki 1918 márczius 11.-én jelentkezett felvételt a klinikán.

Adatai a következők:

N. G., 39 éves házileány. Anyja suicidiumot követett el, atyja él, egészséges. Hat testvére van, ezek egészségesek. Gyermekkori betegségre nem emlékszik. Menstruatióját 13 éves korában kapta meg először, a mely azután 30 éves koráig rendszeren jelentkezett. Azóta mind ritkábban volt, míg 3 éve teljesen elmaradt. Menstruációs zavarainak jelentkezésével körülbelül egyidőben vette észre, hogy orra, álla, keze és lába nőni kezd és igen heves fejfájásai voltak, melyek kisebb-nagyobb erősséggel most is fennállanak. Másfél éve nyaki nyirokmirigyei hatalmasan megduzzadtak, de arsen-kezelésre némileg visszafejlődtek. Jelenlegi panaszai főleg arra vonatkoznak, hogy állandóan fáradt, végtagjaiban zsibbadó érzései vannak. Sokat soványodott, egy idő óta éjszakánként izzad. Felvételtkor külleírása így szólt: magas termetű nőbeteg, jól fejlett, közepesen táplált. Arcza hosszas, álla feltűnően nagy, előreálló. Az orr nagy egészében megvastagodott. Az ajkak vastagok, duzzadtak. A kéz a karokhoz viszonyítva aránytalanul nagy, az ujjak hosszúak és esetenlül vastagok. A láb nagy, vaskos, az öregujj feltűnően vastag és alakatlan.

A hónaljszőrzet a szokottnál erősebb.

A bőr színe sárgás, száraz. Az egész háton elszórtan számos fibroma pendulum.

A nyirokmirigyek a nyakon, különösen jobboldalt, nagyon jól tapinthatók, férfikölnyi csomóban helyeződnek el.

A szív, a tüdő, a has részéről eltérés nincsen.

Az alsó fogsor mérsékelten a felső fogsor elé helyeződik.

A nyelv a normalisnál nagyobb és vastagabb.

A máj és a lép normalis nagyságú.

Genitalis vizsgálatkor az uterus és az adnexumok sorvadtnak bizonyulnak.

A Wassermann-reactio negatív.

Vércukor: 0.08%. Vörösvérsejtszám 4,300.000. Haemoglobín 80%. Fehérvérsejt 10.200. A qualitativ vérvék eltérést nem mutat. Idegrendszeri vizsgálatkor a kedély igen változékony, beszéde kissé nehézkes. Lázatlan.

A beteg az akromegaliás beteg típusos képét mutatta. Ezért a koponyáról Röntgen-felvételt készítettünk, a mely rendkívül tágult sella turcicát és elvékonyodott processus clinoides posteriori mutatott. A szemfenék ép volt, a látótér normalis.

Többszöri klinikai tartózkodása alatt az akromegaliás tünetek Röntgen-kezelés mellett, melyet a koponyaalapra alkalmaztunk, nem javult E mellett azonban a nyakmirigyek duzzanata nőtt, a lép minden irányban megnagyobbodott, alsó polusa három harántujjal haladta meg a bal bordaívet, a sternum felett a mediastinalis mirigyek megnagyobbodása folytán tompulat volt nyerhető. A vérkép változást nem

mutatott. A lymphogranulomatosis kórképe fejlődött ki, melyhez kétoldali pleuritis csatlakozott. Ennek következtében állapota állandóan rosszabbodott. Az agyvelő-tünetek fokozódtak: kétoldali pangásos papilla jelentkezett, fejfájása állandó lett.

Négy héttel halála előtt erős polyuriát lehetett észlelni, mely néhány nap alatt valóságos diabetes insipidussá fokozódott. A vizelet világos lett, alacsony fajsúlyú, mennyisége 4000 cm³-ig fokozódott naponta. Szomjaztatás után a vérsavó refractiója fokozódott. Cukor nem volt kimutatható. Ezzel egyidőben az akromegaliás tünetek spontán kezdtek némileg visszafejlődni, az ajkak, az orr keskenyebbek lettek, nyelve könnyebben forgott, ujjai vesztek duzzadtságukból.

1920 április 10.-én szívgyengeség folytán meghalt.

A boncolásról a következő jegyzőkönyvet vették fel: Lymphogranulomatosis mediastini ant. et post. et lymphoglandularum retroperitonealium, góccokkal a bal tüdőben és lépben. Necrosis gócz a hypophysisben a sella turcica nagyfokú nyomási atrophijával. Barna atrophia a szívizomokban. Parenchymás degeneratio a májban és vesében (Pühr dr.).

A szövettani vizsgálattal a góczok mindenütt sarjszövetből állónak bizonyulnak, melyek bőven mutatnak kosáralakú maggal bíró óriássejteket. A hypophysis eredeti szövete sem az elülső, sem az intermediaer, sem a hátsó lebenyben nem mutatható ki. Az egész hypophysist necrosisos tömeg helyettesíti, mely semmiféle specifikus jelet nem mutat, és melyet hyalin kötőszövet vesz körül. Legvalószínűbbnek látszik a felvétel, hogy a hypophysisben is granulomás sarjszövetképződés indult meg, mely magába olvasztva az egész, vérrel rosszul ellátott szövetet, a szerv necrosisára vezetett.

Az eset magyarázata az volna, hogy a granulomatosis sarjszövet a hypophysis elülső, vagyis mirigyos részét izgatva, annak hyperfunctióját vonta maga után, így fejlődött ki az akromegalia. A neurohypophysis azalatt rendszeren végezte vizeletszabályozó munkáját. A sarjszövetképződés tovább haladva lassanként elfoglalja a neurohypophysis helyét, szétesett, elhalt és kiiktatta a hátsó lebeny munkáját a szervezetből: kifejlődött a diabetes insipidus.

Ugyanígy szétesik az elülső lebeny helyét elfoglaló sarjszövet is, a túlműködés megszűnik: ekkor kezdenek spontán visszafejlődni az akromegaliás tünetek.

Marie volt az első, a ki akromegaliánál hypophysis-tumorra hívta fel a figyelmet; de számos esetet ismerünk az irodalomból, a mely hypophysistumor nélkül fejlődött. Ilyenkor azonban — Erdheim figyelmeztet erre — az orrgaratürben levő hypophysis-szövetre kell figyelemmel lennünk. És ezen útmutatás mellett majdnem minden akromegaliás esetben sikerül a mirigyos hypophysis túlműködését bizonyítani.

Nem ilyen megegyezők a leletek és kísérletek a diabetes insipidus és hypophysis közötti összefüggésre vonatkozólag. Régebben Schäfer vizsgálatai alapján E. Frank a pars intermedia fokozott működésének tudta be a diabetes insipidus kifejlődését, míg újabban a hátsó lebeny kiesési tünetét látják benne (von den Velden, Römer, Simmonds, Goldzieher, Hann).

A mi esetünk is ezt a felvételt támogatja.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(I. rendes tudományos ülés 1922 január 14.-én.)

Elnök: Bókay János.

Jegyző: Lehoczky-Semmelweis Kálmán.

Elnök megemlékezik az egyesület elhunyt tagjairól:

Tisztelt Orvosegyesület! Midőn az új év első tudományos ülését megnyitom s Önöket üdvözlöm, fájdalmas szívvel kell megemlékezni azon veszteségekről, melyek halálozás folytán az egyesületet legutóbb oly felette érzékenyen sújtották. Kidőlt sorainkból teljesen váratlanul nagyrebecsült volt elnökünk: Jendrassik Ernő. Vele a hazai orvostudomány egyik legerősebb oszlopa dőlt le. Egyikét azon magyar tudósainak ragadta ki sorainkból a kérlelhetetlen halál, kiket az egész művelt világ ismert s kik hazájuknak dicsőséget szereztek a messze külföldön is. 1881 óta volt tagja egyesületünknek s az utolsó ciklusban mint elnök kormányozta az egyesületet hajóját, a legváltóságosabb időben, midőn a szenvedélyek a csendes vizeket annyira felkorbácsolták, hogy a hullámok a hajót már-már elborították. Nehéz idők voltak ezek s a

szenvédélyes küzdelem *Jendrassik Ernő* nagy erejét is próbára tette, s bár kemény harcos volt, a négyévtizedes közpályán erős egyénisége sok harcot vívott s harcra megvolt edzve, ezt a küzdelmet eredményesen végigküzdeni nem bírta. Egyesületünk keretében a zöldasztal mellett aratta az elhunyt legszebb tudományos sikereit s búvárlatainak nagy eredményei jórészt e falak közül jutottak a nagy nyilvánosság elé; neve egyesületünk történetében, épp úgy, mint a magyar orvostudomány lapjain kitörülhetetlenül van megörökítve. Halálát mély fájdalommal gyászoljuk s emlékét meleg kegyelettel fogjuk megőrizni.

Második nagy halottunk *Stiller Bertalan*, ki a patriarchák életkorát érte meg s hosszú és eredményében gazdag munkálkodás után hunyta le örökre szelid szemeit. Régen visszavonult a közpályáról, de halála órájáig feszült figyelemmel követte tudományunk fejlődését és örömmel látta, hogy a hazai orvostudomány, melynek megalapozásában a régi nagyokkal együtt munkálkodott, s melynek fejlesztésében oly tevékenyen s eredményesen vett részt, fokról-fokra izmosodik. Legszebb műve a budapesti izr. kórház létesítése, mely már magában véve is megörökíti *Stiller* nevét az utókor számára. Egyesületünknek 1861 óta volt tagja s 1870—77-ig *id. Bókay* elnöklete alatt egyesületünknek buzgó első titkára volt. A kiváló tudóst, kit az egész művelt világ szakemberei velünk együtt tiszteltek és nagyrabecsültek, mély fájdalommal gyászoljuk s emlékét kegyelettel őrizzük meg.

Harmadik halottunk, *Prochnov József* egyetemi magántanár, a régebbi, immár megrikkult gárda egyik derék tagja, ki négyévtizedes szakorvosi működését a köznek szentelte s működésével a nagyközönség s kortársai őszinte elismerését érdemelte ki. Váratlan elhunytát mély fájdalommal gyászoljuk.

Negyedik halottunk *Hattyasy Lajos*, ki 1879 óta volt tagja egyesületünknek s ki mint a stomatologiai szakosztály egyik alapítója, eredményesen hozzájárult hazánkban szaktudományának fejlesztéséhez. Vonzó egyénisége mindnyájunk kartársi szeretetét s becsülését bírta. Legyen áldott az emléke!

Myositis ossificans progressiva 10 éves leányon.

Bókay Zoltán: 10 éves leánykát mutat be, kin 2 évvel ezelőtt kezdődött a folyamat azzal, hogy a tarkó, majd a váll izmai megmerevedtek s fájdalmassá lettek. A folyamat lassanként a karokra és a rágóizmokra is ráterjedt és a bemutatóskor az arcon a mimika teljes hiánya mellett úgy a maszeterek, mint a musculus temporalis elcsontosodása, a buccinator és orbicularis oris fájdalmassága volt kimutatható. A biceps, a tarkóizmok és a mély hátizmok is már részben elcsontosodtak. Az elcsontosodott részletek Röntgennel is jól kimutathatók. A próbaexcióval nyert szövet a typusos képet adta. A kórfolyamatra jellegzetes egyéb fejlődési rendellenességek, mint a mikrodactylia és az öregujjnak elágazó állása, szintén kifejezettek voltak. A folyamat iskolaképe a myositis ossificans progressivának és nem tévesztendő össze a kötőszövetben való mézlerakódás folytán előálló calcinosis interstitialissal.

Glaucoma Röntgen-besugárzás után.

Licskó Andor: 31 éves férfibeteget mutat be, a kinek bal szemén 3 ízben történt Röntgen-besugárzás után acut glaucoma keletkezett. A besugárzásokat inoperabilis orbitalis sarkoma miatt kapta az I. sz. belklinikán. Hivatkozik *Birch-Hirschfeld* egy esetére, a mely 61 éves férfire vonatkozik, a ki egy év alatt szemhéjcarcinoma miatt 3 besugárzást kapott és szeme glaucomában megvakult. Szövettanilag többek között a retina véreibein az intimának vacuolázis degenerációját lehetett kimutatni. Ilyen súlyos érelváltozás keringés-zavart okoz, a melynek következtében glaucoma keletkezhetik. Több ilyen példa ismeretes.

Rosenthal Jenő: A mikor a beteget inoperabilis daganatával több mint egy évvel ezelőtt *Lénárt* tanár osztályáról az I. számú belklinikára utalták, gondolni kellett arra a lehetőségre, vajjon a szemén át történő besugárzásnak nem lesznek-e valamelyes következményei. Foglalkoztak annak idején azzal a gondolattal, hogy a szemet védjük; az erre vonatkozó számítások azt mutatták, hogy ez esetben a szem

mögötti daganatrészletekhez nem jutott volna el az a sugármennyiség, mely a daganatsejtek befolyásolásához szükséges. Két rossz között kellett választani: tekintve hogy inoperabilis daganatról volt szó, meg kellett kísérelni a kezelést a besugárzás szempontjából való optimalis körülmények között, tudatában annak, hogy ezzel a beteg látása lesz kockázatva a besugárzott oldalán, remélve azonban azt, hogy illyképp a sarkoma szempontjából számbavehető eredményt érnek el. Ma sem áll rendelkezésünkre valamely eszköz, melynek segítségével a szemén át történő besugárzásokkor a szem esetleg későbbi elváltozásai ellen valamit tehetnénk, mindazonáltal hozzászólok úgy gondolja, nem lehet kétséges, hogy más hasonló esetben a most bemutatott következmények számbavételével is csak úgy kell végezni a besugárzást, a mint az ebben az esetben történt.

Grósz Emil: Az erős Röntgen-dosis föltétlenül javalt volt; az eset bemutatásának az oka az, hogy a glaucoma pathogenesisére vet világot.

Imre József: A bemutatott esetben a Röntgen-besugárzás intraocularis nyomásemelkedést okozott, valószínűleg anatómiai elváltozásokat váltva ki az intraocularis erekben. Ezzel szemben érdekesnek tartja felemlíteni, hogy *Hessberg* fájdalmas glaucoma haemorrhagicum eseteiben Röntgen-besugárzást végzett s ezzel nemcsak a fájdalmakat, hanem a tensio-emelkedést is meg tudta szüntetni.

Az öregkori hályog operálása kerek pupillával.

Grósz Emil: Ismerteti a küzdelmet, mely az öregkori hályog operálásában a kerek pupilla érdekében kétszáz év óta folyik. *Hess* gyöki kimetszése elhárítja a szivárványhártyaelőesés veszélyét s így indokoltnak tartja, hogy alkalmas esetekben a pupilla kerekességét megtartsuk.

Az utóhályog operálásának technikája.

Grósz Emil: Ismerteti azt a módszert, melyet az utóhályog operálásakor követ. Eltérően az általánosan gyakorolt technikától, a legvékonyabb hely bemetszésére törekszik, megelégszik kis réssel, a szövetek vongalását kerüli, az eszközöket szárazon sterilizálja. *Kuhnt* kését használja s a vízszintes déllőben subconjunctivalisan hatol be. Utolsó 200 esetében vesztesége nem volt s a látás-javulás 17%-ban kétszeres, 30%-ban négyszeres, 28%-ban nyolcszoros, 13%-ban tizenötszörös és 6%-ban több mint húszszoros volt s csak 6%-ban nem javult lényegesen a látás. Ez alapon a discissio indicióinak kiterjesztését indokoltnak tartja.

Ifj. Liebermann Leó: Hozzászólok a kerekpupillás hályogextractiót, daczára a szemészet eddigi elutasító állásfoglalásának, azóta ajánlja, a mióta *Blaskovics* a seb kötőhártyás fedésével és a szem biztosabb feltárással és rögzítésével oly eljárásokat adott, melyek a műtét sima lefolyását és a szövödmények nélküli gyógyulást nagyban elősegítik. Ezeket azonban a kerekpupillás műtét typos előfeltételeinek tekinti; ezekkel a műtétet most is melegen ajánlja, de nélkülük most sem végeznék. Általános alkalmazandósága azonban előtte nem lehet többé kérdéses. Ritka szükség esetén ezekhez még az orbicularis görcs megbénítását is csatolja *Rochat* és *van Lint* szerint. Az így elérhető fölényes biztosság bőven jutalmazza a reáfordított fáradságot.

A szív rythmus-zavarainak orvoslása chinidinnel.

Boros József: Eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk.

Ángyán János: Azok a rendszeres vizsgálatok, a melyeket *Boros* a II. számú belklinikai beteganyagán a chinidin gyógyszeres hatásának megállapítására végzett, igen értékes tapasztalásokra vezettek. Különösen kiemelendőnek tartja elsősorban azt, hogy e vizsgálatok alapján a chinidin alkalmazásának feltételeit szigorúbban szabhatjuk meg; e feltételek megismeréséhez az elektrokardiographiai vizsgálat annyira szükséges, hogy a II. belklinikán chinidint csak akkor adnak, ha már ezzel a vizsgáló módszerrel is meggyőződhetek arról, hogy a gyógyszer alkalmazása helyénvaló és veszély nélküli. Az elektrokardiographia ugyanis bizonyos tekintetben az egyetlen vizsgáló módszer, a mely a szívkamra ingerképző rendszerének kóros állapotáról kielégítő felvilágosítást adhat. Egyébként is a kóros viszonyok közt előforduló szív működési zavarok elbírálására igazán csak azoknak beható elemzése után vállalkozhatunk, már pedig ez nem egyszerű feladat s a klinikán belül tapasztalják, hogy mennyire nehéz az ehhez szükséges ismeretek elsajátítása. Ebből pedig az következik, hogy az általános gyakorlatban ilyen differens gyógyszerrel, mint a chinidin, szívbetegeken kísérletezni nem szabad; bízzuk azt megfelelően felszerelt intézetekre s alkalmazásának feltételeit a specialis vizsgálatok alapján határozzuk meg. A chinidin-kezeléshez valóssággal úgy kell készülnünk, mint valamely műtéveshez, melyet megelőzően mindenről pontosan tájékozódunk. Azért hangsúlyozza ezt, mert nem ritkán lát hozzáfutó beteget, kiknek mások valóban kevés okból chinidint rendeltek.

Tornai József: A szív munka szabálytalanságának sokféle alakja között sokszor nehéz az eligazodás. A bonyolultabb arhythmia-alakoknak tisztázásához még leginkább a graphikai módszerek útján juthatunk. De még ezek az eljárások sem tisztázzák a kérdést végérvényesen.

Még a leghasználatosabb eljárás is, az electrocardiographia, mint a hogy elsősorban éppen a vele foglalkozók panaszoik, tökéletlen. Egyebet nem is említve, a szívizomnak erőbeli állapotáról alig ad felvilágosítást. A mindennapi gyakorlatban működő orvost a rythmus-zavarok közül leggyakrabban, talán túlnyomó számmal, az extrasystolés arythmiák foglalkoztatják. Az arythmiáknak éppen ezt a fajtáját pedig sokszor nagyon könnyen, minden különösebb segédeszköz nélkül is fel lehet ismerni. Az ideges, psychés káros befolyások főképpen az extrasystoliát előidéző és fenntartó okok között úgyszólván az első helyre sorozhatók. Egyébiránt ezeket a körülményeket orvosok előtt nem is igen kell részletezni, mivelhogy a szív munkájának functionális rendellenességeit az orvosok a saját szívükön elégszer tanulmányozhatják. Alig van munkakör, a mely a mindennapi élet gondjain, bajain felül az ártalmas idegbefolyások révén a szívet jobban fárasztaná és megviselné, mint éppen az orvosi foglalkozás. Ha kiváltképpen az extrasystolés arythmiát óhajtáná valaki tanulmányozni, ennek legtöbb és „legszebb“ példányát az orvosok szíve között kereshetné és — sajnos — találhatná. Egyéb ártalmak mellett a rendszerint reflexes úton ható, erős, tartós, káros idegbefolyások a szívizomnak kórosan felfokozott ingerlékenységét, illetőleg ingerekkel szemben való fokozott reagáló képességét idézik elő és tartják fenn. A szívizomnak ezzel az erősen felfokozott positiv bathmotropiájával, illetőleg inotropiájával szemben, valóban egyik nagyon hatásos orvosszerünk a chinidin. Olyan esetben azonban, a mikor tachyarythmia incompensatiós jelenségekkel található együtt, a főszempont és legelső teendő a decompensatio megszüntetése. Az ilyen tachyarythmiákkal szemben, bárha a chinidin egynehányzor ilyenkor is eléggé hatásosnak bizonyult, tapasztalása szerint inkább az egyszerű chininnek strychnin és digitalis-szal apró adagokban való, *Wenckebach* által ajánlott s általánosan ismert combinatiójának tartós, rendszeres adagolása vált be. A chinidintől eredményt leginkább functionális alapon fejlődött arythmia, extrasystolia eseteiben látott. Az ilyen esetben is azonban a főszempont és legelső teendő: a bajt előidéző, illetőleg azt fenntartó, főképpen pedig psychés ártalmaknak lehető megszüntetése és távoltartása, vagyis a szívnek alapos, teljes kipihentetése. Ilyenkor azután a chinidinnel már csakugyan nagyon könnyű és síma lesz a dolga. Ellenben, ha a kórfenntartó izalmak továbbra is megmaradnak, a chinidinnel csak úgy, mint bármely más — egyébképpen szintén hatásos — orvosszernek adagolása jóformán czéltalan, mert ilyen körülmények között igazán vajmi csekély eredményt kezeget.

Ángyán János: *Tornai* megjegyzésére csak arra figyelmeztet, hogy a chinidin-kezelés szempontjából itt nem neurastheniás kellemetlenségekről szövegt az előadó, hanem súlyos szívbetegség komoly, sokszor az életet veszélyeztető állapotáról.

Boros József: *Tornai* megjegyzésére válaszul kifejti, hogy az arythmiák gyógykezelésére csak nagyobb adag chinin-készítmény alkalmas. Neurastheniás, valamint hypertrophiás szívű emberek „hyperkinesisének“ csökkentésére szoktunk kis adag, 0.15 gr. chinint adni, a mikor a chinin a szívizom összehúzódóképességének csökkentésével hat. Ismétli, hogy kamraextrasystolékkel szemben a chinidint úgyszólván teljesen hatástalannak tartja és a tachyarythmiákra is csak akkor hat, ha a szaporaság oka a pitvar fibrillálása vagy pitvari extrasystolia.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Prof. Ladislaus Szymonowicz: Lehrbuch der Histologie.
4. Auflage. Leipzig, Curt Kabitzsch, 1921.

A német orvosirodalom a háború befejezése óta tömegesen ontja a jó tankönyveket. Napról-napra jelennek ezek meg s nemcsak kitűnő tartalmuk, hanem drága kiállításuk és remek ábrák is azt mutatják, hogy visszatérőben vagyunk a műsákhöz, kik a háborúban oly nehezen hallgattak. A sok új tankönyv közül egyike a legjobbaknak, legfényesebbeknek a most megjelent histologia, melyet *Szymonowicz*, a lengbergi egyetem szövettan- és fejlődéstan-tanára bocsájtott közre 4. kiadásban. Bár a háború miatt az irodalom nagyon nehezen követhető, mégis az 1915. évi utolsó kiadás óta sok új témát és kitűnő ábrát hozott a szerző az új kiadásban. Művészi leírásai rövidek, világosak, a sejtek életet kapnak mesteri tollával. Leírja a különböző sejteket általában, majd a szerveket külön-külön tárgyalja. Általános és specialis mikroszkopi technikát közöl és mesterien adja a görcsövi vizsgálathoz szükséges eljárásokat; a sejtek és szervek vizsgálatát külön-külön tárgyalja. Remek színes és nem színes ábrái úgyszólván nélkülözhetetlenek akár a tanításnál, akár a tanuláshoz. A könyvvel való barátságot nemcsak a szakembernek, de minden gyakorló művelt orvosnak legmelegebben ajánljuk. A mű kiállítása a lipcsei, illetőleg a würzburgi egyetemi nyomda remeke.
Lovrich József dr.

Új könyvek:

Th. Kirchhoff: Deutsche Irrenärzte. Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens. Band I. Berlin, J. Springer. 96 m. — *W. Schweisheimer:* Beethovens Leiden, ihr Einfluss auf sein Leben und Schaffen. München, G. Müller. 40 m. — *G. Bucky:* Anleitung zur Diathermiebehandlung. Wien, Urban und Schwarzenberg. 24 m. — *Fr. Haertel* und *Fr. Loeffler:* Der Verband. Lehrbuch der chirurgischen und orthopaedischen Verbandbehandlung. Berlin, J. Springer. 96 m. — *M. Kauffmann:* Die Bewusstseinsvorgänge bei Suggestion und Hypnose. Halle, C. Marhold. 4.40 m. — *E. Kugler:* System der Neurose. Wien, Urban und Schwarzenberg. 42 m. — *C. Stein:* Diagnostik und Therapie der Ohrenkrankheiten. Bonn, Marcus und Weber. 48 m. — *E. Kretschmer:* Medizinische Psychologie. Leipzig, G. Thieme. 39 m. — *G. Klemperer:* Grundriss der klinischen Therapie innerer Krankheiten. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. 54 m. — *N. Ortner:* Klinische Symptomatologie innerer Krankheiten. I. Band, II. Teil. Körperschmerzen (mit Ausnahme der Bauchschmerzen). Zweite, verbesserte Auflage. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. 120 m.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az idősült gyomorfekély kezeléséről ír *Kovjanic*. A bismuthum-therapia többnyire hatástalan volt, mert a bismuthum-lepedék megvédte ugyan a fekélyt a mechanikai trauma ellen, de nem a gyógyulást akadályozó gyomorsav ellen. Sőt a szerző vizsgálatai szerint a bismuthum-sók vizes oldatai még fokozzák a saviságot. Kitűnő hatású azonban a bismuthum azonos mennyiségű 25%-os magnesium peroxydatummal keverve; a fekélyhez jutó gyomorsav e keverék használata mellett tüstént közömbösítették és a fejlődő oxygen fertőtlenítőleg hat a fekélyre is. Sebeken megejtett vizsgálatok szerint legnagyobb adhaesioképessége a bismuthum subgallicumnak van, utána következik a bismuthum subsalicicum, s a legrosszabb e tekintetben a bismuthum subnitricum. Ezért a következő összetételt ajánlja: Bismuthum subgallicum 10%, Bismuthum subsalicicum 40%, 25%-os Magnesium peroxydatum 50%. Ebből naponként 3-szor vétet be 1 grammot étkezések előtt; az étkezések után pedig kevés natrium carbonatot is ad. A gyógyulás e kezelés mellett 6—8 hét alatt következik be, de már 8—10 nap múlva teljesen jól szokták magukat érezni a betegek. A hatás annyira biztos, hogy e kezelésmód diagnostikailag is értékesíthető, a mennyiben ha 8—10 nap alatt nincs kifejezett hatás, peptikus fekély kizárható. A szerző 82 esete közül csak 2-ben nem mutatkozott hatás; e két eset egyike ulcus carcinomatosum, másika pedig ulcus syphiliticum volt. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1922, 3. szám.)

A pneumoniára vonatkozó újabb vizsgálatok eredményeit ismertette *Neufeld* a berlini „Verein für innere Medizin“ 1921 december 5.-én tartott ülésén. Főleg az amerikaiak végeztek e téren fontos vizsgálatokat. A serumtherapiával nagyon jelentős eredményeket értek el. Így az egyik kórházban, a melyben a pneumonia-halálozás rendszerint 25—30% volt, serummal kezelt 107 eset közül 8 (7.5%) halt meg, számító eset azonban tulajdonképpen csak 2 volt, mert 3 esetben csak néhány órával a halál előtt adhatták a serumot, 1 a pneumonia gyógyulása után tüdőemboliában halt meg, 1 kétoldali tüdőtuberculosisban, 1 pedig streptococcus-fertőzésben. A optochintól kifejezett eredményt nem láttak. Nagyon kedvezően végződtek a pneumococcusokkal trachealisan fertőzött majmokon végzett kísérletek: a kontroll-állatok mind elpusztultak, a normalis ló-serum is hatástalan volt, ellenben a specifikus serum intravenás befecskendezésével kezelt mind életben maradtak, a pneumococcusok már az első befecskendezés után azonnal és véglegesen eltűntek a vérből. Kedvezők az amerikai szerzők tapasztalatai a pneumonia elleni védőoltás terén is, a melyet előlt pneumococcusokkal végeztek. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1922, 2. szám.)

Sebészet.

Műtét utáni pneumonia ellen *Neuer* nagyon jó hatásúnak találta az optochint. Körülbelül 12%-ban mérgezés-tünetek mutatkoztak ugyan, de ezek jókor felismerhetők s így megelőzhetők. Rendszerint 0.2 gramm optochinum hydro-

chloricumot adott gelatinatokban, esetleg optochinum basicumot suppositorium alakjában. A legnagyobb napi adag 1.0 gramm volt. Prophylactice is használta a szert 47 esetben s ezek közül csak 3-ban fejlődött lezárt bronchitis következményes alsólebenypneumoniával. (Bruns' Beitr., 124. kötet, 3. füzet.)

Ideg- és elmekórtan.

A nyakizmok görcse (torticollis spasticus), mint *Casirer* megállapítja, igen közeli vonatkozásban van a striatum-tünetcsoporthoz. Bizonyos, hogy néha hysteriások hűen utánozzák, az sem tagadható, hogy affectiv változások befolyásolhatják, a progressiv izomdystoniával szemben, melyről *Oppenheim* azt írja, hogy mindig a végtagokon vagy a medenceöv izmain kezdődik, sem különíthető el még pontosan, de két esetéből, hol lassanként a végtagokra is ráterjedt az extrapyramidalis jellegű tonusfokozódás, annyi teljes bizonyossággal megállapítható, hogy nem functiós, hanem organikus betegség. Egyik esete bonczolásra került s a kimutatott elváltozások főképpen a corpus striatumban voltak nagyok, a thalamusban és kéregben kevésbé kifejezettek. Wilson-betegséget és pseudosclerosist a bonczolás kizárhatott. (Ez adja meg a megfigyelés nagy értékét. Az amyostatikus vagy striatum-tünetcsoport tanulmányozása így vezetett ismét, mint már néhány-szor, arra, hogy eddig functiósnek tartott tüneteket organikusnak tanultunk megismerni. Ref.) (Klinische Wochenschrift, 1922, 2. sz., 57. o.)

Kluge dr.

Szemészet.

A retina velőshüvelyű idegrostjainak eltűnését figyelte meg *Bachmann* embolia art. centralis retinae után. Két héttel az embolia bekövetkezése után már észrevehető volt a velőshüvelyű terület megváltozása, két hónap múlva helyenként foszladozó selyemhez hasonlítottak a különben élénkfehér részek, még inkább három hó mulva, a mikor már az előbb elfedett erek is előtűnedezték alóla. Tizenöt hó mulva, mikor a beteg ismét vizsgálatra került, a fehér terület úgyszólván nyomtalanul eltűnt. A velőshüvelyű idegrostok elfajulását a szerző ez esetben felhágónak tartja, mert nem következett be hirtelen, mint a retina elfajulása. Valószínű, hogy ezeket a rostokat nem retinalis, hanem ciliaris véredek táplálták, melyeket az embolia nem érintett, az elfajulás oka tehát csak a retina dűc-sejtjeinek pusztulása lehetett. (Archiv f. Ophthalm., 1921, 107. k., 10—14. l.)

Sz. L.

Gyermekorvostan.

Az intracutan védhímlőoltásról ír *Leiner* és *Kundra-titz*. E módszernek, melyet a bécsi Rudolf-gyermekórházban már kiterjedten használnak, előnye az, hogy oltási heget nem hagy s hogy nem kell félni ekzémás, illetőleg exsudatív diathesisben szenvedő gyermekeken vaccina generalisata fejlődésétől. Kivitele a következő: A rendes lymphát vastagabb tűn keresztül Pravaz-fecskendőbe szívjuk fel s azután vagy steril vizet, vagy steril isotonias konyhasó-oldatot szíva fel a fecskendőbe, higítjuk. (Legjobb a 10%-os higítás.) A keveréket elég csak a fecskendőben összerázni. A befecskedéshez, a melynek a bőr rétegei közé kell történnie, igen finom más tűt kell alkalmazni, olyat, a melyhez lymphá nem jutott, mert különben rendes cutan reactio jön létre. Eredményes oltás esetén $\frac{1}{10}$ cm³ oldat befecskendése után már 24 óra múlva 10×6 mm. nagyságú kis csomócska áll elő élénk bőrpír kíséretében. Úgy a csomócska, mint a bőrpír már 7 nap múlva eltűnik. Az oltás után 13—14 nap múlva azonban ismét erős bőrpír kíséretében (mely 5—6 nap alatt múlik el) erős beszűrődés áll elő, mely csomócska alakjában még 35—40, sőt 50 nap múlva is érezhető. A 10%-os lymphával végzett oltások csaknem mindig jó eredményt adtak. A controllt úgy végezték, hogy azonos időben, vagy napokkal, hetekkel, hónapokkal az intracutan oltás után rendes scarificatiós oltást végezve, oltási reactio nem állott elő, míg az ugyanazon anyaggal oltott controll csecsemőkön rendes oltási pustulák képződtek. Localis reactióként felemlítik az oltási hely viszketését, általános tünet pedig a hónalj-mirigyek mérsékelt

duzzadása mellett kifejlődő 38 C° körül mozgó láz. Nem jó technika mellett rendes cutan reactiók (oltási pustulák) állnak elő. (Zeitschrift für Kinderheilk., XXX. kötet, 3 és 4. füzet.)
Bókay Zoltán dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A Parkinson-kór gyógyítására *Paulian* és *Bagdasar* scopolaminum hydrobromicum bőr alá fecskendezését ajánlja 5 milligrammos adagban. (Presse médicale, 1921, 72. szám.)

Carbolparaffin használata carbolglycerin helyett egy esetben nagyon súlyos roncsolást okozott a fülben. A carbol ugyanis paraffinben nem oldódik, a felületen úszik s így a fülbe cseppentéskor tiszta carbol jutott be és ez hozta létre a roncsolást. A paraffinolaj tehát nem használható mindig a sokkal drágább glycerin helyettesítésére. (Münchener med. Wochenschrift, 1921, 49. szám.)

Hideg tályogok gyógyítására *Kijzer* csukamájolaj befecskendezését ajánlja, mire gyors ellágyulás következik be, utána kötőszövetképződés áll be és gyógyulás. (Ref. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1922, 3. szám, 110. l.)

Vegyes hírek.

Az állami tisztviselők 6—14 éves tüdőbeteg gyermekeinek a budakeszi tüdőbeteg-sanatoriumban leendő díjmentes gyógykezelése tárgyában a népjóléti m. kir. minister külön actio keretében óhajt gondoskodni. A végből, hogy a gyógykezelésre szorulóknak előzetes tájékoztatást nyerhessen, felszólítja az igényjogosult szülőket, illetőleg gyámokat, hogy a mennyiben sanatoriumi kezelést igénylő és ilyen kezelésre alkalmas, 5. évüket már betöltött, de 14. életévüket még túl nem haladott korú gyermekük vagy gyámoltjuk van, a sanatoriumba felvételért mielőbb folyamodjanak. A folyamodványhoz szükséges nyomtatványokat a Közszolgálati Alkalmazottak Nemzeti Szövetsége vezértitkára (földművelésügyi ministerium épülete, II. emelet, 219. ajtó) bocsátja a hozzá forduló érdeklődők rendelkezésére.

Kisebb közlések az orvostudományok köréből A „Verein deutscher Aerzte in Prag“ november 18.-i ülésén *Pribram* arról a tapasztalatáról számolt be, hogy a diureticumok hatását az atóphan lényegesen fokozza. — Anaemia perniciosa eseteiben a lép eltávolítása helyett *Walterhöfer* és *Schramm* egy hosszú csővescsonnt velejének eltávolításával kísérletezett; az operatio eredménye rossz (9 esetből 4 meghalt); az életben maradt esetekben is még csak néhány hét telt el a műtét óta, úgy hogy a betegségre gyakorolt hatásról még nem mondható vélemény. (Arch. f. klin. Chir. 118. kötet, 794. l.) — Öt oktáva hangterjedelemmel rendelkező énekest (*Prita*) mutatott be *Fröschels* a bécsi orvosegyesület január 20.-i ülésén; a hangja contra f-től f²-ig terjed; contra f-et az irodalom tanúsága szerint eddig csak egy bassista tudott énekelni, egy *Fischer* nevű a 17. század végén. — A stalagometriás quotiens *Schemensky* vizsgálatai szerint rosszindulatú daganatképződés esetén nagyobb; ez a viselkedés szerinte a diagnosztikában felhasználható. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1921, 50. szám.) — Kuttyákon végzett kísérletekkel *Carrel* bebizonyítottak véli, hogy az olyan sebek, a melyek külső (vegyi, mechanikai, infectiosus) ingerek hatása alatt állnak, gyorsabban gyógyulnak, mint azok, a melyeket külső ingerektől teljesen távoltartunk. (Journ. of exper. med., 34. kötet, 5. szám.)

Lapunk mai számához a *Balla Sándor és Társa* gyógyszerészeti laboratorium prospectusa van mellékelve.

Dr. Doctor orvosi laboratoriuma Budapest, IV., Kossuth Lajos-u. 3. Telefon: 697.

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

VII., Városligeti fasor 13—15. Telefon: József 52—29. — Sebészeti-, női-, belbetegeknek, szülőknek. Radium-kezelések. Vegyi Röntgen-laboratorium.

Istvánúti Sanatorium

és vizgyógyintézet részv.-társ. Budapest, VII., az István-út végén a Hermina-útnál. — Sebészeti-, szülési-, nőgyógyászati. — Bel- és idegyógyászati, Orthopaedia, Röntgen.

Telefon: József 95—08 és József 42—13.

Vegyi és bakteriologiai laboratoriuma külső vizsgálatokat is rendesen végez.

Dr. Forbát bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratoriuma VI., Teréz-körút 22. / Telefon 121—02.

RÖNTGEN-ODELGA

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézet IV., Ferencz József rakpart 26. Telefon József 56—76.

Dr. Berger Iván orvosi laboratoriuma VIII., Rákóczi-út 13. Telefon: József 104—22

Telefon: József 4—12. Igazg.-tulajd.: Dr. Me'ha Armand, Dr. M.-né Hill Paula, Dr. Mandler Ottó.

ZANDER-
THERMOTHERAPIA, QUARZ

a Dr. Reich-féle ZANDER-gyógyintézetben, IV., Semmelweis-u. 2. l. e.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR FŐSZERKESZTŐ ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR SZERKESZTŐ.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Rosenthal Jenő: Közlés a budapesti kir. tud.-egyetem I. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Bálint Rezső dr., egyetemi ny. r. tanár.) A rossztermészetű daganatok modern Röntgen-kezeléséről. 79. oldal.

Darányi Gyula: Közlés az állami bacteriologiai intézetből. (Igazgató: Aujeszky Aladár dr., állatorvosi főiskolai ny. r. tanár.) Hatásosabb antigen a Sachs-Georgi-reactióhoz. 82. old.

Boros József: Közlés a budapesti kir. magyar tudományegyetem II. számú belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár.) A szív rythmus-zavarainak orvoslása chinidinnel. 83. oldal.

Buday Kálmán: Lechner Károly. 85. oldal.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. E. Bleuler: Naturgeschichte der Seele und ihres Bewusstwerdens. — **Lapszemle. Belorvosan. E. Meyer:** A rectalis digitalis-therapiáról. — **Sebészet. Borchers:** A postoperativ tetania kezeléséről epitheltest-átültetéssel. — **Eiselsberg:** A tetania parathyreoopriva kezeléséről. — **Ideg- és elmekórtan. Kollarits:** Drótsövény-jelenségekről tüdőgyógyító helyeken. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.** 86—87. oldal.

Vegyes hírek. 87. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlés a budapesti kir. tud.-egyetem I. számú belklinikájáról. (Igazgató: Bálint Rezső dr., egyetemi ny. r. tanár.)

A rossztermészetű daganatok modern Röntgen-kezeléséről.*

Irta: **Rosenthal Jenő** dr., egyetemi tanársegéd.

I.

A malignus daganatok Röntgen-kezelése alig néhány év előtt inkább vigasz volt, mint valami realis alapon nyugvó gyógyító eljárás. Hogy ma már nemcsak a rossztermészetű daganatok kezeléséről, hanem az esetek egy részében azoknak gyógyításáról beszélhetünk, az legelső sorban a Röntgenteknika tökéletesedésével áll szoros összefüggésben. Eleinte úgy volt, hogy a régi, gáztartalmú Röntgen-csővek nem bírták a készülékek teljesítő képességét: az akkori apparátusok nagyobb energiát szolgáltatottak, mint a mennyit a Röntgen-csővek elbírtak volna. Majd jöttek az új csőtypusok, a gáz-talan Lilienfeld- és Coolidge-csővek s a gáztartalmú csővek közül azoknak therapiás célra legalkalmasabb formája, a forraló-cső. Ezek a csővek igen teherbírók, s midőn ismertessé váltak, kitűnt, hogy a teljesítőképességüket és teherbírást nem lehetett kihasználni azokkal a készülékekkel, melyek annak idején rendelkezésre állottak. Így születtek meg azután azok a különböző nagy hatásfokú berendezések, mint a milyenek a Symmetrie-készülék, az úgynevezett Intensiv-Reform-apparátus és a Radio-Silex. A Röntgen-csővek és készülékek technikájának fejlődése tette tehát lehetővé azt, hogy ma a rossztermészetű daganatok sugaras kezelésével komoly próbák történhessenek.

A rossztermészetű daganatok sugaras kezelése azon alapszik, hogy a daganat szövet-sejtjei a sugárzó energiával szemben érzékenyebbek, mint a normalis szövetsejtek. Nyilvánvaló, hogy ha sikerül valamely daganatnak összes sejtjeit életképtelenné tenni, illetve előlni, akkor a daganat maga a sejtek elpusztulásának arányában kisebbedik, vagy eltűnik, a beteg pedig daganatától megszabadul. Ahhoz, hogy ezt elérhessük, több dolgot kell ismernünk:

1. Ismernünk kell a sugárzó energiának azt a mennyiségét, mely valamely daganatsejt elöléséhez szükséges.

2. Tudnunk kell azt, hogy a sugárzó energiának mily mennyisége jut el a szövetek különböző mély rétegeibe, s végül

3. ismernünk kell a daganat topographiáját, vagyis azt, hogy a bőrfelszínhez képest mily mélyen vannak daganat-észleletek.

* A Kir. Orvosegyesületben 1921 május 14.-én tartott előadás nyomán. Az alább közölt esetek statusa is ezen időpontra vonatkozik

Ha ez a három tényező ismeretes, akkor a daganatok sugaras kezelése aránylag egyszerű geometriai, illetőleg számtani feladvánnyá alakul át, melynek megoldása egyenlő a daganat kellő besugárzásával, s a daganat elmúlásával. Hogy ez mennyire igaz, s mennyire nem, az majd az alábbiakból tűnik ki, e helyütt egész általánosságban akartam utalni azokra az elvekre, melyek daganatok sugaras kezelése alkal-mával irányadók.

II.

Midőn régi Röntgen-berendezésekkel legelőször megkísérelték, hogy rossztermészetű daganatokat gyógyítsanak, csakhamar kiderült, hogy a daganatot fedő bőrön súlyos elváltozások jönnek létre, *mielőtt* még a daganatszövetbe a hatásos dosisnak valamely jelentékeny része eljuthatott volna. Ha e jelenség okát keressük, megtaláljuk azt abban, hogy az annak idején alkalmazott sugárzás kevéssé hatolt mélyre, annaktúlnyomórésze a legfelső szövetrétegekben absorbeáltatott, s ott fejtette ki hatását. Lehetetlen volt tehát, hogy ilyen kevéssé mélyre hatoló sugárzás segítségével mélyebben fekvő szövetrészekbe kellő mennyiségű sugárzó energiát juttassunk. E kevéssé mélyreható, lágynak nevezett sugárzással szemben szükség volt tehát a sugárzó energia oly formájának alkalmazására, mely penetrálódó, mely mélyebb rétegekbe is eljut, s melyet kemény sugárzásnak neveznek. Hogy példával szolgáljak: a régi Röntgen-therapia régi methodusának alkalmazásával 10 centiméternyi szövetmélységbe a bőrfelületet ért sugárzó energiának mintegy 2%-a jutott el. A mai berendezésekkel ugyanebbe a mélységbe a felületet ért energiának körülbelül 20%-át, vagy akárhányszor még többet tudunk eljuttatni; nyilvánvaló tehát, hogy a most alkalmazott Röntgen-sugárzás sokkal penetrálódó, keményebb a réginél.

Hogy valamely sugárzás kemény-e, vagy lágy, az egyébként rendszerint állandó — tényezők mellett nagyrészt attól függ, hogy a Röntgen-cső két polusa között milyen az *elektronok sebessége*: ha az elektronok aránylag lassan ütköznek bele az antikathodba, akkor lágy sugárzást kapunk, ha pedig nagy sebességgel rohannak az antikathodnak, kemény sugárzás áll elő. Az elektronok mozgási sebessége függvénye annak a feszültségnek, mely a Röntgen-cső két polusa között fennáll; végső elemzésben tehát a valamely Röntgen-cső által szolgáltatott sugárzás keménysége az alkalmazott feszültség nagyságától függ; nagy feszültség kemény sugárzást szolgáltat, kis feszültséggel lágy sugárzást kapunk. Azt a célunkat tehát, hogy rövid idő alatt lehetőleg sok sugárzó energiát juttassunk lehetőleg mély szövetrétegekbe, legjobban úgy érhetjük el, ha kemény sugárzás áll rendelkezésünkre; nyilvánvaló tehát, hogy nagy feszültségű áramot produkáló berendezésre van szükségünk. A régi Röntgen-készülékek is produkáltak eléggé nagy feszültségű áramot, de építési módjuk olyan volt, hogy e nagy feszültségeket aránylag rövid időn át — másodperceken, vagy perceken át —

birták csak szigetelésük veszélyeztetése nélkül, holott az említett therapiás elvek keresztülvitele órákon át tartó teherbírást igényel a készülék szempontjából. Olyan apparatus kellett tehát, mely aránylag nagy feszültséget *állandóan* produkál.

Ahhoz azonban, hogy mélyreható kemény sugárzás állítsunk elő, nemcsak állandó magas feszültségű áramot szolgáltató berendezésre van szükségünk, hanem arra is, hogy *oly executiv szerv, oly Röntgen-cső álljon rendelkezésünkre, mely ezt a magas feszültséget el is bírja.* Megfelelő áramforrásról való gondoskodás volt tehát az egyik feladat, a másik pedig megfelelő Röntgen-cső alkalmazása.

Lássuk már most, mily Röntgen-készülékek és mily csőtypusok segítségével sikerül mélyreható Röntgen-sugárzás előállítani.

Az egyik meglehetősen ismert és elterjedt berendezés az úgynevezett Symmetrie-készülék, mely két symmetriásan elhelyezett inductorból áll. E két inductor primaer tekercsei, valamint secundaer területei egymásután, seriesben vannak kapcsolva; a két secundaer tekercs között foglalnak helyet a ventilcső szerepét betöltő gázzsikraköz s a vízellenállások, míg a secundaer tekercsek szabad polusai a Röntgen-csővel vannak közvetlen összeköttetésben. A secundaer tekercsek között elhelyezett vízellenállásoknak és gázzsikraköznek a célja az, hogy a secundaer áramgörbének magasabb feszültségű részletei jussanak csak a Röntgen-csőbe s hogy ez által a sugárzás átlagos keménysége s homogenitása fokoztassék. E készülékkel általában önmaguktól keményedő forraló-csőveket tartanak üzemben, melyeket azután automatás regeneráló szerkezettel tartanak lehetőleg egyazon keménységen. Ez a berendezés körülbelül 2½ milliampèrenyi áramerősséggel működik, ezt a terhelést az említett forralócső tartós üzemben is jól tűri. Szűrőként 0.5 mm. vastag zinket használnak. Az erythema-dosist 36—40 perc alatt érik el vele. Ez a berendezés kétségtelenül lehetővé teszi hatásos mélytherapiának folytatását, hátránya azonban, hogy gáztartalmú csővel dolgozik, melynek gáz-sűrűsége szabja meg a mindenkori keménységet, a mely gáz-sűrűség a legtökéletesebben működő automatás regenerálás mellett is ingadozásoknak van alávetve. Továbbá tekintettel arra, hogy a berendezés gáztartalmú csővel dolgozik, ventilcső alkalmazása elengedhetetlen, miáltal a csőből kiinduló sugárzás keménysége nemcsak a Röntgen-cső gáz-sűrűségétől, hanem a ventilcsőként működő szikraköz gáz-sűrűségétől is függ. A berendezés szolgáltatja szüretlen primaer sugárzás aránylag kevésbé homogén, igen sok lágy componenst is tartalmaz s ez teszi szükségessé az aránylag erős, 0.5 mm. zinkkel való szűrést. S végül, mint nem egészen lényegtelen hátrányt kell megemlítenem a berendezésnek aránylag magas árát, mely miatt az a legtöbb intézet számára csaknem elérhetetlen.

A magas feszültséggel és kis intenzitással működő Symmetrie-készülékkel szemben más elven működik a Radio-Silex, mely relativ kis feszültséggel és nagy intenzitással dolgozik. Aránylag nagy keménységű sugárzás e berendezés mellett azáltal jön létre, hogy a városi váltóáram 42 periodusa helyett 500 periodusos áram jut a transformatorkba s ilykép 500 periodusnak megfelelő secundaer áramlökés éri a cső antikathodját is másodpercenként. Ez által jön létre az az igen jelentékeny sugárconcentratio, mely a Radio-Silexet minden más berendezésnél principialisan megkülönbözteti s a mely azután relativ kis feszültség mellett is aránylag nagy intenzitású, kemény sugárzás keletkezésére vezet; Lilienfeld-cső üzemére van berendezve. A Radio-Silexre vonatkozó közlések ezidőszere szerint nincsenek. Tudomásom szerint 8 milliampèrenyi terheléssel dolgozik; 0.8 mm. réz- és 1 mm. alumínium-szűrők alkalmazása mellett 30 cm.-nyi focus-börtávolságról 35 perc alatt érik el az erythema-dosist.

A forralócsővön és a Lilienfeld-csővön kívül a Coolidge-csővet alkalmazzák még mélyreható sugárzás előállítására; az eddig előállított legmagasabb feszültségeket is jól tűri; hátránya, hogy csak ventilcsővel tartható üzemben s hogy az általa előállított sugárzás sokkal kevésbé homogén, mint az,

melyet akár a forralócső, akár a Lilienfeld-cső szolgáltat; különböző készülékekkel tartják üzemben sok helyütt az Intensiv-Reform apparattal. E három készülék-typusra vonatkozó adatokat mutatja az I. táblázat.

I. táblázat.

	Symmetrie	Radio-Silex	Int. Ref.
Szikratávolság	38—40 cm.	28 cm.	40 cm.
Feszültség	kb. 180.000 Volt	kb. 130.000 Volt	kb. 200.000 Volt
Milliampère	2.5	8.0	2.0
Focus-börtáv.	23 cm.	30 cm.	30 cm.
Erythema-dosis	40'	30'	78'
Szűrő	0.5 mm. Zn	0.8 mm. Cu	1.0 mm. Cu
Cső	Forraló	Lilienfeld	Coolidge

Midőn az I. számú belklinikán mélytherapiás kísérleteinkhez hozzáfogtunk, nem állott rendelkezésünkre egyike sem a leírt nagy hatásfokú készülékeknek; ezen a hiányon úgy próbáltunk segíteni, hogy meglévő Röntgen-készülékünk egyik inductorával¹ egy másik inductort² kapcsoltunk össze. Megpróbáltuk, hogy ezeket az inductorokat különböző módon kapcsoljuk egymással s ekkor az mutatkozott, hogy legcélyszerűbb a primaer tekercseket egymással parallel s a secundaer tekercseket egymással seriesbe kapcsolni. Kísérletet tettünk, hogy a secundaer tekercsek közé hasonlóan, mint a Symmetrie-készüléknél, zárt szikraközt és vízellenállásokat helyezünk el. Erre vonatkozó kísérleteink azzal az eredménnyel végeztek, hogy az *utóbbiak alkalmazásakor a sugárzás lényegesen puhábbá válik.* Ha e jelenség okát keressük, abban találjuk meg, hogy a gázzsikraköz és a vízellenállás az áramgörbének nemcsak alacsony feszültségű részeit veszi el, hanem az áramgörbe egész magasságát csökkenti, más szóval a Röntgen-csőhöz nem az a feszültség jut, a melyet az inductorok produkálnak, hanem kevesebb, még pedig annival kevesebb, a mennyit az áram feszültsége veszít a gáz-szikraközön és a vízellenálláson való áthaladásakor. Ezeknek alkalmazása tehát célszerűtlen, mivel csökkentik azt a feszültséget, mely a Röntgen-cső polusaihoz jut s ez az alacsonyabb feszültség kisebb elektron-sebességet tartván fenn, a csőben kisebb keménységű sugárzás keletkezésére vezet.

Ahhoz tehát, hogy a készülékünk által szolgáltatott feszültség teljesen kihasználtsék, *célszerűnek mutatkozott oly Röntgen-csőnek az alkalmazása, mely ventilcsőnek vagy más hasonló berendezésnek alkalmazását feleslegessé teszi.* A forralócső és a Coolidge-cső ezen követelménynek nem felel meg, miért is apparatusunkat Lilienfeld-csővel köztük össze, melylyel egyébként évek óta dolgoztunk. Ilyenformán jutottunk el ahhoz a készülékhez, mely kemény sugárzás előállítására igen kielégítő segédeszköznek bizonyult. A berendezést különösen gazdaságossá teszi az a körülmény, hogy az két megfelelő nagyságú, de akár különböző typusú inductor segítségével is összeállítható, úgy hogy ha valamely Röntgenlaboratoriumban két eddig külön-külön használt inductor van, azok egymással megfelelően összekapcsolhatók és mélytherapiás üzemre beállíthatók.

Lássuk már most, hogy a leírt módon összeállítható készülékünk hatásfok, illetve teljesítőképesség szempontjából egyenértékű-e a többi berendezéssel?

Mielőtt e kérdés részleteivel foglalkoznánk, a következőkben röviden ismertetni óhajtom azokat a szempontokat, melyek valamely berendezés hatásfokának megítélésakor tekintetbe jönnek.

Valamely sugárzás megítélésakor két szempont irányadó: külön kell megítélnünk a nyert sugárzás *mennyiségét* és a sugárzás *minőségét*. Valamely sugárzás qualitativ és quantitativ exact megítélése physikai értelemben vett megközelítő pontossággal oly berendezésekkel lehetséges csak, melyek igen jól vihetők keresztül valamely physikai labororiumban, melyek azonban alig vihetők keresztül valamely klinikai Röntgen-laboratorium üzemében, annál is inkább, mert az

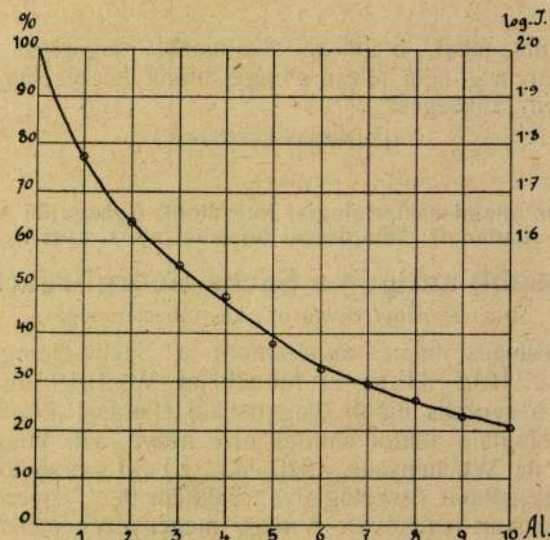
¹ III. számú Apex-inductor.

² Ismeretlen gyártmányú 35 cm.-es, léghűtéses inductor.

imént említett physikai mérési methodusok is bizonyos hibaforrásokkal dolgoznak. Sugárzó energiát quantitative meghatározni ma aligha lehet oly pontossággal, mint a hogy például valamely tárgy súlya tizedmilligrammnyi pontossággal meghatározható, de viszont erre klinikai Röntgen-laboratoriumbar nincs is szükség, ebből a szempontból teljesen megelégedhetünk azzal, ha tudjuk, hogy valamely *állandó* *minőségű* sugárzással egyébként *állandó körülmények között* mennyi idő alatt idézünk elő oly bőrelváltozást, mely a bőrnek éppen észrevehető kipirulásában nyilvánul meg. *A sugárzó energiának az a mennyisége, mely ezt a bőrelváltozást előidézte, nevezetük erythema-dosisnak*, mérjük pedig azzal az időtartammal, a melyen át való besugárzás szükséges az említett bőrelváltozás előidézéséhez. Ha például valamely sugárzás 90 perczen át alkalmazandó, hogy az előbb leírt bőrelváltozás létrejöhön, akkor azonos keménységű sugárzást feltételezve, nyilván félakkora a sugárzás mennyisége, mintha ugyanezt a bőrelváltozást 45 perc alatt érjük el. Ilyenformán tehát a sugárzás mennyiségét rendszerint azzal a percekben kifejezett idővel mérjük, mely alatt a besugárzott bőrfelületen erythema jön létre.

Valamely sugárzást jellemző másik faktor a sugárzás keménysége, más szóval a sugárzás ezen minőségének megállapítására meg kell mérnünk valamely szövetmélységbe jutó sugárzó energiamentiségét. Hogy valamely sugárzás keménységét megítélhessük, szükséges tehát, hogy rendelkezésünkre álljon valamely mérőeszköz, melynek segítségével a sugárzás mennyisége megállapítható. Midőn a sugárzó energia mennyisége megítélésének méréséről az imént szólottunk, láttuk, hogy alig áll rendelkezésünkre oly mérőeszköz, melynek segítségével a sugárzó energia mennyiségének *absolut* értékei meghatározhatók; éppen ezért használtuk a klinikai czélokra teljesen kielégítő *quantitativ* mérésre az erythema-dosis meghatározását. Midőn azonban annak megállapításáról van szó, hogy valamely felületet érő sugárzó energiából mennyi jut ezekbe a felület alatti rétegekbe, nincs szükségünk a dosist mérő *absolut* értékekre, mert hiszen csak összehasonlításról van szó, még pedig ama dosisok összehasonlításáról, melyek a felületet érik s melyek bizonyos szövetmélységbe jutnak. Ilyen mérésekre teljesen kielégítő mérőeszköznek bizonyult a selen-cella, melynek elektromos vezetőképessége sugárzó energia hatására megváltozik s melyet a Fürstenau-féle *intensimeter* formájában használtunk. A régebbi selen-celláknak igen lényeges hibája azoknak gyors fáradékonysága volt, a mi abban nyilvánult meg, hogy azonos körülmények között megismételt mérések alkalmával az eszköz mind kevesebbet mutatott, úgy hogy az egymásután következő mérések egymással alig voltak összehasonlíthatók. Újabban azonban oly selen-cellák kerülnek forgalomba, melyeknek fáradékonysága jóformán semmi vagy igen minimalis, úgy hogy az ebből következő pontatlanság elég könnyen számításba vehető s megismételt ellenőrző mérésekkel könnyen kiküszöbölhető. Az ilyen újabb gyártmányú és kevésbé fáradó selen-cellák a sugárzó energiamentiségnek mérését lehetővé teszik, de a készüléken leolvasott számok nem hasonlíthatók össze más hasonló készüléken leolvasott számokkal; az értékek tehát, melyeket ilyenformán nyerünk, aligha engedik meg, hogy ezek alapján erythema-dosist meghatározzunk, de lehetővé teszik, hogy e készülék segítségével a sugárzó energia mennyiségével helyes arányban álló adatokat nyerhessünk. Miként fentebb láttuk, keménységmérésekhez elegendő, ha a sugárzó energiamentiséggel arányos *relativ* értékek állnak rendelkezésünkre; ilyenformán a selen-cellát keménységmérésekre jól alkalmazhatjuk. Valamely sugárzás átlagos keménysége általában annál nagyobb, minél több jut valamely felületet ért sugárzásból az ezen felület alatt fekvő mélyebb szövetrétegekbe. Ezt olyanformán lehetne például megmérni, hogy meghatározzuk egyrészt valamely bőrfelületet érő Röntgen-energia mennyiségét s megmérjük másrészt, hogy ugyanezen bőrfelület alatt 10 cm.-nyire fekvő szövetrétegre mennyi Röntgen-sugár jutott el. Ha már most a sugárzó energia mennyiségét nemcsak a bőrfelületen (=0 cm. mélység) és nemcsak 10 cm. mélységre vonatko-

zólag, hanem a közbeeső szövetmélységekre nézve is meghatározzuk, akkor ezzel megállapítottuk az illető sugárzásnak például az emberi szövetekre vonatkozó absorbtíóját. Ha azt a sugármennyiséget, melyet a bőrfelületen való méréskor mérőeszközünk mutatott, 100%-nak vesszük, s a különböző szövetmélységekben nyert értékeket a felületen mért értékhez mint 100%-hoz viszonyítjuk, akkor ezeket az adatokat koordinatarendszerbe rajzolván, megkapjuk az illető sugárzás átlagos keménységére jellemző absorbtíós görbét. Ilyen absorbtíós görbéhez olyanformán juthatnánk, ha selen-cellákat egyrészt a focus-bőrtávolságnak megfelelő távolságban helyezük el az antikathodtól s ezzel megmérjük a felületet ért dosist, s másrészt, ha a selen-cellát ezután 10 cm.-rel mélyebbre helyezük el s föléje — egészen a bőrfelületig — emberi szövetet, vagy annak absorbtíójával egyenlő más anyagot helyezünk el. Számos vizsgálat kimutatta azt, hogy desztillált víz praktikus ugyanannyi sugárzó energiát absorbeál, mint az emberi szövetek, miért is czélszerűnek mutatkozott ilyen absorbtíós mérések alkalmával meghatározni azt, hogy különböző vastagságú vízrétegeken áthatoló Röntgen-sugárzásból mennyi marad meg. Ha tehát a focus-bőrtávolságtól mért 0—10 cm. mély rétegekben a selen-cella fölé helyezett 0—10 cm. vastagságú vízréteg alatt meghatározzuk a sugárzó energia mennyiségét, akkor ezen mérések alapján megállapítható ezen sugárzás absorbtíós görbéje, melyből mindenkor leolvasható egyúttal, hogy valamely meghatározott szövetmélységben a felületet ért Röntgen-energiának hány %-a hatásos. Ilyen absorbtíós mérés részletei és az abból resultáló görbe a következő táblázaton látható.



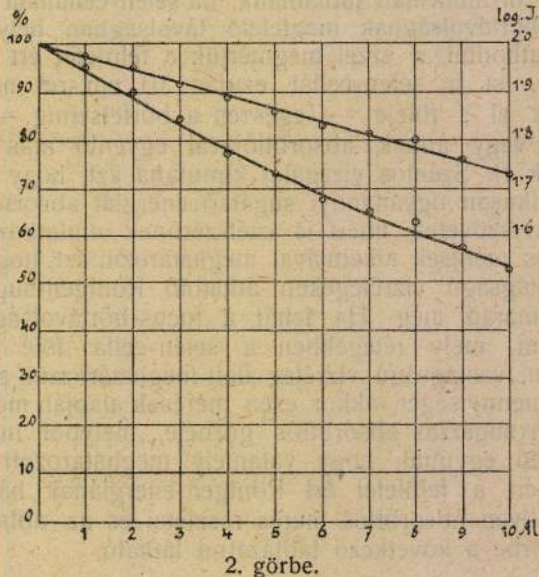
1. görbe.

Tekintettel arra, hogy a vízzel való absorbtíós mérés akárhányszor körülményes és kényelmetlen, czélszerűbb a vizsgált sugárzás keménységét szilárd absorbeáló rétegek közbeiktatásával meghatározni; e czélra a legalkalmasabbnak bizonyult az alumínium. Ebben az esetben a mérés olyképpen történik, hogy a fokustól bizonyos távolságra állítjuk fel a selen-cellát, majd pedig az antikathod s a selen-cella közé 0—10 mm. vastag alumíniumlemezeket helyezünk el olyképp, hogy az antikathodról jövő sugárzás csakis ez absorbeáló rétegeken át juthasson a selen-cellához. Hogy a közbehelyezett alumíniumrétegekből kiinduló *secundaer* sugárzás okozta mérési hibát kiküszöböljük, illetőleg a minimumra redukáljuk, szükséges, hogy az alumíniumrétegek lehetőleg távol a mérő cellától, s lehetőleg közel az antikathodhoz helyeztessenek el. Megközelítőleg egyforma minőségű sugárzást feltételezve, ezen alumíniumrétegekből kiinduló sugárzás okozta hiba elhanyagolható, ha az absorbeáló rétegeknek az antikathodtól és a selen-cellától való távolsága minden mérés alkalmával egyforma.

Az ilyen absorbtíós görbékről leolvasható, hogy a felületet érő intenzitás felezéséhez mily vastag alumíniumréteg

szükséges, s ilyenformán különböző berendezések szolgáltatott sugárzások átlagos keménysége elég jól megítélhető.

Lássuk már most, hogy a klinikai quantimetriának és qualimetriának elegendő pontosságú methodusai mily adatokat szolgáltatnak berendezésünkkel. A klinikánkon évek óta végzett mélybesugárzásokat 0.5 mm. vastag sárgaréz-szűrővel végeztük; ezen szűrő közbeiktatásával 50 cm. focus-cella-távolság mellett a következő eredményt kaptuk.³



Látjuk tehát, hogy az alkalmazott sugárzást 10 mm. aluminium még nem felezi, s hogy annak felezéséhez 11 mm. aluminium szükséges.

(Folytatása következik.)

Közlés az állami bacteriologiai intézetből. (Igazgató: Aujeszky Aladár dr., állatorvosi főiskolai ny. r. tanár.)

Hatásosabb antigen a Sachs-Georgi-reactióhoz.

Irta: Darányi Gyula dr., kir. főbacteriologus.

Felesleges talán rámutatnom a Sachs-Georgi-reactio (Med. Kl. 1918. 33. sz. és Münch. m. W. 1919. 16.) jelentőségére a syphilis újabb diagnostikai eljárásai között. Csak egy összefoglaló adatot említek erre nézve, azt, hogy *Pesch* (Münch. m. Wochenschr. 1920., 43. sz.) 30 szerző több mint 30 000 vizsgálatát összefoglalva, csaknem 90% egyezést talált a Wassermann-reactióval. A nagy megegyezés mellett tekintetbe veendő a reactio egyszerű kivitele. Egyes szerzők az említett átlagnál nagyobb egyezést is találtak, így Sachs-Georgi 95%-ot, a szerzők egy része azonban jóval alacsonyabb, csak 80 és egynehány %-os megegyezést ért el (*Konitzer, Lesser, Schroeder, Guggenheimer, Mersweiler, Kafka, Hauck, Zurhelle* stb.). E különbség jórészt a hatásos kivonatok készítésének nehézségében keresendő. A szerzők nagy része kiemeli a kivonat-kérdés nehézségét, különösen *Leonhardt* (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921., 10. szám) és *Hübschmann* (Münch. m. Wochenschr. 1920., 9. sz.). Utóbbi szerző utal arra is, hogy a száraz szívporból készült extractumok használata ajánlatos volna úgy a Wassermann-reactióhoz, mint az újabb kicsapási reactiókhoz. *Sachs* és *Georgi* és a többi utánvizsgáló azonban, mint ismeretes, friss marhaszívizomból készült antigennel dolgozott. Pedig a fent jelzett, a Wassermann-reactióval való gyengébb egyezés oka vizsgálataim szerint a friss szívizomnak kivonatkészítésre való

használatában rejlik, egyrészt a marhaszivek különböző víztartalma miatt, másrészt azért, mert a lipidok hígabb alkohollal csak nehezen vonhatók ki. Ha ugyanis az előírás szerint 2 gr. szívizomhoz 10 gr. 96%-os alkoholt adunk, akkor az alkohol szesztartalmát a szívizom víztartalma mintegy 86.7%-ra szállítja le (1 gr. szívizom kb. 0.6 gr. vizet tartalmaz).

Összehasonlításként egyenlő mennyiségű szívizomport ugyanannyi 96 és 86.7%-os alkohollal, továbbá a szívizom száraz anyagának megfelelően 2 $\frac{1}{2}$ -szer annyi nedves szívizmot ugyanannyi 96%-os alkohollal keverve, a három jól elzárt üvegben a lipidokat teljesen egyenlő kautelák mellett ráztam ki. Ilyenkor a nedves szívizomból, továbbá 86.7%-os alkohollal összehasonlíthatatlanul kevesebb lipid volt kivonható, mint a száraz szívporból 96%-os alkohollal. Ez azt bizonyítja, hogy a szívizomból a lipidok sokkal lassabban és tökéletlenebbül vonhatók ki, mint a száraz szívporból. Emellett friss szívizomnál az extractum lipidtartalma a rázási eljárások erősebb vagy gyengébb voltától nagy mértékben függ. Az eredeti közlemény e miatt szükségesnek tartja a nyers kivonát titrálását arra nézve, hogy mennyi alkoholt és mennyi cholesterint adjunk hozzá. Ez a kettős titrálás sok savóval kell, hogy történjék és ennél fogva nagyon nehéz és nem egészen megbízható eljárás. Száraz szívport használva azonban mindig oly egyenlő titerű, mondhatnók lipidokkal telített nyers kivonatot kapunk, melynek külön titrálása felesleges.

A Sachs-Georgi-antigen készítése száraz szívporból következőképpen történik:

Tiszta marhaszívizmot húsvágógéppel finom péppé dörzsölünk, vászon közt jól kinyomkodva üveglapokra vékony rétegekben felkenjük és 50° C-os hőlégszekrényben, esetleg exsiccatorban is szárítjuk. Az így nyert száraz izmot a serumintézetekben a poralakú sercsegő üszök-oltóanyag készítésekor használatos durvább és finomabb őrlőn átvisszük, miáltal finom lisztszerű, száraz izomport kapunk. A nyers kivonát készítésére azután 2 gr. szívizomporhoz 10 cm³ 96%-os alkoholt téve, jól záró üvegben egy napig vagy esetleg két délelőttön át gyakori (1/4—1/2 óránkénti) erős kirázással extraháljuk. Ajánlatos az üveget közben 37° C-os thermostatban tartani. Azután 1 napig szobahőn ülepedni hagyjuk, majd filterpapíron megsűrjük. Ennek a nyers kivonatként egy cm³-éhez adunk 3.5 cm³ 96%-os alkoholt és 3.1 cm³ 1 pro millés, 96%-os alkoholban oldott cholesterint.

A nyers kivonatot itt azért kell körülbelül 2 $\frac{1}{2}$ -szer erősebben hígítani, mint a friss szívizomból készült nyers kivonatot, mert a szívizompor a szárítással körülbelül 60% vizet veszítvén, ugyanazon súlymennyisége körülbelül 2 $\frac{1}{2}$ -szer annyi száraz anyagot tartalmaz, mint a szívizom.

A kész antigent most már a Sachs- és Georgi-féle előírás szerint alkalmazzuk a reactióhoz. Az eredményt 24 órai 37° C-os thermostatban állás után olvassuk le lupéval összerázás nélkül. „Nem specifikus“ reactiók nem voltak. Külön erre vizsgáltam 8 tuberculotikus savóját positiv sputum-lelettel és 6 carcinoma-ésletet. A többi, körülbelül 100-ra menő esetben az eredmények a Wassermann- és Meinicke III.-methodus eredményeivel megegyeztek. Latens lues két esetében, a hol lues még biztosan fennállott, az egyikben biztosan lueses körelőzmény és teljesen elégtelen kezelés után, a másikkban három biztosan lueses eredetű abortus után, a hol úgy a Wassermann-, mint a Meinicke-reactio negativ, illetőleg határozatlan volt, a Sachs-Georgi az új antigennel határozottan positiv („++“) eredményt adott.

A fentiek alapján az új antigennek következő előnyei vannak: 1. Sokkal egyenletesebb és erősebb hatású, mert az alkohol koncentráltan hatva, könnyebben és tökéletesebben vonja ki a lipidokat.

2. A nehézkes titrálás alkohol és cholesterin hozzátételére elmarad.

3. Az eredmények szabadszemmel vagy legfeljebb lupéval olvashatók le s így a Kuhn- és Woithe-féle agglutinoskop használata feleslegessé válik.

³ Ezen, valamint a következő görbékben két vonal látható: ezek közül az alsó a különböző aluminiumrétegeken átjutó intenzitásokat mutatja (a tábla bal szélén jelzett százalékoknak megfelelően), a felső pedig ezen intenzitások logaritmusait ábrázolja (melyeknek jelzése a tábla jobb szélén van). Az intenzitások logaritmusainak görbéje tudvalevően egyenes vonal, ha a sugárzás homogen; ezen homogenitás megítélhetése céljából rajzoltuk be ábránkba a logaritmus-görbét is.

4. „Nem specifikus“ reakciók (*Blumenthal, Konitzer, Nathan* stb.) nincsenek.

5. A száraz szivpor határtalanul tartós, és egyszerre nagyobb készlet állítható elő.

Közlés a budapesti kir. magyar tudományegyetem II. számú belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár.)

A szív rythmus-zavarainak orvoslása chinidinnel.

Közli: *Boros József* dr. tanársegéd.

(Vége.)

A pitvari ingerképés zavarai tehát az extrasystoliától egészen a fibrillálásig chinidinnel az esetek egy részében megszüntethetők. Ha már most a rythmus-zavar egyébként működésképes szívben fejlődött ki és a keringés zavarát egyedül vagy főképpen a szívmechanismus eme zavarja okozta, a chinidin valószínűleg a betegség okát szünteti meg; a keringés tehát ismét megjavul, mint az alább következő esetünkben történt:

K. J. 70 éves nő, ki már ismételen dekompenzált volt és kit ilyenkor digitalissal mindannyiszor kompenzálni sikerült, a klinikán mint ambuláns beteg jelentkezett, miután előzőleg hirtelen rosszul lett, nehéz lélekezése és szivdobogása támadt. Erverése arhythmias, alig tapintható, percenként 154. Az elektrokardiogrammon pitvarfibrillálást láthatunk. Chinidint rendeltünk, de az beszerezhető nem volt és ezért a beteg két napon át gyógyszer nélkül maradt. Ezen időben a vizelet mennyisége pár száz cm^3 -re csökkent, a beteg dyspnoeja és cyanosisa fokozódott, majd vizenyő fejlődött ki. 0.20 gr. (!) chinidin után a szivműködés rythmosos, percenként 80 és ezzel együtt a vizelet mennyisége a következő 24 órában 3000 cm^3 -re növekszik; a kis adagban (3×0.20 gr.) folytatott chinidinterápia mellett 3 nap alatt a decompensatio minden tünete elmúlt.

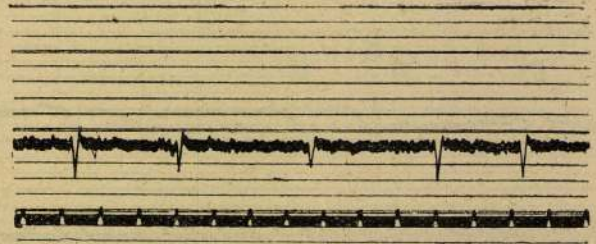
Sajnos, az ilyen eredménny igen ritka és sokkal gyakrabban fordul elő az, hogy a rythmusrendezésnek a keringésre jelentékenyebb hatását nem vesszük észre. Némelyik betegnek a hirtelen beálló rythmosos szivműködés nagyon kellemes érzést okoz, mert megszünt a kellemetlen szivdobogása és szinte elfelejti, hogy szivbajos. A sziv ilyenkor, az előző állapottal összehasonlítva, sokkal helyesebben, szebben végzi munkáját, bizonyára jobban is, de még mindig nem elég jól arra, hogy az elégtelenné vált keringést helyreállíthassa, úgy hogy teljes kompenzációt elérni nem sikerül és terapiánk tökéletlen eredménye mellett elégedetlenséget érzünk. Más esetben bár rythmosossá vált a szivverés, ennek az általános keringés szempontjából semmi haszna sincsen, sőt vannak olyan esetek is, a melyekben a rythmus helyre áll, de a keringés-zavar még csak fokozódik.

Hátrányos a chinidin hatásának a kifejlődésében az a sorrend, a melyben a legtöbb sziv mechanizmusának változása a pitvarfibrillálástól a sinusrythmusig átmeny. A változások rendjén ugyanis a szivkamra működése leginkább sokkal szaporábbá válik, mint a milyen eredetileg volt, a mi az egyébként is megzavart keringés mellett a keringés-zavar fokozódására vezet (jó példa erre alábbi R. L. esetünk).

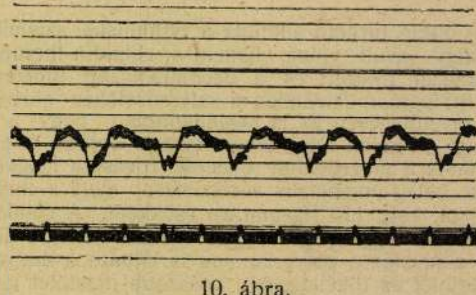
Ez a tachycardia, a mely a chinidinhatás kezdetén következik be, a pitvaringerületek ritkulásával függ össze; ha pedig a hatás sinusrythmusig nem fokozódik, a kamraműködés szaporasága állandósul és csak akkor szűnik meg, ha a chinidin adását abbahagyjuk. Ez a fokozatos változás a sziv mechanizmusában még chinidin vagy chinin intravenás adásával sem mindig kerülhető el, sőt gyakran ilyenkor még sokkal nagyobb fokú tachycardia észlelhető, mint az két alábbi esetünkben is történt.

P. N. 24 éves *arythmia perpetua*s nőnek, ki egyébként a bal venás szájadék kompenzált elégtelenségében szenved, elektrokardiographiás kontroll mellett intravenásan 0.50 gr. chinint adtunk. Tíz másodperc múlva a sziv rythmososan vert és a sinusrythmus 7 perczig tartott, azután ezt hirtelen 180-as kamraszaporaságú arhythmias tachycardia váltotta fel, a mikor az elektrokardiogrammon már ismét pitvarfibrillálást láttunk. Ez a tachycardiás állapot több órán át tartott. A beteg egyidejűleg nagyon rosszul érezte magát, cyanosisos és sápadt lett és érelkése alig volt tapintható. Másnap a belsőleg adott 3×0.40 gr. chinidin hasonló tachycardiát eredményezett, úgy hogy a chinidin adását be kellett szüntetnünk.

Másik betegünk S. R. 36 éves férfi, myodegeneratiós szive 72 kamraszaporaságú *arythmia perpetua*ban működik; keringése csak kis mértékben dekompenzált, de teljesen kompenzálni semmi módon sem sikerül. Az elektrokardiogram (9. ábra) pitvarfibrillálást mutat. Elektrokardiographiás ellenőrzés mellett intravenásan 0.75 gr. chinint adtunk. A befeccskendéssel egyidejűleg collapsusszerű állapotba jutott, érelkése szapora és alig tapintható lett. Az ugyanakkor készített elektro-



9. ábra.



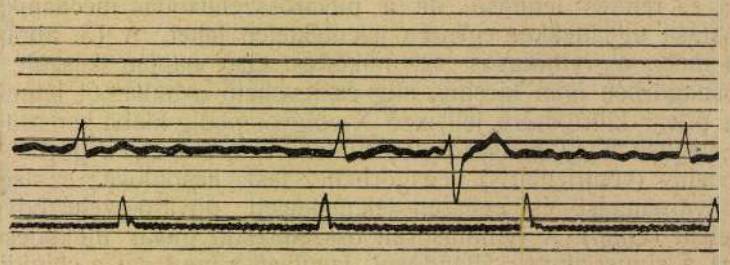
10. ábra.

kardiogrammon (10. ábra) percenként 170–180 szaporaságú kamratachycardiát látunk, a hol az egyes R-hullámok alakja egészen megváltozott úgy, hogy abból is a kamrai ingerképés súlyos mérgezésére lehet következtetni. Úgy látszik, hogy a beteg ingervezető rendszerének magasabb ingerképés központjai (sinus és Tavora-csomó) benuáltak és ilyenkor a sziv rythmusát egy mélyebben fekvő, úgynevezett harmadlagos ingerközpont (*Rothberger* és *Winterberger*) vette át. Ez az állapot néhány perczig tartott és ezután az elektrokardiogram az R-hullámok nagyobb szaporaságán kívül az injectio előtti elektrokardiogrammal egyező.

A chinidin (chinin) hatása hátrányos a keringésre akkor, ha a szabályozott szivműködés (sinusrythmus) szaporább, mint a szabálytalan volt. Ilyen körülmények között nyilvánvalóan jobb a digitalis, a mely a szivpitvar fibrillálását nem szünteti ugyan meg, sőt azt még fokozza, de ezzel együtt ritkul a kamraműködés is. Hiszen éppen ez a klasszikai digitalis-hatás: „a szapora, arhythmias és kihagyó érverés ritkább, erőteljesebb és rythmosos (?) lesz“. Ilyen esetekben a tartós digitalis-therápia a leghelyesebb.

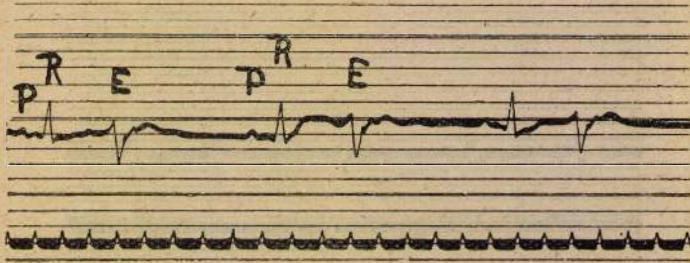
Feltehető, hogy a chinidin a sziv izomerejének csökkentése folytán, a mely hatását az állatkísérletekből ismerjük (*Hoffmann, Schott* stb.), az egyébként is csökkent izomerejű szivre káros hatást fejthet ki. Ismeretes, hogy az a sziv, mely digitalis adásakor bigemiás lesz, rossz sziv (*Edens*); egy ilyen betegünknek megkíséreltünk chinidint adni és az eredmény a keringés szempontjából rossz volt, bár a fibrillálás megszűnt.

G. L., 48 éves férfi 25 év óta szenved a kéthegyű billentyű elégtelenségében, mely idő alatt a gyakran beállott decompensatiót digitalissal mindannyiszor sikerült megszüntetni. Klinikánkat most ismét a súlyos decompensatio minden tünetével kereste fel. A keringést digitalissal 8 nap alatt kompenzálni és ekkor az elektrokardiogrammon szabálytalan pitvarlibegést és percenként 70 kamrahullámot látunk, a mit időnként balkamrai extrasystolék rövid bigemiás sorozatokban szakítottak meg.



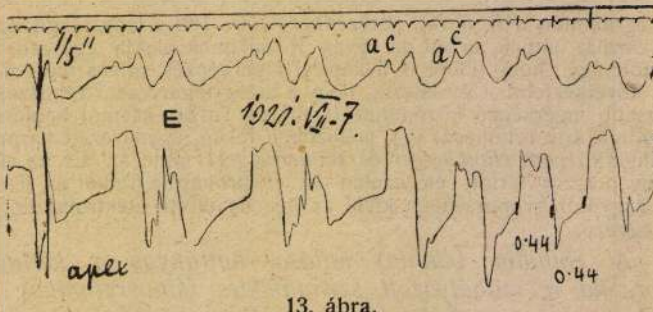
11. ábra.

A chinidin-therapia második napján (a digitalis elhagyása után 5 nappal) összesen egy gr. chinidin után a pitvarlibegés megszűnt. Az elektrokardiogrammon percenként 70-es szaporaságú szabályos sinus-rythmust látunk, a melyen a pozitív P-hullámok egyformák, a rythmust azonban most is kamrai extrasystolék rövid bigeminiás sorozata zavarja meg. (12. ábra.)

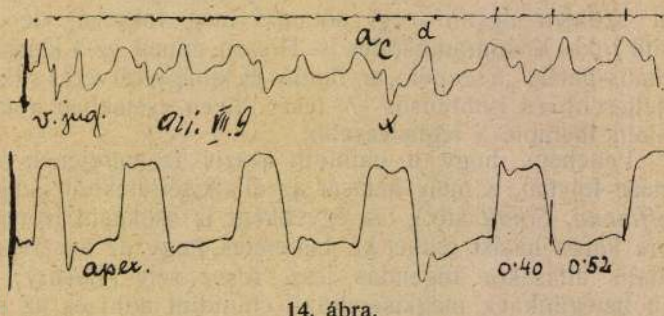


12. ábra.

A beteg eddig tűrhető állapota a rythmosus szív működés beálltákor nem hogy javult volna, hanem a chinidin-therapia folytatása mellett fokozatosan romlott és a decompensatio tünetei fokozatosan kifejlődtek. A polygrammfelvételen a szívcsúslökés görbéjéből (13. és 14. ábra) hozzávetőlegesen az is megállapítható, hogy a szív működés valószínűleg úgy változott meg, hogy a systole lassúbb és kevésbé erőteljes lett, tartama a megrövidült diastole rovására meghosszabbodott. Ugyanekkor a beteg maximalis vérnyomása, mely a chinidin-therapia előtt 130 Hg-mm. volt, 115 Hg-mm.-re csökkent. A chinidin elhagyása után a szív működés egy ideig rythmosus maradt és a decompensatio ismét elmúlt; a javulás a polygrammon is látható, a melyen ismét rövidebb kamrasystolét és tökéletesebb, hosszabb diastolét látunk.



13. ábra.



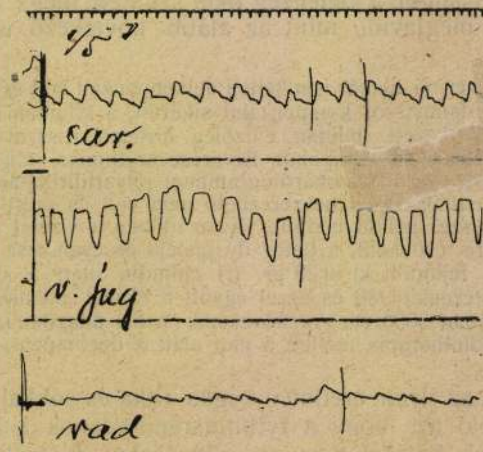
14. ábra.

Hogy ez a szívizomzat rossz volt, azt bizonyítja az a körülmény is, hogy a beteg ezután egy hónappal a folyton fokozódó decompensatio tünetei között, minden therapiánkkal dacolva, meghalt.

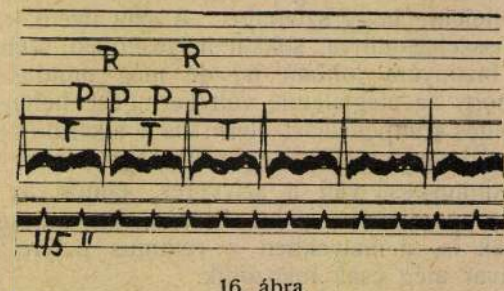
Érdekes volt a polygraphia segítségével a venagörbén a pitvarhullám magatartását a chinidin-therapiára megfigyelni. A midőn a chinidin hatására a szív rythmusa helyreáll és az elektrokardiogrammon kifejezett P-hullámokat látunk, akkor ez csak azt jelenti, hogy az ingerület a rendes helyről indul ki és rendes lefutású, de a pitvarösszehúzó mechanikai hatása ugyanekkor egészen jelentéktelen lehet. A 13. ábrán, a mely a rythmosus szív működés első napján készült, a venagörbén igen kicsiny, alig észrevehető a-hullámot látunk, a pitvar kiürülésére jellemző X-völgyet pedig hiába keressük, helyében nagy pangásos (S) hullám van, a mely a görbét a pozitív (ventricularis) venagörbéhez teszi hasonlónak; ez nagy pitvarpangást és egészen jelentéktelen pitvarösszehúzóást jelent (Ohm). A rythmososan összehúzóó pitvar működése, ha a sinusrythmus állandósul, javulhat, a mint azt a chinidin elhagyása után két nappal készült 14. ábrán láthatjuk; itt a

venagörbén már sokkal nagyobb a-hullám és jól felismerhető X-hullám völgy van, a mi erőteljesebb pitvarösszehúzóásnak, a pitvar tökéletesebb kiürülésének és ennek következtében a pangás csökkenésének a jele. De előfordul az is, hogy a midőn a chinidin hatására a pitvarfibrillálás megszűnik, a szív sinusrythmusban ver és az elektrokardiogrammon kifejezett P-hullámok láthatók, a venagörbén a-hullámok nyoma sem ismerhető fel, a milyen például a következő esetünk:

R. L.-né, 22 éves, 12 éve szenved a bal venás szájadék időnként decompenzálódó elégtelenségében. Szívpitvara évek óta fibrillál. Sikeres digitalis-therapia után az elektrokardiogrammon percenként körülbelül 80-as kamraszaporaságú *arythmia perpetua*t és igen finom, szapora pitvarfibrillálást látunk. Több napon át adott nagyobb mennyiségű (3×0.40 , sőt 4×0.40 gr.) chinidin a fibrillálást a szabálytalan libegés állapotán keresztül rythmosus pitvari tachysystoliába vitte át. Az ekkor készített elektrokardiogrammon (15. ábra) percenként 280 jól kifejezett P-lengést és 140 kamralengést látunk: 2:1 rythmus. Az ugyanekkor készített venagörbe azonban systolés és rajta a-hullámnak nyoma sincsen (16. ábra).



15. ábra.



16. ábra.

Az elmondottak a chinidinnel szemben bizonyos óvatosságot parancsolnak. Nem valószínű, hogy a chinidin abban a mennyiségben, a milyenben általában adni szoktuk, a beteg életét is veszélyeztethetné, ámde ismeretes Benjamin és Kapff esete, a hol ennek a lehetősége mégsem tagadható. A chinidin adása közben mi is észleltünk ehhez egészen hasonló hirtelen halálesetet:

H. V., 28 éves leány, 7 év óta tudja, hogy szívbeteg. Két hónap óta állapota annyira rosszabbodott, hogy állandóan ágyban fekszik. Felvételkor cyanosisos, dyspnoés, nyomáskor és spontan is fájdalmas nagy májduzzanata van. Szíve a venás szájadék megbetegedésére jellemző alakú, minden irányban megnagyobbodott, rajta systolés-diastolés zöreje hallható. Az elektrokardiogrammon pitvarfibrillálás látható, a kamraműködés szaporasága percenként 120-130. A chinidin elfogyasztása után percenként 70-es szaporaságú sinusrythmust észleltünk. A beteg nagyon jól érezte magát, dyspnoéja megszűnt és a diuresise javult! Éjjel hirtelen rosszul lett és pár perc múlva meghalt.

Bonczolasi körjelzés (Krompecher tanár): Endocarditis chron. fibrosa a kéthegyű billentyűn. A bal venás szájadék nagyfokú szűkülete. Mindkét szívtől, főleg a pitvarok nagyfokú tágulata. Jobb szívfél hypertrophiás. Myocarditis chron. fibrosa. Induratio a tüdőknben, lépben, pangás a vesékben.

Nem hagyható figyelmen kívül, hogy ez, valamint az irodalomban közölt másik eset is súlyos szívbetegségre utal, kimerült szívű betegre vonatkozik, és tudjuk, hogy az ilyen betegek hirtelen halála elég gyakori. Ez a hirtelen beálló úgynevezett „szívhalál” az anatómiai lelettel nem magyarázható

meg; mélyreható működési zavar az, a melynek oka ilyenkor biztosan nem ismerhető fel. A chinidin ezen okok között semmiesetre sem az egyedüli. A chinidinnel ezt a szívizom-mérgező hatását igyekeznek Frey és mások coffeinnal, kámforral, diurettinnel ellensúlyozni.

Vizsgálataim eredményét tehát a következőkben foglalom össze:

A chinidinnel a szívpitvar heterotopiáját (pitvari extrasystolia, pitvarfibrillálás) meg lehet szüntetni és ha a szíves rendszer ingerképző működése helyreáll, úgy ez a vérkeringés rendeződése szempontjából értékes eredményt jelenthet.

Hasznos lehet tehát a rythmus-zavarnak minden olyan esetében, a mely:

1. rohamszerűen támad előzetes teljes egészséges állapotban és

2. a mely már régebben megvolt, de súlyosabb compensatiós zavarra nem vezetett.

Ellenjavalltnak tartjuk az arhythmia perpetuában akkor, ha a keringés decompenzált. Ilyenkor nem chinidint, hanem digitalist kell adni. Ha a keringés kompenzálódott és a szívizomzat megbetegedésének súlyosabb jeleit (például digitalis-bigenia, aypasos alakú elektrokardiogramm) nem észleltük, ilyenkor is kísérletet tehetünk chinidinnel; az esetek egy részében a szív működés ép rythmusa helyreállhat.

Végül hangsúlyozni szeretném azt, hogy az elektrographia az egyetlen módszer, melynek segítségével ezen gyógyyszer hatásáról meggyőződhetünk.

Irodalom. Benjamin és Kapff: Deutsche med. Wochenschrift, 1921, 1. sz. — Bergmann: Münch. med. Wochenschrift, 1919, 26. sz. — Boden és Neukirch: Deutsches Arch. f. klin. Med., 1921, 136. kötet. — Frey: Berl. klin. Wochenschrift, 1918, 18–19, 39. sz. Deutsches Arch. f. klin. Med., 1921, 136. kötet. — Hecht és Zweig: Wiener klin. Wochenschrift, 1917, 6. sz. — F. B. Hoffmann: Zeitschr. f. Biol., 1915, 66. kötet és 1920, 71. kötet. — Klewitz: Deutsche med. Wochenschrift, 1920, 1. sz. — Schott: Deutsches Arch. f. klin. Med., 1921, 134. kötet. — Wenckebach: Die unregelmässige Herztätigkeit, 1914. — Winterberg: Wiener klin. Wochenschrift, 1920, 21. sz. és Zeitschr. f. exp. Med., 1920, 10., 15. füzet.

Lechner Károly.

Alig pár héttel Jendrassik Ernő után elvesztettük Lechner Károly-t is, az ideg- és lelkiélet másik nagy hazai bűváráját. Úgy siet a sors elragadni tőlünk legjobbainkat, mintha valami nagy nemzet volna, a mely bővelkedik elsőrangú tehetségekben. Bár semmiképpen nem vagyok hivatott arra, hogy Lechner tudományos értékét, szellemének mélységeit méltassam, mégis a Kolozsvárt együtt töltött 18 év benyomásai alapján megkísérlem az Ő alakját e lapok olvasói elé állítani; szavaim gyengeségén múlik, ha a kép, a melyet róla nyújtok, halvány és szegényes lesz az Ő lelkének gazdagságához képest.

Lechner Károly 1850 márczius 21.-én született Budapesten olyan családból, a melynek tagjai közül tehetségük által többen jutottak kiváló szerephez közéletünkben. Az orvosi oklevél megszerzése után Lechner pár éven át Wagner tanár belorvosi klinikáján volt tanársegéd, majd elme- és ideggyógyászattal kezdett foglalkozni s utazási ösztöndíjjal külföldön folytatott tanulmányokat Meynert és Westphal mellett, már akkor is különös figyelmet fordítva a pszichiátriára. 1883-ban az angyalföldi elme- és ideggyógyintézet igazgató-főorvosa lett, 1889 július havában pedig a kolozsvári tudományegyetemen az elme- és törvényszéki lélektan nyilvános rendes tanára. Ezen minőségben működött ott egészen 1919 őszéig, a mikor tanártársaival együtt a románok által kiutasított. A következő évben Budapesten tartott előadásokat mint az idegrendszer ittelepedett kolozsvári egyetem tanára; a mikor a jelen tanév elején a kolozsvári egyetem Szegedre költözött, Lechner súlyos betegnek követte oda társait s a tanév első felében ott előadásokat is tartott. Ez év január

havában régi bajából származó szövődmények vetettek véget munkás életének. A kolozsvári egyetem orvosi fakultásának több ízben volt dékánja, az 1897/98. tanévben pedig az egyetem rektora.

Lechner Károly életpályája közelről tekintve szokatlanul gazdagnak mutatkozik erkölcsi sikerekben. Ezen sikerek egyik legfőbb forrása 1872-ben megkezdett s élete végéig lankadatlanul tartó tudományos működésében rejlik. Irodalmi munkásságának igen jelentékeny méreteiről fogalmat ad, ha megemlíjük, hogy összesen 130 dolgozatot írt.

Lechner közleményei túlnyomóan a pszichologia körébe tartoznak, a melynek ő egyik legönállóbb, leghivatottabb művelője volt. Irodalmi működésének főleg azt a részét kívánjuk itt kiemelni, a mely az ő legegényibb sajátja s a melyben ő egészen eredeti kutatások alapján új magyarázatot adja az ép és kóros lelki jelenségeknek. Lechner ugyanis kísérletek és megfigyelések alapján arra a meggyőződésre jutott, hogy úgy mint minden életjelenségnek, a lelki tevékenységnek is egyetlen alapja a reflexesemény. A reflexesemények világosságánál vizsgálta az érzéseket, érzelmeket, észrevételeket, képzeteket, ösztönt és emlékezést; ennek segítségével ismerte fel az álom, alvás és tudat tényezőit, az értelem evolúcióját és involúcióját. Ezen vizsgálatai eredményeképpen teljesen önálló psychophysiologiát és psychopathologiát állított fel, a minőt eddig még senki sem közölt. A lelki életjelenségeket vissza tudta vezetni az egyszerű sejtreflexre, a sejt-lánczolatossá és szervkapcsolatos reflexre. A különböző veleszületett és szerzett reflexformák segítségével megmagyarázhatók az összes lélektani és kóros lelki események. Kórokozó tényezőnek ismerte fel a fogyatékos és fokozott, a félszeg és fonák reflexeket; ezek szövődményeiből adódnak a különböző elmebetegségek. A szervezetünk összes élő sejtjeinek közreműködése által szolgáltatott érzések keveredéséből, egybeolvadásából és soraközéből származik lelki életünk; a lelki betegségeket ezen elemek munkájának kiesései, fokozódásai vagy hamis társulásai okozzák. Különös előszeretettel foglalkozott ezen kérdések tömegében az érzékeléssel, a tudatossággal, az emlékezéssel és az alvással, valamint az izommunka szerepkörével az értelem tevékenységében.

Lechner ez irányú dolgozatait 1886-ban az Orvosi Hetilap díjával, cephalographját pedig 1900-ban a párisi kiállítás nagy díjával tüntették ki.

Nem méltathatjuk itt érdemük szerint Lechnernek egyéb tárgyú irodalmi munkáit, csak a pszichológiával vonatkozásban álló népszerű munkáira akarunk még reámutatni, a melyek a társadalom és az egyes egyén lelkiéletét igen sok szempontból világítják meg. Ezen munkákban ugyanis nagyon jellegzetesen nyilatkozik meg Lechner sokoldalúsága, mély gondolkozása, eredeti, szellemes felfogása és meleg érzése. Különös érdeklődéssel kutatja a gyermek és a serdülő ifjú ép és kóros szellemi világát, sőt tanítási tervezetet terjeszt a paedagogusok elé, a melynek követésével az eddigieknél jobban lehetne biztosítani a fiatal nemzedék szellemi képességeinek harmoniás, zavartalan fejlődését.

Éppen a pszichologia ezen sokoldalú művelése által jutott Lechner közelebbi összeköttetésbe Kolozsvár és Erdély számos, nem orvosi tudományos társulatával is. Erdély összes szellemi tényezőinek az elismerése Lechner iránt akkor nyilvánult meg legszebben, a mikor 1910-ben őt választották meg az Erdélyi Múzeum-Egyesület alelnökévé. Ezen minőségben gróf Eszterházy Kálmán elnök halála után ő vezette ezen nagymúltú egyesület ügyeit, elnökölt annak a vidéki városokban tartott vándorgyűlésein, a melyekkel a magyar kulturát a peripheriákon is terjeszteni igyekeztek.

Lechner szervező képességének és művészi hajlamainak egyik bizonyítéka a kolozsvári egyetemnek 1900-ban felépült új elme- és idegkórtani klinikája, a mely teljesen Lechnernek a legkisebb részletekig kidolgozott tervei szerint készült s úgy elhelyezésében, arányaiban, mint belső berendezésében oly szerencsésen egyesíti a czélszerűséget a formaszépséggel, hogy mindenkinek a csodálatát kiérdemelte. Ez az új klinika

és tanintézet különben az orvoslás és tanítás feladatain kívül a tudományok művelésében is hivatásának magaslatán állt; erről tanuskodik *Lechner* irodalmilag is működő tanítványainak hosszú sora, a kik közül *Szabó József* egyetemi magántanári képesítést nyert, *Benedek László* pedig a debreczeni egyetemen az elmeorvosgyógyászat nyilvános rendes tanárává neveztetett ki.

Ezen tanítványai, nemkülönben tanártársai *Lechner* iránti ragaszkodásuk kifejezéséül az ő tanárságának 25 éves évfordulója alkalmával 1915-ben egy Emlékkönyvet adtak ki, a mely 640 oldalon 46 tudományos közleményt tartalmaz s előszavában *Lechner*-t találóan az igazság, szép és jó fáradhatatlan apostolának nevezi.

Ez a mindenfelől megnyilvánuló becsülés bőséges magyarázatot nyer *Lechner* képességeiben és jellembeli sajátágaiban. Ő egyszemélyben érzékenylelkű művész, kutató tudós, társadalmi nevelő és emberies érzéstől áthatott orvos volt. A mi különösen *Lechner* elmeorvosi működését illeti, egyik harciosa volt annak az iránynak, a mely igazi humanismustól indítva, az elmebeteg test és lelki jólétét, érdekeik védelmét minden lehető módon előmozdítani igyekezett.

A háború alatt mélyen megrendítő csapás érte, a mennyiben egyik nagytehetségű fia, a ki a tudományos akadémiától is kitüntetést kapott, Galicziában életét vesztette röviddel azután, hogy egy kiváló harci ténykedése legfelsőbb elismerést nyert. *Lechner* nagy fájdalomra a munkában keresett vigasztalást; élete alkonyán a magyar tudományos akadémia nyújtott neki rég megérdemelt elismerést azzal, hogy levelező tagjává választotta. Székfoglaló értekezését betegsége alatt készítette el, de előadását már nem tarthatta meg. Ez a posthumus dolgozat mintegy symboluma az ő törhetetlen munkakedvének és idealismusának, a melyet eszményei hirdetésétől sem testi gyengeség, sem a mostoha külső viszonyok nem tudtak visszatartani.

Buday Kálmán.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

E. Bleuler: Naturgeschichte der Seele und ihres Bewusstwerdens. Eine Elementarpsychologie. Berlin, J. Springer, 1921. 343 o. Ára 78 m.

Mikor eljön az ős s a termés megéri, egymásután hullatja a fa hosszan megérlelt gyümölcsét. Negyven-ötven év tapasztalatára és töprengéseire építi ezt a könyvét *Bleuler*, kinek az utóbbi évek majd mindegyikében új, hatalmas munka elvégzését bizonyító könyve hagyja el a sajtót. A fa hullatja gyümölcsét, de ez a gyümölcs télgyümölcs; érett, de fanyar. A mint a philosophiának egyik korszakában, midőn már mindent és mégis semmitsem tudtak, megjelent a kis *François Arouet*, a nagy *Voltaire*, a ki diabolikus szellemének villámszillogálásánál mindent meglátott és mindent kicsúfolt, úgy jelent meg a psychiatriai kulturában és a természettudományos gondolkodásban az utóbbi évek *Bleulere*. A voltairianus pszichiater legújabb könyve egyfelől kritika a természettudományos gondolkodás mai czopfja fölött, másrészt fölépítése egy alapjától kezdve új psychológiának, a melyben minden, a mi a régiből megtartható, megkapja helyét, de a hol kell, bátran kiegészül újjal. Szigorúan természettudományos. A lelki történet közvetlen, absolut realitas, mert a lélek annyi, mint agyvelőfunctio, és az élet nem más, mint a kolloidok tulajdonságainak megnyilvánulása, lényegileg pedig azonos ezzel a mneme, az emlékezés. Memini: ergo mutur, mutur: ergo comparo, comparo: ergo cogito, cogito: ergo sum. Magyarra téve e szavak: ez a psychologia nem más, mint biologia. Psychológiájának alapjául tehát a mneme functióját veszi s a *Semon* engrammjainak és az ekphoriának jelentőségét emeli ki az associatióval szemben, melyet ő inkább psychostatikai functióra korlátoz. A emlékezetkiesés az ekphoria hiányosságán s nem az engrammok pusztulásán alapul, a

könnyenfelejtés bizonyos fokig előfeltétele a magasabb intelligenciának, a mely apró részletek elhanyagolása mellett inkább szélesebb összefüggések keresésével operál. Tudottság és tudatalattiság között — annyi czivakodás után — mindössze az a különbség, hogy az előbbinél a functio a szellemi egyéniséggel, az én-nel intime associálva van, az utóbbinál nem. A szerző természetesen determinista és az akaratszabadság érzetét legfeljebb úgy magyarázza, hogy ilyenkor a motivumok, másképp a causalis sor feltételei válnak tudatossá. Hangsúlyozza, hogy egyes psychés képletek között bizonyos kapcsolat alakul ki, a mely azokat egyúttaszereplésre készíti (Schaltungen), e kapcsolatok bizonyos irányban könnyebben jönnek létre s ezért egyes képletek között bizonyos kapcsolatfeszültség (Schaltspannung) van, ilyen kapcsolatra vezet vissza az álomszükség érzésének (Schlafschaltung) psychés componensét, ilyen kapcsolatra vezet vissza az úgynevezett beállítotttságokat (Einstellungen, például életcél, gyűlölet) s nagy szerepet tulajdonít nekik mint actiós tendenciáknak az akaratfolyamatokban; az akaratelhatározáson túl kivétel közben az akarat perseverálására ilyen, mint ő nevezi, alkalmi akarat-szerkezetek (Gelegenheitsapparate) szolgálnak. Az affektivitás tárgyalásánál neki is felötlök, mily keveset tudunk idáig az intrapsichés folyamatok dynamikájáról. Hol hallottuk találók definícióját a suggestiónak, mint tőle, mondván: egyik teremtménynek a másikra való affectiv hatását nevezzük suggestiónak. A reahításokon magát túltevő, hajlandóságaink és kívánságaink útjára elcsapongó gondolkodást, melyet legutóbbi könyvének autistikus indisciplina gondolkodásnak nevezett, félreértések kizárása céljából most dereistikus gondolkodásnak (reor, ratio) nevezi és kimutatja, milyen nagy szerepe van mindannyiunk lelki életében. Itt is új az occultismus magyarázása és minden psychiatert nagyon fog érdekelni, hogy a téves eszméket is a dereismus mechanismusából származtatja. Mindez azután sajátos világnézethez vezet és a természettudományi materialismusnak egy-két tapasztalatát (például hogy a természet nem ismeri a bűnbocsánatot, hiszen a lueses végig magával hordja spirillumait) kiragadva, másokat (például a regeneratio, a kompenzálás stb.) teljesen elfelejtve és ignorálva, furcsa nézeteket nyilvánít. Nem hinnénk, hogy osztatlan tetszéssel találkoznék az ilyen voltairianismus. Egyébként *Bleuler* világszemléletére is áll, a mit ő maga mond: Glaubenssachen kann man mit Logik nicht beikommen. Előadása eleven, de cynikus, hivalkodik, hogy irodalommal, prioritásokkal mitsem törődik, kitér philosophiára, geometriára, noha maga bevallja, hogy ismeretei hiányosak s egyes gondolatait még nem érlelte meg, végül pedig odavágja: az elmondottakat én nagyjából igaznak tartom, de tudom, hogy nem ez az igazság! És ez — valljuk meg — igen nagy érdeme. A psychologusnak e könyv igen sok újat mond, a természettudományosan képzett tanulságosan mulattatja, az ethikai rigorosítás alapján álló azonban — bosszankodik. Ezért mondjuk, hogy *Bleuler* a psychiatria *Voltaireje*.

Kluge dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

A rectalis digitalis-therapiáról ír *E. Meyer* tanár (Göttingen). Nem akarja az intravenás therapiát minden áron a rectalis alkalmazásmóddal helyettesíteni, annál kevésbé, mert az előbbi többnyire gyorsabban és erélyesebben hat. Vannak azonban esetek, a melyekben a szájon át adott digitalis hatástalan, illetőleg kellemetlen melléktüneteket okoz, az intravenás kezelés pedig vagy külső okokból (nagy távolság faluhelyen) nem használható, vagy pedig a vénák — a mint az nagyfokú oedema eseteiben lenni szokott — nagyon szűkeek, thrombusok vannak, vagy thrombusképződésre hajlamosság áll fenn. Ilyen esetekben a szerző tapasztalatai szerint nagyon jó a rectalis alkalmazásmód: kis glycerinfecskendővel 1 cm³ digipuratum 10 cm³ vízzel hígítva fecskendezendő be naponként 2—3-szor a végbélbe. Ez alkalmazásmód mellett a digitalis a portakeringés elkerülésével jut a vena cavaba, tehát ugyanolyan módon hathat, mint az

intravenásan bejuttatott digitalis. Sőt ritka esetekben a rectalis alkalmazás mód még jobb is. Így egy esetben (kombinált mitralis-baj igen nagyfokú pangással, oedemákkal és hatalmas májmegnagyobbással) az intravenás befecskendés a nagyfokban telődött vénákból vérzést okozott minden egyes alkalommal; rectalis alkalmazásra a diuresis a tízszeresére emelkedett. Egy másik esetben intravenás befecskendezésre bigeminia állott be, kellelőleg adagolt rectalis alkalmazásra ellenben nem, úgy hogy ez utóbbi módon kellemetlen mellékhatás nélkül sikerült a beteget megszabadítani a pangásos tünetektől. (Klinische Wochenschrift, 1922, 2. szám.)

Sebészet.

A postoperatív tetania kezeléséről epitheltest-átültetéssel ír *Borchers* docens a tübingeni egyetem seb-klinikáján tett tapasztalatok alapján. Őt esetben használták az eljárást, valamennyiben több-kevesebb eredménnyel, főleg a görcsök szünetelése szempontjából. A mi az átültetendő anyagot illeti, vehető ez véletlen szerencsétlenség folytán elhunyt egészséges emberből, vagy a szülés közben meghalt csecsemőből; de talán még jobb, ha golyvaműtét alkalmával veszünk anyagot és ezt használjuk fel rögtön. Vigyáznunk kell azonban, hogy valóban epitheltestet ültessünk át. A szerző vizsgálatai szerint ugyanis epitheltestnek látszó 11 képlet közül 8 accessorius strumának, 1 zsirlebenyének, 1 nyirokmirigynek bizonyult és csak 1 volt valódi epitheltest. Az átültetés előtt tehát szövettani vizsgálatot kell végezni, a mi gyorsfagyasztással körülbelül 10 perc alatt elvégezhető, és csak akkor szabad átültetni a képletet, ha a mikroszkopi vizsgálat tanúsága szerint valóban epitheltest. A vizsgálat ideje alatt a képlet testhőmérsékű isotonias konyhasó-oldatban marad. A transplantatio helye gyanánt a baloldali musculus obliquus internus ajánlható, mert jobboldalt az oly gyakran szükségesé váló appendicitis-műtét miatt könnyen sérülhetne a transplantatum, a melynek élet-, sőt növekedésképesége *Eiselsberg* egy esetéből tűnik ki, a melyben a transplantált epitheltest 12 évig volt életben. Szóvá teszi a szerző a transplantatio utáni terhesség kérdését is. A terhesség fokozott követelményeket támaszt az epitheltest-működéssel szemben s ennek az átültetett epitheltest nem tud eleget tenni, úgy hogy a terhesség alatt ismét a legsúlyosabb alakban szoktak jelentkezni a tetania tünetei. Czélszerű ezért minden idült exacerbáló postoperatív tetania esetében a nőt sterilé tenni az esetben is, ha a transplantatio látszólag meggyógyította. Minthogy az epitheltest-működés csökkenése zavart idéz elő a menstruatio és terhesség tekintetében, sohase vegyünk golyvaműtött nőkből epitheltestet átültetésre. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1921, 50. szám.)

A tetania parathyreopriva kezeléséről ír *Eiselsberg* tanár. Véleménye szerint első sorban a gyógyszeres kezelés kísérendő meg (parathyreoidin-tabletta, calcium lacticum, afenil, chloralhydrat-klysmá, lisztmentes diaeta) és csak ennek eredménytelensége esetén forduljunk a transplantatiohoz, a melynek az eredménye nagyon bizonytalan. Transplantatio 8 esete közül csak 3-ban állott be javulás. (Wiener klin. Wochenschrift, 1922, 1. szám.)

Ideg- és elme-kórtan.

Drótsövény-jelenségekről tudógyógyító helyeken értekeznek *Kollarits* és azt találja, hogy letompított formában megtalálhatók itt is azok a tünetek, a melyek a fogolytáborokban észlelhetők voltak, tekintve, hogy az ok: a szabadság elvesztése, a közösségben való élet másokkal és a „fogság” időtartamának ösmeretlensége a tudógyógyító helyeken is ható tényező. A tünetek jó külső körülmények közt is kifejlődnek, sőt nemcsak a betegeken, hanem az egészséges kísérőkön is. Észlelni lehet ilyen körülmények közt izgatottságot, depressiót, álmatlanságot, ok nélkül jövő torzsalkodást, gyűlölködést, bizalmatlanságot az orvos és a többi beteg iránt, ellenséges érzést a sanatorium vagy az egész gyógyító hely ellen, ingadozást kétség és remény közt, kapkodást, czéltalan változtatását a tartózkodáshelynek stb.

Ha a beteg idő előtt haza megy, otthon csak az első napokon vagy hetekben érzi jól magát és végül visszavágyik a többi beteg közé, a hol állapota nem ri ki, mint otthon az egészséges környezetéből.

A drótsövénybaj gyógyítása egyszerűbb volna, ha a beteget el lehetne engedni, de ha ez nem lehetséges, néha a dilemma egyáltalán nem oldható meg. Rövid, 10 napos „szabadságok” ajánlhatók, az eredmény aztán megmutatná, mennyiszor és mennyi időre kell azt igénybe venni. Mint bajelhárító a munka-therapia fontos. A *tudóbajos foglalkoztatását* nem mint kellemes szórakozást, hanem mint *okvetlen szükséges prophylacticumot* tekintse az orvos, drótsövény-jelenségek elhárítására. Idegen országban kerülni kell a nyelvi elszigetelést. Értelmes családtag jelenléte jó, de ideges anyáktól óvni kell az ideges tudóbajos leányokat. A kétség és remény közt való csapongást részben elkerülhetjük, ha a beteget túlzott biztatásokkal nem hitetjük. Pénzügyileg és lelkileg is könnyebb a helyzethez való alkalmazkodás, ha a beteg hosszabb kúrára rendezkedik be előre, mintha három hónaponként csalogdik. (Schweiz. med. Wochenschrift, 1921, 32. szám.)

Autoreferatum.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Asthma gyógyítása. Egy orvos kérdést intézett a „Klinische Wochenschrift” szerkesztőségéhez, hogy miből állhat a Breitkreuz-féle asthmapor, a melyet egy betege, a kin a legkülönbözőbb asthma-ellenes eljárásokat és gyógyszereket eredmény nélkül alkalmazták, fényes sikerrel használt. *Heubner* tanár megvizsgálta a szert és válaszában azt írja, hogy a megejtett vizsgálat szerint nem más, mint kevés menthollal szagosított acetylsalicylsav (aspirin). Megemlíti, hogy az aspirint asthma ellen már többen használták jó eredménnyel, így a többi között az erlangeni egyetem belklinikáján is.

Vegyes hírek.

Kinevezés. A népjóléti minister *Váradí Haynal Géza* dr. megyei tiszti főorvost kerületi közegészségügyi felügyelővé nevezte ki. — A kormányzó *Domokos Andor* dr. ministeri osztálytanácsost a budapesti állami gyermekmenhely igazgatójává nevezte ki.

Kitüntetés. A kormányzó *Torday Ferencz* dr. egyetemi magántanárnak a magyar királyi egészségügyi főtanácsosi címet adományozta.

Hainiss Elemér dr.-nak az Erzsébet-tudományegyetem orvos-tudományi karán „a gyermekkori betegségek semiotikája” című tárgykörből magántanárárá történt képesítését a vallás- és közoktatásügyi minister megerősítette.

Gyurmán-plaquette. Az Új Szent János-kórház orvosi kara *Gyurmán Emil* dr. 30 éves főorvosi jubileuma alkalmából az ünnepeltől plaquettet készítettet, a mely *Visnyovszky Lajos* szobrászművész kiválóan sikerült alkotása. Néhány példánya 300 kor. áron a kórház igazgatóságánál még kapható.

Kisebb közlések az orvostudomány köréből. A *kanyaróellenes védőoltás új módját* írja le *Hiraishi* és *Okamoto*. Kanyaróban szenvedő (tehát nem reconvalescens) egyének véréből fecskendeznek be nagyon kis mennyiséget (0.0001—0.001 grammot a gyermek kora szerint), néhány nap múlva pedig ennek az adagnak 20—100-szorosát. Az immunitás ilyen módon nem abszolút, csak relatív; de megbetegedés esetén is sokkal enyhébb a lefolyás, mint védőoltás nélkül. (Japan Med. World., 1921, okt. 15.) — *Baeyer* tanár szerint a *tabesben szenvedők ataxiás mozgásai* részben hypotonián alapulnak; ez a hypotonia kiegyenlíthető az általa szerkesztett „tonusbandage”-zsal s ezzel nagy szolgálatára lehetünk a betegnek a járásban. A részleteket illetőleg az eredeti cikkre kell utalnunk. (Münchener med. Wochenschrift, 1922, 2. szám.) — A *csecsemőknek kecsketejjel táplálása* *Stoeltzner* tanár szerint sokszor súlyos haemolysise anaemiát okoz a kecsketejben levő oldható zsírsavak miatt; nemrachitise gyermekekben egyszerű anaemia fejlődik, rachitise gyermekekben ellenben úgynevezett anaemia pseudoleucaemica. A kecsketej elhagyása és vegyes diéta áttérés mellett gyógyulás következik be, ha nincsenek súlyos szövődmények. (Münch. med. Wochenschr., 1922, 1. sz.)

A rákos méh teljes kiirtását 100 évvel ezelőtt, 1822 január 28.-án végezte először *J. Sauter* konstanzi orvos.

Immunitástani kurzus. A greifswaldi egyetem közegészségtani intézetében f. év április 19.-étől 30.-áig az *immunitástanból gyakorlatokkal összekötött tanfolyamot fognak tartani, különös tekintettel a sero-diagnostikára* (Wassermann-, Sachs-Georgi-, Meinicke-féle reactio, törvényszéki vérkimutatás, agglutinatio stb.) és a colloidchemiai módszerekre. Bejelentések részvételre következő címre küldendők: Prof. dr. *E. Friedberger*, Hygienisches Institut der Universität Greifswald (Pommern).

Jelen számhoz a *Dr. Pápay-oltóintézet* embergyógyászati készítményeiről szóló melléklet van csatolva.

Dr. Rajnik Pál tudóbetegségek diagnosztikai intézete. Fizikális, Röntgen-, serológiai és bakteriológiai vizsgálatok. Speciális oltások, quarz- és művi pneumothorax-kezelés.
Budapest, VII., Vilma királyné-út 11 (Fasor). Telefon József 14-51.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete
IV., Ferencz József rakpart 26. Telefon József 56-76.

Dr. Doctor orvosi laboratoriuma Budapest, IV., Kossuth Lajos-u. 3. Telefon: 697.

DIAETÁS KÚRÁK czukorbetegség, gyomorbetegség, elhízás, lesoványodásnál legjobban végezhető a
Dr. Pajor-sanatorium diaetás éttermében
Budapest, VIII., Vas-utca 17. sz. Bejáró betegek részére is.

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA
VII., Városligeti fasor 13-15. Telefon: József 52-29. — Sebészeti-, női-, belbetegeknek, szülőknek. Rádium-kezelések. Vegyi Röntgen-laboratórium.

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest
A régi nagy hírű Sárosfürdő 47° C forrásai.
Termals és fizioterapiás intézet. Iszap-, szénasavas fürdők, vizgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatórium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diaetás konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratórium. Röntgen. Vezető főorvos: Dr. Benzúr Gyula, egyet. magántanár.

Dr. Szili Sándor orvosi laboratoriuma. Budapest V. Nagykörön-u. 32. Telefon 87-73

RÖNTGEN-ODELGA

Dr. Szilas diagnosztikai laboratoriuma, Erzsébet-körút 22. Tel.: József 129-27. Bacteriologia, serologia.

Telefon: József 4-12. Igazg.-tulajd.: Dr. Melha Armand, Dr. M.-né Hill Paula, Dr. Mandler Ottó.
ZANDER-Üdítő a Dr. Reich-féle ZANDER-gyógyintézetben, IV., Semmelweis-u. 2. I. e.
SOVÁNYÍTÁS

PÁLYAZATOK.

784/1922. fh.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár ezennel pályázatot hirdet a következő **kezelőorvosi állásokra**:

1. Budapesten a X. kerületben az Óhegyi-út, Venyige-út, Krima-út, Külső Jászberényi-út, Vasúti-híd, Felsőrákosi rétek, Keresztúri határ, Gyömrői-út és az Óhegyi-út határolt területre évi 21.600 korona összilletmény mellett.

2. Elhalálozás folytán Monoron évi 10.120 kor. díjazás mellett. A pályázati kérvények 1922. évi márczius hó 14.-éig ezen pénztár főorvosi hivatalában nyújtandók be és a diplomával, curriculum vitae-vel, az eddigi orvosi szolgálatot bizonyító okiratokkal, valamint a személyazonosságát igazoló okmányokkal szerelendők fel.

Hiányosan felszerelt kérvények nem vehetők figyelembe. A megválasztott kezelőorvosnak a megjelölt körzetben állandó lakással kell bírnia.

Az állásra vonatkozó egyéb felvilágosítások a pénztár főorvosi hivatalában (VIII. ker., Köztemető-út 19/b. I. emelet 41) szerezhetők be. Budapest, 1922 február 7.-én.

Angyal dr., s. k.,
a népjóléti és munkaügyi miniszter által a pénztár vezetésével megbízott miniszteri biztos.

912/1922. fh.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár ezennel pályázatot hirdet:

1. A X. kerületben az Apaffy-utca, Harmat-utca, Óhegyi-út és vasút által határolt területre egy kerületi kezelőorvosi állásra évi 30.800 korona díjazás mellett.

2. Szigetszentmiklóson egy kerületi kezelőorvosi állásra évi 8200 korona díjazás mellett.

A pályázati kérvények — a melyek oklevélmásolattal, curriculum vitae-vel, az eddigi orvosi szolgálatot bizonyító okiratokkal és a személyazonosságát igazoló iratokkal szerelendők fel — ezen pénztár főorvosi hivatalában (VIII., Köztemető-út 19/b. I. em. 41. szám) legkésőbb 1922 márczius hó 24.-éig nyújtandók be.

Ugyanitt az állásokra nézve bővebb felvilágosítást is adnak. A megválasztott orvosnak a körzetben állandó lakással kell bírnia. Hiányosan felszerelt pályázati kérvények figyelembe nem vehetők. Budapest, 1922 február hó 17.-én.

Angyal dr., s. k.,
a népjóléti és munkaügyi miniszter által a pénztár vezetésével megbízott miniszteri tanácsos.

2672/1922. szám.

A Ferencz József kereskedelmi kórház betegsegélyző pénztára a pénztár VII., Bethlen-tér 1. sz. alatti kórházának sebészeti osztályán újonnan rendszeresített (harmadik) **segédorvosi állásra** pályázatot hirdet.

Az ezen állással járó illetmények évi 2400 korona törzsfizetés, 13.750 korona drágasági pótlék és 1000 korona lakpénz, továbbá ter-

mészetbeni tízórai és ebéd, ügyeletes szolgálat esetén teljes ételmezés. Ezenkívül a tárgyalás alatt levő új illetményszabályzat szerint még legalább havi 1500 korona rendkívüli pótlék is megilletné az állásra kinevezendő orvost.

Az alkalmazás egyelőre ideiglenes jellegű.

A pályázati kérvények benyújtásának határideje e hirdetésnek a Munkásbiztosítási Közlönyben való első megjelenésétől számított 14 nap. A kérvények a Pénztár vezetéséhez czimezve nyújtandók be VII., Bethlen-tér 1. szám alatt, a hol a Pénztár igazgatója hétköznapon délelőtt 11—1 óra között bővebb felvilágosítást nyújt.

Budapest, 1922 február 1.-én.

Barcza Arthur s. k.,
igazgató.

Gáspár Ferencz dr. s. k.,
min. oszt.-tanácsos.

ad 17447/1921.

A nagykanizsai városi közkórháznál megüresedett, a VIII. fizetési osztályba sorozott **igazgató-főorvosi** és a X. fizetési osztályba sorozott bennlakó **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A pályázati kérvények a pályázó magyar állampolgárságát, korát, erkölcsi megbízhatóságát, az úgynevezett tanácskormány alatt tanúsított politikai magatartását, az 1883:1. és az 1876:XIV. t.-cz. 63. §-ában előírt képesítését, valamint eddigi működését igazoló okiratokkal szerelendők fel.

A pályázatok legkésőbb 1922. évi márczius hó 8.-án déli 12 óráig a városi iktatóhivatalba nyújtandók be.

Nagykanizsán, 1922. évi február hó 15.-én.

Sabján Gyula dr. s. k.,
polgármester.

139/1922. ált. szám.

Somogyvármegye kaposvári közkórházánál lemondás folytán megüresedett egy **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A pályázatok Somogyvármegye főispánjához, méltóságos **Sárközy György** úrhoz czimzendők, de a kórház igazgatóságánál nyújtandók be, és pedig **legkésőbb márczius hó 1.-éig**. Okleveles pályázó hiányában kórházi gyakorlatra utasított pályázó is kinevezhető.

Az állás javadalmazása évi 2000 korona fizetés, az erre járó háborús és drágasági segély, azon felül természetbeni lakás és teljes ellátás.

Lemondás egy hónappal az állás elhagyása előtt bejelentendő. Kaposvár, 1922 február 14.

Szigethi-Gyula Sándor dr.,
kórházigazgató, m. kir. egészségügyi főtanácsos.

426/1922. szám.

A lemondás folytán 4976/1921. számú ügyirataim tanúsága szerint megüresedett **drámafoki körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek, és felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtnák, hogy teljes szövegű születési, képesítési, működési és politikai megbízhatóságukat igazoló bizonyítványokkal is kellően felszerelt kérvényeiket hozzám legkésőbb **flyóví márczius hó végéig** annál is inkább benyújtsák, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választás határnapját később tűzöm ki, ellenben addig is hajlandó vagyok megfelelő pályázót helyettesíteni.

A kör székhelye Dráfafok község, mely egyúttal körjegyzői székhely, a körorvosi kórhöz tartoznak még Drávaszánta, Drávakeresztur, Endrőcz, Markócz, Révfülo és Teklafalu községek és a hozzá tartozó puszták.

Az állás javadalmazása természetbeni lakáson kívül 1600 korona évi törzsfizetés, most tárgyalás alatt álló fuvarátalány avagy természetbeli fuvar, a szabályszerű családi és háborús pótlék, valamint drágasági segélyek és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

Szigetváron, 1922. évi január hó 26.-án.

A főszolgabíró.

„Funk Gyermektápszere“
Rationalis összetételű megbízható csecsemő-táplisz.
Kívánatra mintadozob.

Reiniger, Gebbert & Schall · Erlangen

Veifa-Werke · Frankfurt a/M

Polyphos · München

testvérházaink

Röntgen- és villamos-gyógyászati készülékeit, minden gyártmányú röntgensöveget, röntgenlemezt stb. eredeti gyári áron azonnal szállít.

ODELGA

Magyar Gyógytechnikai Ipar R-T

Budapest, VI., Andrassy-út 28. sz.

Sürgönczím: Medodelga Budapest.

Telefon: 68-16. 37-04

HORDOMALT
KELLER-FÉLE MALÁTALEVES KÉSZÍTÉSÉHEZ

GLYCEROPHOSPHAT - GLOMA

DR. WANDER-FÉLE

**WESZELY ISTVÁN NAGY KÁROLY FRIGYES
ÉS TÁRSA UTÓDA**
BUDAPEST, IV., KIGYÓ-TÉR 1.

Orvosi műszer-, kötszer- és művétaggyár. Betegápolási cikkek, haskötők, sérvkötők, kórházi vasbútorok stb. raktára.

Tabl. Ferri protoxal. sine et c. ars. Deér

változatlan tisztaságban, összetételben és hatásban minden gyógyszer-tárban kapható. A készítő „Jó Pásztor“ gyógyszer-tár, Budapest, IX. Ráday-u. 18
Megrendelésre szállít orvosi kémszereket és bakteriologiai festékkoldatokat.

ANORRHAL	Kökök, kemény és hirtelen alakban, kitűnő hatású mindenféle aranyeres bántalmaknál.	Főteljesíti teszi az operatív beavatkozást, mert még a legteljesebbig a bántalmat.
CALMYREN	Valeriana-camphor-peppin-pilulák, erősítő, csillapító és antispaesmodikus hatással szívódtalmaknál.	A Valeriana kezelde hátrányai főleg annak keletmenen szagával vannak kapcsolatban - drogizorva azonban birtok adagolhatjuk.
DIGASTRIN	Elsősorú ét- és emésztőpor, Nár: bicarb. tartalom nélkül, a nyakbántalmak nem legelje.	Ideális összetételé folytán a felszaporodott gyomoravat semlegesíti, az emésztést hatékonyan elősegíti.
DISPNON	Theobromin-Quebracho tabletták, Asthma, arteriosclerosis, angina pectoris esetében javítva.	Theobromin tartalmánál fogva a véredények gyógyszerre; az anti-misok pathológiusan fokozott véredénygyökényadást csökkenti.
HAEMOSTAN	Belső vérzéscsillapító, elismert méregmentes készítmény, klinikon kipróbálva alkalmazásban.	Heleken át való rendszeres adagolás mellett sem vált ki semmilyen mellékhatást; hatása még prophylacticus is.
RHOME	Yohimbin-Phosphor-Strychnin tabletták, Impotentia, sexual neurasthenia esetében biztosan hat.	A férfi és női semmi érzés teladen-ésen ládón természetű hiányoknál, kitűnő hatással megállapított aphrodisiacum.
VAGINOL	Antisepticum, Prophylacticum, Anticoncipiens Hatása bactericid, aseptic, hogy a nyálkahártyákat hirtelen.	A női semmi szerrek burros és gyulladáson megkegyedéselel a legjobb eredményt elér-kehető.
VESICURIN	Klinikailag megállapított indica-tioi: Cystitis, urethritis, prostata-gyógyteropita, akut és kronikus esetekben is.	Elsősorban befolyásolja a vizelet tartalmát, rövid használati után csökkenti a nyák, vér és bacte-rium mennyiségét.

Készíti az **APOTHEKE** zur **AUSTRIA** Wien IX./3.
Magyarországi főraktára:
BALLA SÁNDOR és **TÁRSA** gyógyszer. laboratorium
Budapest, VII., Wesselényi-utca 69.

DERMAFORINE



Egyetlen ideális sebhintőpor
(egész sárgaszínű).
Hatásánál fogva **felülmúlja** az eddig használt **összes sebhintőporokat**.
Alkalmazás: mint sebhintőpor, gaze és 5-10%-os kenőcs.
„Dermaforine“ laboratorium
Katona Ágoston Antal (törv. bej. cég.)
Külföldi lerakatok: Páris, Barcellona, Bécs, Bratislava (Pozsony), Prága.
Törv. védve.

FISCHER PÉTER és **TÁRSA R.-T.**
BUDAPEST, IV., CALVIN-TÉR 3. félemelet.
Fiókküzetek: VII., Rákóczi-út 78 és IV., Vámház-körut 8.
Nagy állandó raktár orvosi műszerekben, kötszerekben, betegápolási cikkekben. Művétaggyártás és műszerjavítás.
Telefon József 19-24.

A legtekéletesebb és legteljesítőképosebb
RÖNTGEN-készülékek a KOCH és STERZEL
gyártmányok egyedárusítója
ERICSSON Magy. VIII. R. T. ezeltött: DECKERT és HOMOLKA
Budapest, VI., Vörösmárty-u. 67. Telefon: 28-09, 89-64.

Chinocol

chininum-sulfo-guajacolicumot tartalmazó készítmény a tüdő és légzőszervek megbetegedéseiben.

Syrup. **Tabletta.**

Kapható minden gyógyszer-tárban.

Labor gyógyszerzappanok „LABOR“
Magas zsirtartalmú, kitűnő minőségű alapanyagból készülnek a szokásos gyógyszercombinációkkal. Igen kellemes illatúak; elismert megbízható készítmények.
gyógyszer- és vegyészeti gyár részvénytársaság
Budapest, III., Bécsi út.

DIUJODIN (PASTILLI THEOBROMINI) **SZÖLLŐSI** (JODATI)



Tartalmaz pastillánként theobromin natriosalicilic. 0.3 és kal. jodat. 0.2
csokoládéval obdukálva.
Napi adagja 3-5 pastilla.

Indicatiói:
Arteriosclerosis, angina pectoris, nephritis chronica, myocarditis.
Jodismust nem okoz.
Főraktár: Balla Sándor és Társa gyógyszerészeti laboratorium
Budapest VII., Wesselényi-u. 69

KOSMOS

vegyészeti és gyógyszerészeti termékek gyára részvénytársaság

Telefon: Budapest József 53-10. **Kispest, Dugonits-u. 9.** Sürgönyözim: **KOSMOS Kispest.**

Organotherapiás gyógyszerek:

Fehérje- és toxinmentes állapotban, belső kezelésre tablettánként, injectiós kezelésre kivonatok alakjában.

Belső kezelésre:

Tabl. Ovarii

állandó összetételű ovarium-készítmény, klimakteriumos zavarok, amenorrhoea, dysmenorrhoea, chlorosis etc. kezelésére, valamint ovariektomiák után a kiesési tünetek ellen.

Tabl. Thyreoideae

myxoedema, struma, kretinismus, obesitas, arteriosclerosis, marasmus etc. ellen.

Tabl. Hypophysis cerebri

rachitis, dystrophia adiposo-genitalis etc. eseteiben.

Tabl. Testiculi

sexualis infantilismus, eunuchoidismus, impotentia és sexualis gyengeség, neurasthenia, hypochondria, prostatitis, asthma sexuelle, klimakterium virile etc. ellen.

Tabl. Pankreatini

a gyomor-bélrendszer zavaraiiban, diabetes, morbus Basedowii, icterus, anaemia perniciosa etc. eseteiben.

Injectiós kezelésre:

Adrenalin

tartós, izgalmi tünetek nélkül ható sósavas sója a mellékvese kristályos hatóanyagának physiologiás konyhasó-oldatban. Tartósan, változás nélkül hatékony, sterilizálható.

Adrocain

nem mérgező, nem izgató, biztos hatású, sterilizálható helyi érzéstelenítő.

Injectiones Ovarii.

Injectiones Testiculi.

Injectiones Thyreoideae.

Injectiones

Hypoglandini

Physiologikusan titrált, prompte ható, állandó összetételű kivonat a glandula pituitaria infundibularis részéből.

Kiválóan alkalmas:

A szülés bevezetésére és elősegítésére, post partum és post abortum vérzéseknél, myoma-vérzéseknél, metrorrhagiánál, ischuria paradoxánál, osteomalaciánál. Kitűnő szívtonicum collapsusnál és toxikus vérnyomás-csökkenésnél, valamint operációk után.

Használat:

Napi adag subcutan és intramusculárisan 0.5 ccm. háromszor napjában, intravenásan 0.5—1.0 ccm.